

Rationierung in Großbritannien

Im abschließenden Teil seiner Analyse des britischen Gesundheitssystems zieht das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) für Deutschland die Lehre: Wenn Wartezeiten und schleichende Rationierung im Gesundheitswesen verhindert werden sollen, muss der GKV-Leistungskatalog angesichts begrenzter Finanzmittel auf die Kernbereiche der medizinischen Versorgung konzentriert werden. [> Seite 89](#)

Off-Label-Einsatz von Avastin

Bei Privatpatienten ist der nicht-indikationsbezogene, sogenannte Off-Label-Einsatz des Darmkrebsmittels Avastin zur Behandlung von Augenleiden grundsätzlich möglich. Die Pharmahersteller allerdings wollen die Gefährdungshaftung neuerdings nur noch für das indikationsbezogene, viel teurere Mittel Lucentis übernehmen. [> Seite 92](#)

Neuer Ombudsmann der PKV

Der langjährige Ombudsmann der privaten Kranken- und Pflegeversicherung, Arno Surminski, hat sein Amt an Dr. Helmut Müller übergeben. „Es ist das Verdienst von Arno Surminski, die Stelle des Ombudsmanns aufgebaut und etabliert zu haben“, würdigte Reinhold Schulte, Vorsitzender des PKV-Verbandes, die erfolgreiche Arbeit. [>Seite 94](#)

PKV-Herbstfest mit Mini-Jubiläum

Zum fünften Mal lud der Verband der privaten Krankenversicherung zum Herbstfest. Nach der Gesundheits-, aber inmitten der Pflegereform hatten die rund 200 Gäste aus Politik, Versicherungs- und Gesundheitswesen auch diesmal wieder reichlich Gesprächsstoff in gleichwohl entspannter Atmosphäre. [> Seite 95](#)

Außerdem in dieser Ausgabe

Brief aus Berlin und Köln [> Seite 86](#) +++
Personalie [> Seite 94](#) +++ Impressum [> Seite 96](#)

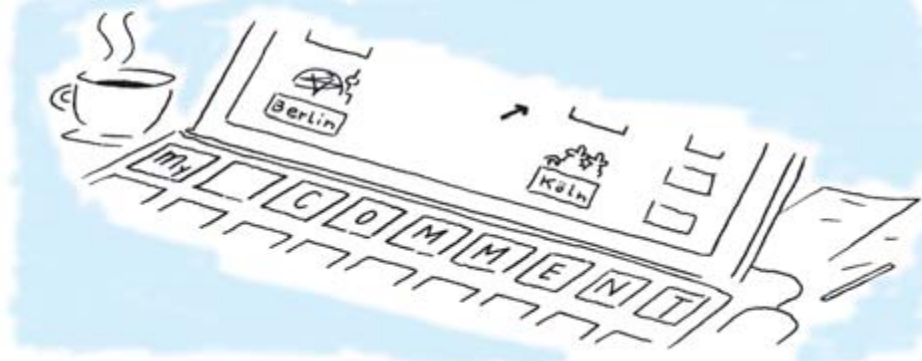


Präventionsgesetz: Neue Bürokratie durch Versichertenbeiträge?

Das Bundesgesundheitsministerium will die private Krankenversicherung gesetzlich verpflichten, die geplante Bundesstiftung für gesundheitliche Prävention mitzufinanzieren, ohne dass die PKV auch nur daran beteiligt wäre. Doch ganz gleich, ob mit oder ohne Stiftungsbeteiligung: Jeder gesetzlich erzwungene Zugriff auf die Beiträge der privat Versicherten scheitert an unüberwindbaren verfassungsrechtlichen Hürden. Denn die Versicherten haben Verträge für bestimmte Leistungspakete abgeschlossen, ihre Beiträge können nicht für beliebige versicherungsfremde Leistungen ausgegeben werden. Exakt aus diesem Grund hatte

Ministerin Ulla Schmidt bei ihrer ersten Präventionsgesetzesinitiative 2005 von einer Einbeziehung der PKV abgesehen. Mit ihrem Positionswandel will sie womöglich die gescheiterte Einbeziehung der PKV in einen Finanzausgleich mit der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung kompensieren. So setzen sich zwei Tendenzen von Schmidts Gesundheitspolitik fort: Sowohl ihre auf die Beseitigung der Dualität von gesetzlicher Krankenversicherung und PKV ausgerichtete Bürgerversicherungsstrategie als auch die Einbindung der Sozialversicherung in zentralistische, möglichst staatsnahe Bürokratien. [>Seite 87](#)

Brief aus Berlin und Köln



Der Referentenentwurf eines Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes, den das Bundesgesundheitsministerium im September vorgelegt hat, enthält aus Sicht der Pflegebedürftigen begrüßenswerte Ansätze. So bringt die Reform erstmalig eine Dynamisierung der Pflegeleistungen sowie Leistungsverbesserungen etwa für Demenzkranke. Größtes Manko des Entwurfs ist und bleibt allerdings, dass die große Koalition die Chance auf einen zukunftsorientierten Umbau der Finanzierung in der gesetzlichen Pflegeversicherung vergeben hat. Und auch bei den zur Verbesserung der Pflegequalität vorgesehenen Maßnahmen sieht die private Pflegepflichtversicherung (PPV) noch erheblichen Verbesserungsbedarf.

Ergebnis- vor Strukturqualität

Der Aufbau einer zusätzlichen Infrastruktur – wie ihn der Referentenentwurf mit der Schaffung von rund 4.000 Pflegestützpunkten vorsieht – wird allein noch kein Garant für eine bessere Pflegequalität sein. Die schlechten Erfahrungen mit den seit 2001 aufgebauten Servicestellen für Menschen mit Behinderung zeigen dies in aller Deutlichkeit. Bürokratieaufbau führt nicht zu mehr Qualität und Versichertenorientierung. Wir wollen deshalb nicht den Aufbau einer Struktur, sondern den individuellen Anspruch auf Pflegeberatung in den Vordergrund stellen und unsere Aufmerksamkeit auf die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen konzentrieren.

Eigene Angebote der PPV ermöglichen

Die PPV muss die Möglichkeit erhalten, eigene Beratungsangebote zu schaffen. Durch die im Referentenentwurf vorgesehenen Regelungen wird lediglich eine Mitfinanzierung der nicht überzeugenden Einrichtung von Pflegestützpunkten der sozialen Pflegeversicherung (SPV) durch die PPV verankert. Dies lehnt die PPV ab. Auch wäre es rechtlich unzulässig, dass Pflegeberater der SPV finanzwirksame Entscheidungen treffen, die die PPV binden.

Von großer Bedeutung für die Pflegequalität ist dagegen der ebenfalls im Entwurf formulierte individuelle Rechtsanspruch auf Pflegeberatung. Im Hinblick auf eine möglichst effiziente Organisation muss es der PPV in Eigenverantwortung überlassen bleiben, wie sie diesen

Rechtsanspruch ihrer Versicherten ausgestaltet.

Um die Qualitätssicherung auszubauen, ist die PPV zudem überall dort zu beteiligen, wo es um die allgemeinen Grundlagen der Pflege geht, die einheitlich für SPV und PPV gelten. Dies betrifft besonders die Begutachtungsrichtlinien, die Expertenstandards und die Sachverständigenkommission „Qualitätsentwicklung in der Pflege“.

Mehr Wettbewerb und Transparenz

Abgesehen von der Beteiligung an der Entwicklung dieser allgemeinen Standards wird die PPV für ihre Pflegebedürftigen ein eigenes Qualitätssicherungskonzept entwickeln. Dabei greifen wir auch auf die Erfahrung von Medicproof zurück, eine Tochtergesellschaft des PKV-Verbandes, die ihre Kompetenz in der Pflegebegutachtung eindrucksvoll unter Beweis gestellt hat. Neben der Dokumentation des jeweiligen Qualitätsgrads ist es das Ziel, für von schlechter Pflege Betroffene schnell Abhilfe zu schaffen.

Wir sind der festen Überzeugung, dass erst dieser eigenständige Weg der Versichertenorientierung und Qualitätssicherung einen echten Wettbewerb zur Verbesserung der Pflegequalität sowie mehr Transparenz ermöglicht. Dies kommt letztlich allen Pflegebedürftigen zugute. L



Präventionseckpunkte des Bundesgesundheitsministeriums: Finanzierung neuer Bürokratie durch Versichertenbeiträge?

Nachdem die Pflegereform per Kabinettsbeschluss auf den Weg gebracht worden ist, stehen der Koalition in der Gesundheitspolitik Verhandlungen über die Gestaltung eines Präventionsgesetzes ins Haus. Der Ausbau der Prävention zu einer vierten Säule der gesundheitlichen Versorgung ist ein Ziel des Koalitionsvertrages.

Es handelt sich dabei bereits um den zweiten Anlauf von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt. Der erste Entwurf eines Präventionsgesetzes, 2005 von Rot-Grün vorgelegt, war noch auf die erhebliche Kritik der unionsdominierten Länderkammer gestoßen und schließlich nach der Neuwahlentscheidung von Bundeskanzler Gerhard Schröder am Prinzip der Diskontinuität gescheitert, wonach alle unvollendeten Gesetzesverfahren einer Wahlperiode mit deren Ende verfallen. Trotz der Erfahrungen von 2005 scheint Ulla Schmidt einen weitgehend identischen Gesetzentwurf in der Schublade zu haben. Darauf deuten Eckpunkte des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) vom September hin, die erneut die Etablierung einer Bundesstiftung für gesundheitliche Prävention vorsehen. Dieser Plan war wegen der damit einhergehenden Zentralisierung und neuen Bürokratie schon 2005 heftig umstritten.

Darüber hinaus will das BMG die private Krankenversicherung gesetzlich zwingen, diese Stiftung mitzufinanzieren, ohne dass die PKV auch nur daran beteiligt wäre. Möglicherweise ist dies Politpoker, an dessen Ende das pseudogeneröse Angebot eines Mitspracherechts steht. Daher sei hier gleich vorab gesagt: Ob mit oder ohne Beteiligung – jeder gesetzlich erzwungene Zugriff auf die Beiträge der privat Versicherten scheitert an unüberwindbaren verfassungsrechtlichen Hürden. Exakt aus diesem Grund hat Ulla Schmidt 2005 von einer Einbeziehung der PKV abgesehen. Mit ihrem Positionswandel will sie jetzt möglicherweise die ge-

scheiterte Einbeziehung der PKV in einen Finanzausgleich mit der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung kompensieren. So setzen sich zwei Tendenzen von Schmidts Gesundheitspolitik fort: Sowohl ihre auf die Beseitigung der Dualität von gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und PKV gerichtete Bürgerversicherungsstrategie als auch die Einbindung der Sozialversicherung in zentralistische, möglichst staatsnahe Bürokratien.



Kein Geld in neue Strukturen, sondern vorhandene Strukturen stärken

Meist wird die geplante Bundesstiftung von ihren Verfechtern damit begründet, sie werde zur Koordinierung, Steuerung und verbindlichen Evaluation von Prävention dringend benötigt. Wohlklingende Begriffe, die oft leider nur das sprachliche Blendwerk für neue Strukturen sind. Für diese aber gibt es keine Rechtfertigung. Denn die finanziellen Mittel für Prävention sind begrenzt. Wenn die Mittel aber offenkundig knapp sind, dann muss jede Präventionsinitiative zwei Maximen fol-

gen: Sie muss sich auf Dringliches konzentrieren und sie muss vorhandene Ressourcen und Träger nutzen, anstatt diese durch die Schaffung neuer Institutionen zu marginalisieren.

So sollten sich Programme zur Primärprävention nur auf wenige ausgewählte Maßnahmen beschränken, die unbestritten effizient und gesellschaftspolitisch bedeutsam sein müssen. Viele Wohlfühlangebote, die in diesem Zusammenhang angeboten werden, erfüllen die genannten Kriterien eher nicht.

Anstatt neue Institutionen zu schaffen, was nicht nur Geld kostet, sondern sachlich wie personell immer die Gefahr der Klientelpolitik in sich birgt, sollten erfahrene Präventionsträger gestärkt werden. Auf Bundesebene haben sich bislang unter anderem die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die Bundesvereinigung für Gesundheit, die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen sowie der Deutsche Sportbund bewährt. Außerdem existiert mit dem bei der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung angesiedelten Forum „gesundheitsziele.de“ schon eine Plattform, an der viele verantwortliche Akteure von der Politik über die Kostenträger bis hin zu Patientenorganisationen beteiligt sind. Aktuelle Schwerpunkte sind hier die Vermeidung von Depressionskrankheiten, Reduktion des Tabakkonsums und die Stärkung der Patientensouveränität und Partizipation.

PKV und Prävention

Von politischer Seite wird immer wieder gefordert, dass sich alle Sozialversiche-

Träger sowie die private Krankenversicherung an der Finanzierung gesetzlich definierter Präventionsleistungen beteiligen müssen, weil Prävention schließlich alle etwas angeht. Dabei wird oft übersehen, dass die private wie auch die gesetzliche Krankenversicherung heute bereits Kostenträger zahlreicher Präventionsmaßnahmen für ihre Versicherten sind. Die PKV schuldet dieses Leistungsversprechen ihren Versicherten sogar vertraglich.

Die PKV bejaht dabei den Präventionsgedanken uneingeschränkt. Im Idealfall kann Prävention zusätzliche Jahre in Gesundheit bei hoher Lebensqualität bewirken und dabei auch noch Kosten sparen. In einer alternden Gesellschaft wird der Prävention in Kombination mit Pflege und Rehabilitation eine immer größere Bedeutung zukommen. Sekundäre Prävention (Früherkennung) und tertiäre Prävention (Verhütung der Verschlimmerung von Erkrankungen) sind Bestandteil der heutigen Tarifwelt in der PKV. Außerdem enthalten die Tarife in der PKV Instrumente zur Stärkung der Eigenverantwortung (Selbstbehalt, Beitragsrückerstattung) und damit besondere Anreize für eine gesundheitsbewusste Lebensweise. Der folgende Überblick verdeutlicht das Engagement der PKV:

1. Primärprävention:

- Seit 2005 jährlicher Beitrag zur Aids-Prävention in Höhe von 3,5 Mio. Euro
- Kostenübernahme aller von der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfohlenen Impfungen

2. Sekundärprävention:

- Leistungen für ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen
- Mitfinanzierung der Infrastruktur – also auch der fallunabhängigen Kosten – beim Mammografie- und Neugeborenen-Screening

3. Tertiärprävention:

- Grundsätzliche Übernahme von Rehabilitationsmaßnahmen bei medizinischer Notwendigkeit

4. Nationale Gesundheitsziele:

- konzeptionelle und finanzielle Beteiligung an „gesundheitsziele.de“

Gesamtgesellschaftliche Aufgaben

Im Unterschied zur Sekundär- und Tertiärprävention handelt es sich bei der Primärprävention um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, bei der Maßnahmen kollektiv wirken sollen und in der Regel nicht individuell zurechenbar sind. Primärprävention beinhaltet vor allem Kampagnen zur Aufklärung über Gesundheitsgefahren und zur Motivierung der Menschen, ihr Verhalten zu ändern. Wichtige Präventionsgebiete in diesem Zusammenhang sind Bewegungsmangel, Fehlernährung, Rauchen und Alkoholmissbrauch. Auf diesen Themenfeldern geht Gesundheitspolitik allerdings in Gesellschaftspolitik über. Die Finanzierung ist daher nicht von der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung zu leisten, sondern als gesamtgesellschaftliche Aufgabe über das Steuersystem zu finanzieren. Der Staat darf sich hier nicht aus seiner gesellschaftspolitischen Verantwortung zurückziehen.

Neben diesem ordnungspolitischen Argument sprechen aber auch versicherungsvertragsrechtliche Gründe gegen eine finanzielle Beteiligung der PKV an einem Gesetz zur Primärprävention. Die Beitragsgelder der Privatversicherten, die einen Vertrag für ein bestimmtes Leistungspaket abgeschlossen haben, können nicht für beliebige versicherungsfremde Leistungen ausgegeben werden. Dies ließe sich auch nicht durch die Vertragsgestaltung im Neugeschäft ändern, da die Aufklärung über Gesundheitsgefahren – im Unterschied zu den anderen Präventionsarten – kein individuell versicherbares Risiko darstellt.

Verfassungsrechtliche Schranken

Eine erzwungene Finanzierung von gesetzlich definierten Präventionsleistungen würde daher einen Eingriff in die Vertragsfreiheit darstellen und auf verfassungsrechtliche Schranken stoßen. Aus diesem Grund hatte die Koalition aus SPD und Grünen bei ihrem Anlauf zu einem Präventionsgesetz 2004/2005 auch keine Beteiligung der PKV vorgesehen. Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt hat dies am 18. März 2005 im Bundesrat – bedauernd, aber deutlich – wie folgt erläutert: „Die private Krankenversicherung muss sich beteiligen. Dafür gibt es aber keine rechtliche Handhabe. Niemand von uns wird ein Gesetz auf den Weg bringen, das Privatunternehmen verpflichtet, Geld für Prävention auszugeben. Insofern müssen wir weiter werben und an die private Krankenversicherung appellieren, sich zu beteiligen beziehungsweise zuzustiften. Gleiches gilt für die Unternehmen.“

Allenfalls gezielte Projekte, deren Nutzen und Effizienz über jeden Zweifel erhaben sein müssen, sind auf freiwilliger Basis in einem sehr begrenzten Umfang denkbar. Denn nicht nur die Beitragsgelder sind hier als finanzielle Ressource tabu, auch die Überschüsse der PKV gehören zum allergrößten Teil den Versicherten. Vor diesem Hintergrund muss jede Investition in Primärprävention den Kriterien der Effizienz und der Relevanz genügen. Ein solches gezieltes Projekt im Rahmen ihrer Möglichkeiten hat die PKV mit der Finanzierung der Aids-Prävention bereits 2005 gestartet. Dieses ist einerseits von gesamtgesellschaftlichem Nutzen, kommt also allen zugute. Andererseits trägt es den Interessen der in der PKV Versicherten wegen der dort überproportionalen Aids-Quote besonders Rechnung. Denn die Aufklärungskampagne trägt dazu bei, durch Verhaltensänderung eine tödliche Krankheit zu vermeiden und dem Versichertenkollektiv hohe Krankheitskosten zu ersparen. tg

Rationierung und Wartezeit im britischen Gesundheitssystem (3. Teil)

Das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) hat das staatliche, steuerfinanzierte Gesundheitssystem Großbritanniens analysiert. In den ersten Folgen ging es um die Organisation und die chronische Unterfinanzierung sowie die daraus resultierenden Wartezeiten und Rationierungsformen. Abschließend folgt heute die Bewertung aus deutscher Sicht durch das WIP.

Rationierungen sind im Gesundheitssystem Großbritanniens allgegenwärtig und in Art und Form sehr vielfältig (siehe PKV Publik 4 und 5/2007). Aber auch in Deutschland beginnt die Diskussion, wird nun ebenfalls häufig von Rationierungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gesprochen. Schon aus diesem Grunde ist die folgende Bewertung des britischen Systems aus deutscher Sicht von großem Interesse.

Zeitliche Rationierung

Besondere Aufmerksamkeit – auch im europäischen Ausland – erfahren immer wieder die zeitlichen Rationierungsmaßnahmen in Großbritannien mittels der von den Patienten zu erduldenen Wartezeiten und -listen. Diese kommen in Deutschland so gut wie nicht vor. Deutschland zählt laut vergleichender Länderstudien zu den Staaten der Welt, in denen es in der stationären Versorgung nahezu keine

Wartezeiten und damit zeitliche Rationierungen gibt. Ähnliche Unterschiede zwischen Deutschland und Großbritannien gibt es auch bei der ambulanten Facharztbehandlung. Veranschlagt man eine Wartezeit von bis zu drei Wochen als zumutbar, konnten laut einer 2006 veröffentlichten, repräsentativen Befragung der Mannheimer Forschungsgruppe Wahlen im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 89 Prozent der deutschen Wohnbevölkerung zwischen 18 und 79 Jahren einen Facharztkontakt innerhalb dieses Zeitraums realisieren. Ein Ergebnis, das weit unter den in England existierenden Wartezeiten liegt (siehe Abbildungen auf dieser und der nächsten Seite).

Politische Rationierung

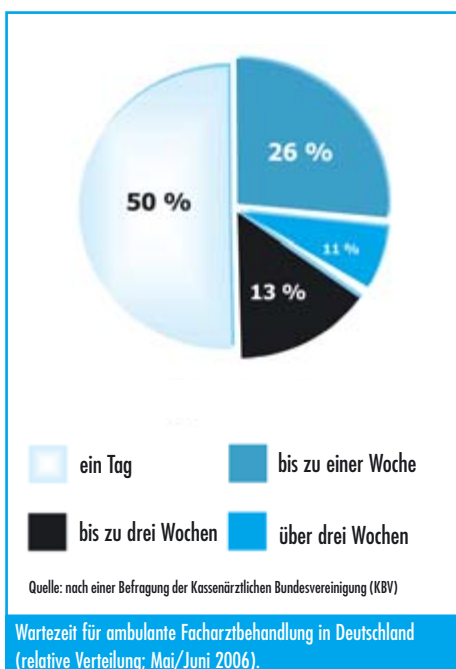
Neben der zeitlichen Rationierung ist die politische Rationierung in Großbritannien allgegenwärtig. Jahr für Jahr muss in den Haushaltsberatungen von Neuem über das Budget des Nationalen Gesundheitsdienstes (NHS) entschieden werden. Der steuerpolitische Streit im Konkurrenzkampf mit anderen Haushaltsposten war und ist vorprogrammiert. Eine Gesundheitspolitik nach Kassenlage ist nicht zu leugnen und lässt sich mit einem historischen Rückblick bestätigen: Trotz teilweise heftiger Wahlkampfauseinandersetzungen über eine verbesserte Mittelausstattung des NHS ist es insbesondere der Labour-Partei in zahlreichen Reformen nicht gelungen, der notorischen Unterfinanzierung des NHS nachhaltig und entscheidend entgegenzuwirken.

Die Gesundheitspolitik nach Kassen- oder Steuerlage und damit die kontinuierliche Möglichkeit zur politischen Rationierung

ist Wesensmerkmal eines steuerfinanzierten Gesundheitssystems. Das beitragsfinanzierte und in der Selbstverwaltung organisierte Gesundheitssystem Deutschlands ist gegen diese Rationierung geschützt – bis jetzt. Doch mit der Gesundheitsreform 2007, die einen programmatischen Einstieg in die allgemeine Steuerfinanzierung des Gesundheitswesens (perspektivisch bis zur Höhe der Versicherungsbeiträge für Kinder) in Gang setzt und im Zuge des Gesundheitsfonds ab 2009 die Finanzautonomie der Krankenkassen mittels eines einheitlichen Beitragssatzes maßgeblich beschränkt, wird die Abhängigkeit der Gesundheitsleistungen vom Staatshaushalt steigen und der Einfluss des Bundes auf das Gesundheitssystem erhöht. Denn wer zahlt, will auch bestimmen. Und wer den einheitlichen Beitragssatz bestimmen kann, wird diese Regulierungsmöglichkeit dazu nutzen, um das gesamte Finanzierungsvolumen der GKV im Sinne eines politischen Globalbudgets zu steuern. In Konsequenz wird das Gesundheitswesen als Selbstverwaltungsmodell perspektivisch aufgegeben. Der Weg zur politischen Rationierung ist auch in Deutschland frei.

Rationierung durch „Gatekeeping“

Hausarztprinzip und Gatekeeping (der Hausarzt als Lotse im Gesundheitssystem) stellen eine international anerkannte Möglichkeit dar, Patientenwege im Gesundheitssystem zielgenau zu steuern. Was oft für einen vermeintlichen Kostenvorteil gehalten wird, bringt für die Patienten große Nachteile, weil die freie Arztwahl explizit nicht als Leistung vorgesehen ist. Das wird auch in Deutschland wahrgenommen. Während in Großbritannien die

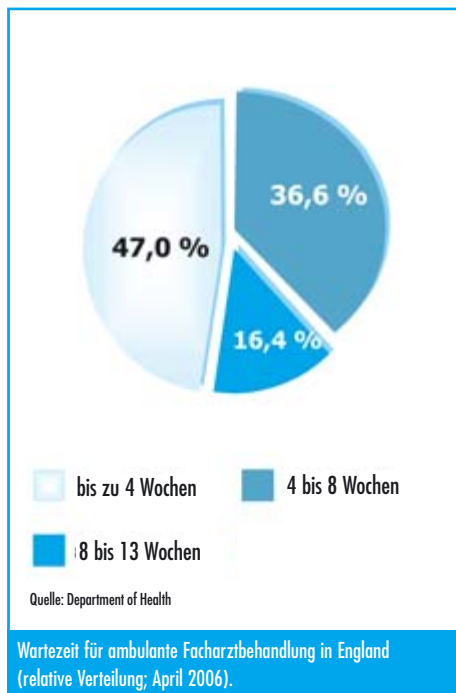


Arztwahl sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich nicht frei und damit die Rationierung in diesem Zusammenhang nahezu vollkommen ist, stellt die in Deutschland vorherrschende freie Arztwahl für die Menschen ein sehr hohes Gut dar, auf das sie – wie Befragungen immer wieder zeigen – nicht verzichten wollen. Denn die überwältigende Mehrheit der Bundesbürger will selbst entscheiden, welchen Haus- und Facharzt sie wählt, ob und wann sie direkt, also ohne Überweisung, einen Facharzt aufsucht, den Arzt wechselt oder eine Zweitmeinung einholt. Die freie Arztwahl ist so essenziell, dass nur eine hohe Beitragsreduktion um 17,6 Prozent – so die Messung des IGES-Instituts aus dem Jahr 2005 – den Verzicht darauf kompensieren könnte.

Darüber, ob das hohe Gut der freien Arztwahl in Deutschland in Zukunft bedroht ist und auch hierzulande Ansätze zur Rationierung durch Gatekeeping zu erkennen sind, lässt sich trefflich streiten. Fakt ist, dass in Deutschland neue Versorgungsformen, Hausarzttarife und so weiter als obligatorische Wahltarifangebote der gesetzlichen Kassen zur Regel werden. Und auch die Praxisgebühr hat die Wahlfreiheit des Arztes eingeschränkt oder zumindest den Arztwechsel innerhalb eines Quartals und den Facharztbesuch ohne Überweisung mit finanziellen Nachteilen verbunden. Im Angesicht der nach den Bundestagswahlen 2009 zu erwartenden nächsten Gesundheitsreform bleibt die weitere Entwicklung auch in diesem Punkt abzuwarten.

Institutionelle Rationierung

Wesensmerkmale des britischen NHS sind unter anderem die für die operative Gesundheitsverwaltung zuständigen Health Authorities. Diese verwalten selbständig ein ihnen vom NHS zugeteiltes Budget, priorisieren Leistungen oder beschränken gar Gesundheitsleistungen auf ausgewählte Patientengruppen. Eine institutionelle



Rationierung, die in Deutschland aufgrund der Organisationsstruktur des Gesundheitssystems und der grundsätzlichen Gültigkeit des gesetzlichen Leistungskatalogs für alle gesetzlich versicherten Patienten zunächst einmal nicht möglich ist. Allerdings ist auch im deutschen Gesundheitssystem eine implizite Rationierung verbreitet. Durch die Existenz von Budgets, zum Beispiel für Arzneimittel oder ambulante Leistungen, sind finanzielle Höchstgrenzen für die in einem bestimmten Zeitraum abzurechnenden Leistungen gesetzt worden. Und ein Großteil der Ausgaben der GKV unterliegt Budgets, so dass der Slogan „Am Ende des Budgets ist immer mehr Quartal übrig“ durchaus das Vorschreiten einer impliziten Rationierung widerspiegelt.

Klinische Rationierung

Eng verbunden mit der institutionellen ist die klinische Rationierung. Wenn eine Gesundheitsleistung einmal in einen verbindlichen Leistungskatalog aufgenommen worden ist, dann liegt die Entscheidung, welcher Patient bei gegebenen finanziellen Mitteln mit welcher individuellen Krankheitsprognose welche Leistung er-

hält, stets beim Arzt. Und diese Entscheidung ist immer häufiger auch in Deutschland von Kostengesichtspunkten beeinflusst. Denn auch wenn im Gegensatz zu Großbritannien Wartezeiten und altersabhängige Rationierungen selten sind beziehungsweise fast ausgeschlossen werden können, ist die klinische Rationierung in Deutschland präsent. Bislang treffen die Ärzte derartige Rationierungsentscheidungen allerdings verdeckt. Noch gehört die Idee, dass Ärzte mangels Geld Gesundheitsleistungen verweigern, zu den Tabuthemen der deutschen Gesundheitspolitik. Aber im Alltag hat diese Idee bereits ein Gesicht. In den Kliniken sorgen Fallpauschalen dafür, dass Kosten im Denken der Ärzte an Priorität gewinnen. Und den Arztpraxen wird vermehrt vorgehalten, Privatversicherte zu bevorzugen und weniger schwere Behandlungen bei gesetzlich Versicherten in das nächste Quartal zu verschieben. Ein Zwei-Klassen-Medizin-Vorwurf, der nicht dem System der PKV, sondern der klinischen oder ärztlichen Rationierung im System der GKV anzulasten ist.

Rationierung durch Nutzenbewertung

Das englische National Institute for Clinical Excellence (NICE) soll den klinischen Nutzen und die Kosteneffektivität der vom Gesundheitsministerium vorgeschlagenen Arzneimittel und Therapieleistungen bewerten. Das Ergebnis sind Richtlinien und Empfehlungen, die – wenn auch nicht direkt sichtbar – als direkte und explizite Rationierungen zu interpretieren sind. Ein entsprechendes Institut gibt es seit dem 1. Juni 2004 auch in Deutschland. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) ist im Zuge der Gesundheitsreform 2004 gegründet worden. Die Institutsaufgabe – die Bewertung von Operations- und Diagnoseverfahren, Arzneimitteln sowie Behandlungsleitlinien – entspricht inhaltlich der von NICE. Nicht zu Unrecht kann somit das englische Institut als Vorbild einer institutionellen Reform

zur Konkretisierung des Leistungskatalogs in der GKV genannt werden.

Die Arbeitsaufträge erhält das IQWiG nicht nur vom Bundesgesundheitsministerium, sondern auch vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Dessen Aufgabe ist es, zu konkretisieren, welche ambulanten oder stationären medizinischen Leistungen zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Die rechtliche Grundlage für die Arbeit des G-BA ist das Sozialgesetzbuch, das festlegt, dass die Krankenkassen nur Leistungen bezahlen dürfen, die hinreichend, notwendig und wirtschaftlich sind. Die wissenschaftlichen Grundlagen des G-BA sind die Nutzenanalysen und die – seit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz bei Arzneimitteln zusätzlich möglichen – Kostenbewertungen von IQWiG. Seit 2004 setzt der G-BA die Bewertung des Instituts in den meisten Fällen in Leistungs- oder Arzneimittelrichtlinien um.

Medizinische Versorgung von Diabetes-Typ-2-Patienten

Laut Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 18.7.2006 bleiben kurzwirksame Insulinanaloga zur Behandlung von Diabetes-Typ-2-Patienten grundsätzlich nur dann zu Lasten der GKV verordnungsfähig, wenn sie nicht teurer sind als Humaninsulin. Das angestrebte Behandlungsziel einer guten medizinischen Versorgung von Diabetes-Typ-2-Patienten sei mit Humaninsulin ebenso zweckmäßig und derzeit wesentlich kostengünstiger zu erreichen. Mit diesem Beschluss setzt der G-BA eine Nutzenbewertung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in eine Arzneimittelrichtlinie um.

Quelle: G-BA (2006)

Mit der Gründung des IQWiG hat auch in Deutschland die direkte und explizite Rationierung von Gesundheitsleistungen durch Nutzen- und Kostenbewertung be-

gonnen. Welche Rolle allerdings das Kriterium der Kosteneffektivität spielt und welches Ausmaß die Rationierungen annehmen werden, vermag man angesichts der bis heute relativ kleinen Zahl der von IQWiG publizierten Bewertungen und einer fehlenden umfassenden wissenschaftlichen Beschäftigung mit diesen Bewertungen noch nicht zu sagen. Die Entwicklung bleibt abzuwarten.

Fazit und Schlussfolgerung

Die Rationierungen im Gesundheitswesen Großbritanniens haben einen expliziten wie auch impliziten Charakter. Die Folgen dieser Rationierung – insbesondere in Form der Wartelisten – sind für die britische Bevölkerung beängstigend und belastend zugleich. Viele Patienten sind nicht mehr bereit, diese Belastungen hinzunehmen. Gerichtlich erstreiten sie das Recht auf eine rasche und altersadäquate Versorgung, zur Not auch im Ausland. Prominentes Beispiel ist die 75-jährige Yvonne Watts aus London. Sie erstritt am 16. Mai 2006 in einem Urteil des Europäischen Gerichtshofs in Luxemburg vom NHS die Verpflichtung, auch die Kosten von Krankenhausbehandlungen in einem anderen Mitgliedstaat der EU zu übernehmen. Damit bestätigte der Europäische Gerichtshof ein entsprechendes Urteil am britischen High Court, der 2005 entschied, dass ein Patient grundsätzlich das Recht hat, sich im europäischen Ausland therapieren zu lassen, wenn die Behandlung in Großbritannien unnötig verzögert wird.

Eine von der Rechtsprechung unabhängige Möglichkeit, die (zeitlichen) Belastungen im NHS im Krankheitsfall zu vermeiden, ist der Abschluss einer privaten Krankenversicherung. Immer mehr Menschen in Großbritannien machen davon Gebrauch. Sie lassen sich ambulant wie stationär bei Ärzten behandeln, die immer häufiger – ohne Wartezeit und Rationierung – ausschließlich privat praktizieren. Eine allzu menschliche Ausweichreaktion,

die charakteristisch für überwiegend steuerfinanzierte Gesundheitssysteme ist und letztlich eine Zwei-Klassen-Medizin mit all ihren Konsequenzen begründet.

Im Gegensatz zu Großbritannien gibt es in Deutschland derzeit eher maßvolle Formen expliziter Rationierung von Gesundheitsleistungen. Allerdings lassen sich Veränderungen wahrnehmen: Die Rationierung durch die Kosten- und Nutzenbewertung von Arzneimitteln, Diagnose-, Operations- und Therapieverfahren kann auch in Deutschland als Einstieg in die explizite und offene Rationierung von Gesundheitsleistungen bewertet werden. Noch allerdings sind die Rationierungen in Deutschland fast immer verdeckt und implizit. Selbst die Rationierungen dieser Prägung werden häufig von der Gesundheitspolitik ignoriert und bewusst verschwiegen. Dabei ist bei begrenzten finanziellen Mitteln und steigenden medizinischen Möglichkeiten eine ehrliche gesamtgesellschaftliche Debatte über Rationierungen überfällig und unausweichlich. Ganz konkret stellt sich demnach für Deutschland die Frage, welcher Umfang an Gesundheitsleistungen im Umlageverfahren zu finanzieren ist und für welche Gesundheitsleistungen die Versicherten eigenständig Vorsorge treffen können.

Die Konzentration des Leistungskatalogs der GKV auf eine Kernaufgabe – die finanzielle Absicherung der relativ großen Risiken – würde eine explizite Rationierung darstellen. Eine Rationierung, die anders als heute nicht implizit und verdeckt, sondern offen und ehrlich wäre. Sie würde politisch aufrichtig sein und darüber hinaus den finanziellen Spielraum schaffen, den medizinisch-technischen Fortschritt in den Kernbereichen der Medizin unter den kommenden demografischen Veränderungen auch in Zukunft für alle gesetzlich Versicherten bereitstellen zu können. se

Die Studie ist im Internet unter www.wip-pkv.de/Diskussionspapiere abrufbar.

Feuchte altersabhängige Makuladegeneration: Behandlung mit Lucentis oder „off-label“ mit Avastin?

Das Bundesgesundheitsministerium will bei Kassenpatienten den Einsatz des Darmkrebsmittels Avastin gegen altersassoziierte Makuladegeneration ermöglichen. Denn Lucentis, das einzig zugelassene Mittel gegen dieses Augenleiden, ist deutlich teurer. In der privaten Krankenversicherung (PKV) ist der nicht-indikationsbezogene, sogenannte Off-Label-Einsatz von Avastin bereits möglich, die Pharmabranche allerdings will – wie den Einsatz bei gesetzlich Versicherten – auch dies verhindern.

Die Makula ist der Ort des schärfsten Sehens und des Farbsehens der Netzhaut. Dort steigt mit dem Alter das Risiko der Ablagerung von Stoffwechselprodukten, was zur sogenannten altersassoziierten Makuladegeneration (AMD) führt, die durch verzerrtes Sehen sowie den Verlust der Sehschärfe und des Farbsinns gekennzeichnet ist. Davon betroffen sind 14 bis 25 Prozent der 65- bis 74-Jährigen und 35 Prozent der über 74-Jährigen. Damit gehört AMD zu den häufigsten Gründen für Erblindung in der westlichen Welt. Allein in Deutschland sind rund vier Millionen Menschen betroffen, über zehn Prozent von ihnen von der feuchten Form.

Lucentis versus Avastin

Seit dem 22. Januar 2007 ist das Medikament Lucentis (Wirkstoff Ranibizumab, Hersteller Novartis) zur Behandlung der feuchten AMD durch die Europäische Kommission zugelassen. Es ist in den Glaskörper zu injizieren. Zuvor haben einige Augenärzte das Medikament Avastin (Wirkstoff Bevacizumab, Hersteller Roche), welches zur intravenösen Therapie von Darm- und Brustkrebs sowie kleinzelligem Lungenkarzinom zugelassen ist, außerhalb dieser Indikationen („off-label“) bei AMD eingesetzt. Lucentis wie Avastin sind Antikörper gegen einen Wachstumsfaktor und wurden beide von der Firma Genentech entwickelt, zu deren Eignern Roche gehört. Eine Durchstechflasche Avastin kostet 444,16, eine Flasche Lucentis mit 1.523,26 Euro fast dreieinhalbmal soviel. Am Auge wird jeweils nur ein Bruchteil des

Flascheninhaltes benötigt, Avastin ist dabei deutlich ergiebiger. Als dritter Antikörper steht Macugen (Wirkstoff Pegatinib, Hersteller Pfizer, 854,15 Euro je Fertigspritze) zur Verfügung.

Während die Zulassungsstudien für Lucentis nicht nur eine Verzögerung der Krankheitsprogression zeigten, sondern auch eine Verbesserung der Sehschärfe, konnten die Zulassungsstudien zu Macugen keine Sehschärfeverbesserung nachweisen. Zu Avastin gibt es in dieser Indikation keine randomisierten, placebo-kontrollierten Studien, allerdings vier retrospektive und zwei prospektive offene Studien. Danach bewirkt auch Avastin Verbesserungen der Sehschärfe.

Gewaltige Kostenunterschiede

Nach Angaben von Ulrich Schwabe, einem der beiden Herausgeber des Arzneiverordnungsreports, könnten alle 485.000 Patienten in Deutschland, die an einer feuchten Makuladegeneration leiden, mit Avastin für 32 Millionen Euro im Jahr behandelt werden. Lucentis hingegen würde für alle Betroffenen 8,9 Milliarden Euro erfordern – fast 280-mal so viel.

Die Frage, ob der Off-Label-Einsatz von Avastin bei AMD dadurch rechtswidrig geworden sein kann, dass Lucentis in dieser Indikation zugelassen wurde, stellt sich nur für die privat Versicherten. Denn im Rechtsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gilt gemäß dem Urteil des Bundessozialgerichtes vom 19.

März 2002 ein grundsätzliches Verbot von Off-Label-Einsätzen. Privat Versicherte hingegen haben gemäß den Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. Anspruch auf Arzneimittel grundsätzlich auch außerhalb der zugelassenen Indikation. Es besteht Leistungsanspruch auf medizinisch notwendige Heilbehandlung, bezüglich der Arzneimittel konkretisiert als „von der Schulmedizin überwiegend anerkannt“ oder als „in der Praxis ebenso erfolgversprechend bewährt“ oder als „angewandt, weil keine schulmedizinischen Arzneimittel zur Verfügung stehen“. Danach wäre also der fortgesetzte Off-Label-Einsatz von Avastin bei privat Versicherten grundsätzlich möglich. Das ökonomische Interesse ist unverkennbar.

Risiken des Off-Label-Einsatzes

Warum allerdings sollten sich Arzt und Patient (weiterhin) auf einen Off-Label-Einsatz einlassen, wenn auch ein zugelassenes Arzneimittel verfügbar ist? Denn die Gefährdungshaftung des pharmazeutischen Unternehmens greift nur bei bestimmungsgemäßem Gebrauch eines Arzneimittels und fällt beim Off-Label-Einsatz grundsätzlich weg. Bei nicht-bestimmungsgemäßem Gebrauch oder unzureichender Aufklärung haftet grundsätzlich der Arzt. Bestimmungsgemäß ist der Gebrauch allerdings auch dann, wenn er zwar den zugelassenen Angaben des Unternehmens nicht entspricht, aber in der medizinischen Wissenschaft allgemein anerkannt ist oder in der Praxis allgemein angewandt

wird und der Unternehmer dies nicht be-
anstandet, sondern geduldet hat.

In der Vergangenheit hat Roche den Off-
Label-Einsatz von Avastin geduldet. Erst
mit der Zulassung von Lucentis hat das
Unternehmen die Ärzteschaft darüber in-
formiert, dass es die Gefährdungshaftung
für den Off-Label-Einsatz von Avastin
nunmehr ablehnt. In den USA hat Roche
sogar Maßnahmen ergriffen, die Beliefe-
rung von Augenärzten mit Avastin zu ver-
hindern. Der Wille des Herstellers, den
Off-Label-Einsatz nicht zu dulden, ist mit-
hin unübersehbar. Vor diesem Hinter-
grund dürfte der Vorschlag des Bundes-
versicherungsamtes, die Übernahme der
Kosten von Avastin durch die GKV aus
Opportunitätsgründen nicht zu beanstan-
den, am Fehlen der Produkthaftung schei-
tern. Nach neuem Recht (GKV-WSG) wä-
re es grundsätzlich auch möglich, von der
Vertragskompetenz gemäß § 78 Abs. 3
Arzneimittelgesetz (AMG) Gebrauch zu
machen. Es dürfte aber schwerlich gelin-
gen, den Hersteller von Lucentis als Mo-
nopolisten zu einem bedeutsamen Rabatt
zu bewegen.

Vergleichsstudie erforderlich

Letztlich bedarf es mindestens einer me-
thodisch adäquaten Studie mit direktem
Vergleich von Lucentis und Avastin.
Wegen ihrer Verquickungen dürften die
beteiligten Pharmaunternehmen eine sol-
che Studie kaum je selbst durchführen. Je-
doch könnten sich zum Beispiel Kranken-
versicherer zusammenfinden und eine un-
abhängige Forschungseinrichtung beauf-
tragen. Das staatliche „National Eye Insti-
tute“ in den USA hat angekündigt, eine
solche Studie finanzieren zu wollen und
auch das Bundesministerium für Gesund-
heit hat angeregt, eine solche Studie
durchzuführen.

Ein günstiges Ergebnis der Studien
könnte aber nur dann zu einer Indika-
tionserweiterung für Avastin führen, wenn

Roche einen entsprechenden Antrag stel-
len würde, was eher unwahrscheinlich ist.
Die Studienergebnisse könnten also pri-
mär nur dazu beitragen, Off-Label-Einsät-
ze zu rechtfertigen. Das Problem der
Produkthaftung bliebe aber weiter unge-
löst.

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt
äußerte bei der Vorstellung des Arznei-
verordnungsreports 2007, sie wolle die In-
dustrie verpflichten, Zulassungsanträge
für Arzneimittel wie Avastin zu stellen.
Bisher gibt es dafür allenfalls einen ver-
wandten Präzedenzfall: Mifepriston (RU
486, Mifegyne) wurde in Deutschland
1999 auf erheblichen öffentlichen Druck
und vor dem Hintergrund kontroverser
Debatten für die Indikation Schwanger-
schaftsabbruch zugelassen. Der Hersteller
hatte seinerzeit kein ökonomisches Inter-
esse, das einem Zulassungsantrag ent-
gegenstand, sondern wollte sich vor ethi-
schen Vorwürfen insbesondere der katho-
lischen Kirche schützen.

Ausblick

Es dürfte leichter sein, eine Produkthaft-
tung für den Off-Label-Einsatz von Avas-
tin zu organisieren, als den Hersteller zu
bewegen, einen Antrag auf Indikationser-
weiterung zu stellen oder eine Indika-
tionserweiterung von Amts wegen zu er-
zwingen. Dazu bedürfte es einer Anpas-
sung des AMG, denn dort regelt § 84, dass
ausschließlich der pharmazeutische Un-
ternehmer, der das Arzneimittel in den
Verkehr gebracht hat, verpflichtet ist, dem
Verletzten den daraus entstandenen Scha-
den zu ersetzen. Das ist auch logisch, da
sich nach AMG die Produkthaftung nur
auf Schädigungen erstreckt, die ihre Ur-
sache im Bereich der Arzneimittelentwick-
lung und -herstellung haben.

Der „Fall Lucentis“ kann als Prototyp für
ein künftig häufiger auftretendes Problem
angesehen werden, wodurch das Gesund-
heitswesen ökonomisch erheblich heraus-
gefordert wird. Für dieses Problem müs-
sen Lösungen gefunden werden. *jf*



Die Wirkung der Pillen ist etwas umstritten...
Könnten wir uns in diesem Fall auf Barzahlung
verständigen?

Neuer Ombudsmann der privaten Kranken- und Pflegeversicherung

Stabwechsel in der Schlichtungsstelle: Zum 1. November 2007 übergibt Arno Surminski, der langjährige Ombudsmann der privaten Kranken- und Pflegeversicherung, das Amt an Dr. Helmut Müller.

Es ist der erste Wechsel in diesem Amt, da die Institution des Ombudsmanns vom PKV-Verband im Oktober 2001 mit Arno Surminski an der Spitze eingerichtet wurde. „Bei vielen Schlichtungsanfragen fun-

giert der Ombudsmann als Dolmetscher zwischen Unternehmen und Versicherungsnehmer. Es ist das Verdienst von Arno Surminski, die Stelle des Ombudsmanns in den letzten sechs Jahren aufge-

baut und etabliert zu haben“, würdigte Reinhold Schulte, Vorsitzender des PKV-Verbandes, die erfolgreiche Arbeit Surminskis, der seine Tätigkeit nach zwei Amtszeiten auf eigenen Wunsch beendet.



Der alte und der neue Ombudsmann: Arno Surminski (l.) und Dr. Helmut Müller auf dem PKV-Herbstfest.

Sein Nachfolger Dr. Helmut Müller war bis 2002 Präsident des früheren Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen, dem er in verschiedenen Funktionen insgesamt 35 Jahre lang angehörte. Seit seinem Ausscheiden arbeitete der Jurist als Berater nationaler und internationaler Organisationen. „Ich freue mich, dass wir mit Herrn Dr. Müller einen ausgewiesenen Fachmann und Kenner der Versicherungsbranche für das Amt des Ombudsmanns gewinnen konnten. Durch seine langjährige Erfahrung in der Versicherungsaufsicht bringt er die idealen Voraussetzungen mit, um die Arbeit des Ombudsmanns erfolgreich fortzusetzen“, erklärte Schulte. sc

Fünfzigjähriges PKV-Dienstjubiläum

Nur wenige Menschen haben in ihrem Leben die Gelegenheit, ein 50-jähriges Dienstjubiläum zu feiern. Jean-Pierre Zimmer, der Prokurist des Verbandes der privaten Krankenversicherung, ist seit dem 7. Oktober dieses Jahres einer von ihnen. An diesem Tag vor genau einem halben Jahrhundert trat er seinen Dienst im Verband an.

Im Alter von gerade einmal 14 Jahren wurde er 1957 vom damaligen Direktor Dr. Herbert Buchner als „Bürojunge“ eingestellt und fand bald darauf seine Einsatzstelle in der Registratur. Durch den Besuch der Abendschule ließ er sich später zum Buchhalter ausbilden und wechselte

in die Verbands-Buchhaltung, für die er noch heute verantwortlich ist.

Wie beeindruckend die Leistung von Herrn Zimmer ist, zeigt allein die Tatsache, dass die meisten seiner heutigen Kolleginnen und Kollegen bei seinem Dienstantritt noch nicht einmal geboren waren. Geschäftsführung und Mitarbeiter des PKV-Verbandes haben Herrn Zimmer daher im Rahmen eines feierlichen Empfanges zu diesem außergewöhnlichen Jubiläum beglückwünscht. Auch an dieser Stelle gratuliert der Verband noch einmal zu dieser bemerkenswerten Leistung und bedankt sich bei Herrn Zimmer für die 50-jährige Treue zur PKV.



Jean-Pierre Zimmer

PKV-Herbstfest: Verschnaufpause für die Reformer

Kleines Jubiläum in der Berliner Feierkultur: Zum fünften Mal lud der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zum Herbstfest in den „Hamburger Bahnhof“. Nach der Gesundheits-, aber inmitten der Pflegereform und im Angesicht der Präventionsgesetzgebung gab es auch diesmal wieder reichlich Gesprächsstoff in gleichwohl entspannter Atmosphäre.

In seiner Begrüßung der rund 200 Gäste aus Politik, Versicherungs- und Gesundheitswesen sowie den Medien erinnerte der Vorsitzende des PKV-Verbandes Reinhold Schulte an die hochemotionale Auseinandersetzung um das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) und die akute Gefährdung der privaten Krankenversicherung: „Es ist in diesem Kreis kein Geheimnis, dass

konnten so die gefährlichsten Weichenstellungen, die im ursprünglichen Gesetzentwurf angelegt waren, verhindern.“

Einer der politischen Garanten dieses Erfolges, der stellvertretende Vorsitzende der Unionsfraktion im Bundestag Wolfgang Zöllner, bestätigte diese Auffassung mit einem Augenzwinkern: „Die PKV kann mit der

wendigkeit von privater, kapitalgedeckter Vorsorge bislang nur hinsichtlich der Alterssicherung erkannt sei, noch nicht jedoch bei Gesundheit und Pflege. Frau Bender verglich die PKV mit einem Igel, der bei Gefahr seine Stacheln erfolgreich ausfahre, und machte im Übrigen deutlich, dass das Ziel der Grünen eine Bürgerversicherung nach niederländischem Modell bleibe.

Gesundheitsreform mindestens so zufrieden sein wie die Union mit dem Ergebnis der Bundestagswahl: Wir hätten uns auch mehr gewünscht“, so Zöllner in seinem Grußwort, in dem er außerdem den von der AOK-Rheinland aufgelegten Tarif „Wahlunterkunft“ kritisierte. Ausdrücklich lobte Zöllner die Kulanzregelung der PKV-Unternehmen im modifizierten Standardtarif.

Die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Fraktion Dr. Carola Reimann erklärte, sie hätte der PKV mehr Wettbewerb zugetraut, als nun im GKV-WSG vorgesehen. Dr. Reimann lobte den in den Tagen des Herbstfestes kursierenden Referentenentwurf des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes und sie äußerte die Erwartung, „dass die PKV auch die Präventionsgesetzgebung aufmerksam“, sprich: kritisch begleiten werde.

Die Oppositionsparteien waren unter anderem durch ihre Gesundheitspolitiker Daniel Bahr, Heinz Lanfermann (beide FDP) und Biggi Bender (GRÜNE) vertreten. Bahr kritisierte in seinem Statement die GKV-Wahltarife insgesamt und bedauerte, dass die Not-

Für deutlich mehr Heiterkeit als diese Position sorgte der Auftritt des Erfolgskabarettisten Dr. Ludger Stratmann. Er unterhielt die Gäste mit Geschichten rund um skurrile Schönheitsoperationen und die Gehhilfen von „unser Omma“. Am Ende waren sich alle einig: Zum sechsten PKV-Herbstfest im kommenden Jahr sieht man sich wieder. sc



Der PKV-Vorsitzende Reinhold Schulte (2. v. r.) mit Unionsfraktionsvize Wolfgang Zöllner (l.) und den gesundheitspolitischen Sprechern Dr. Carola Reimann (SPD, 2. v. l.), Biggi Bender (GRÜNE) und Daniel Bahr (FDP).



Genitiv und Dativ sind ihm nicht fremd, werden aber nach dem Zufallsprinzip eingesetzt: In der Figur des Hausmeisters Jupp amüsierte Ludger Stratmann sein Publikum.



Reinhold Schulte mit Bundestagsvizepräsident Dr. Hermann Otto Solms.



Gut gefüllt das Foyer des Hamburger Bahnhofs, ansonsten Museum für zeitgenössische Kunst, und gut gelaunt die Gäste des PKV-Herbstfestes.

Plädoyer für Direktabrechnung

Sehr geehrte Kollegin,
sehr geehrter Kollege!

Woran denken Sie, wenn ein Patient ohne Chipkarte Sie aufsucht und seine Sorgen oder Beschwerden erzählt? An Medizin! Sie sind Arzt und überlegen, was Sie am besten tun können, um diesem Patienten zu helfen.

Woran denken Sie, wenn ein Patient mit Chipkarte Sie aufsucht? An Medizin. Auch. Und an Ihr Arzneimittelbudget, den neuen Rabattvertrag seiner Kasse, Ihr Individualbudget, ob er ins DMP passt, die neue Richtlinie xy und welches Formular Sie jetzt gleich brauchen. Sie überlegen, kurz, was Sie am besten für diesen Patienten tun könnten und dann etwas länger, was Sie für ihn tun dürfen, ohne in Schwierigkeiten zu kommen oder als Arzt tun müssen, obwohl Sie dadurch in Schwierigkeiten kommen.

Der entscheidende Unterschied zwischen diesen beiden Patienten besteht darin, dass der eine einen individuellen Behandlungsvertrag mit Ihnen schließt, während Sie der andere als Leistungsempfänger im Sachleistungssystem aufsucht, damit Sie ihm seine medizinische Versorgung austeilen. Über das, was seine Versorgung realistisch umfasst, ist er nicht informiert, wird er von Politik und Kassen absichtlich im Unklaren gelassen, beziehungsweise in der Illusion gewogen, er könne aus allem wählen, was es so gibt.

Ihn in die Richtlinien zu pressen, überlässt man getrost Ihnen und zwar gleich mit Übergabe des finanziellen Risikos an Sie, falls Sie den Konflikt mit dem Patienten scheuen oder es ganz einfach nicht über sich bringen, dem Menschen, der da vor Ihnen sitzt, dieses oder jenes zu verweigern. So geraten Sie im Sachleistungssystem in das Spannungsfeld zwischen Arztsein und persönlich haftendem Zwangsverwalter

fremder Finanzen, von denen Sie nur eines sicher wissen: Sie reichen nie und nimmer, um die Leistungen, die von Ihnen und den Kollegen erbracht oder abgefordert werden, angemessen zu vergüten.

Warum diskutieren Ärzte und Zahnärzte diese Gedanken nicht längst in breiter Öffentlichkeit? Angst, die Sache zu Ende zu denken und dazu zu stehen? Lieber auf ein Wunder warten? Die KV / KZV macht das schon? Angst, diffamiert und unberechtigterweise in die Ecke derer gestellt zu werden, die „nur ans Geld denken“? Angst, bei Kollegen zuzugeben, dass einen erst eigene finanzielle Probleme zum Nachdenken gebracht haben? Resignation angesichts des politischen Gegenwindes – man kann ja sowieso nichts machen?

Direktabrechnung kann Ihnen den Beruf wiedergeben, den Sie ausüben wollten, als Sie Arzt oder Zahnarzt geworden sind. Und sie kann den Patienten ihre Ärzte wiedergeben anstelle der „Leistungserbringer“, die sie zurzeit in vielen Praxen antreffen. Direktabrechnung ist nichts anderes als die Wiedereinführung des Rechtes, Verträge nach dem bürgerlichen Gesetzbuch zu schließen, wie es in allen Lebensbereichen außerhalb des deutschen Gesundheitswesens üblich und alltäglich ist. Es ist nicht unehrenhaft oder unethisch, das zu wollen. Es ist normal.



Dr. Christiane Alp

Dr. Christiane Alp ist Kieferorthopädin in Bad Homburg und Vorstandsmitglied des „Bündnis Direktabrechnung“. Der Text ist ein Auszug aus einem Offenen Brief an die Ärzteschaft. Weitere Informationen unter www.buendnis-direktabrechnung.de.

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. Christiane Alp,
Prof. Dr. Jürgen Fritze, Timm Genett,
Dr. Frank Schulze Ehring, Jens Wegner

Fotos: picture-alliance / dpa
Frank und Marc Darching GbR

Karikaturen: Dirk Meissner, Köln

Verlag:

Versicherungswirtschaft GmbH
Klosestr. 20-24, 76137 Karlsruhe
Telefon (0721) 350 90

Herstellung: LUTHE Druck und Medienservice KG, Köln

Erscheinungsweise: Neunmal jährlich

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

Nachdruck der Texte nach Absprache.

Belegexemplar erbeten.

Die nächste Ausgabe erscheint am 15.12.2007.