

Die interne „Rendite“ in der SPV

Der renommierte Wissenschaftler Prof. Raffelhüschen hat nachgerechnet: Bei der sozialen Pflegeversicherung (SPV) kommen die jüngeren Jahrgänge schlecht weg, Männer werden im Schnitt sogar weniger erhalten als sie eingezahlt haben.

> Seite 101

Weltaidstag: Provokantes PKV-Plakat

Die PKV unterstützt die Kampagne der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, hat zum Weltaidstag aber auch ein eigenes Präventions-Motiv vorgestellt. Hintergrund des Engagements ist der starke Anstieg von HIV-Neuinfektionen in Deutschland.

> Seite 103

Vollversicherungsgeschäft knickt ein

Nach zwei Jahren schlägt die drastische Anhebung der Pflichtgrenze jetzt voll durch: Im ersten Halbjahr 2005 ist die Zahl der neu abgeschlossenen privaten Krankenvollversicherungen um fast 50 Prozent zurückgegangen.

> Seite 104

PKV-Stellungnahme zur PSI-Abrechnung

Die Verbandsposition zur Abrechnung der Prostata-Brachytherapie mittels Seed-Implantation (PSI), nachdem im „Zentralen Konsultationsausschuss bei der Bundesärztekammer“ keine Einigung erzielt werden konnte.

> Seite 106

„Weg in eine echte Zweiklassenmedizin“

Der Präsident der Bundesärztekammer Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe hält die Festlegungen zur Gesundheitspolitik im Koalitionsvertrag für einen weiteren Schritt in die dirigistische Mangelverwaltung.

> Seite 108

Ansonsten in dieser Ausgabe

Brief aus Berlin und Köln > Seite 98 +++
Impressum > Seite 108



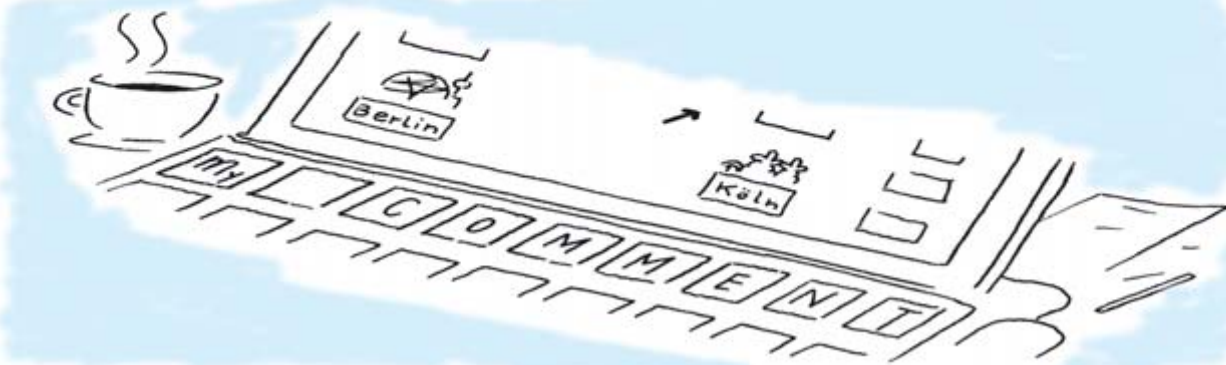
Regierungserklärung: Bekenntnis zu mehr Wettbewerb und Generationengerechtigkeit im Gesundheitswesen

Die PKV hat das klare Bekenntnis von Bundeskanzlerin Angela Merkel zu mehr Wettbewerb und Generationengerechtigkeit im Gesundheitssystem begrüßt. Nach der ersten Regierungserklärung Merkels im neuen Amt erklärte der Verbandsvorsitzende Reinhold Schulte: „Die Bundeskanzlerin hat ein deutliches Signal zugunsten der privaten Krankenversicherung und für mehr Beschäftigung im Gesundheitswesen gesetzt. Die anhaltend hohe Arbeitslosigkeit und die erkennbaren Grenzen der sozialen Kranken- und Pflegeversicherung erfordern jetzt mutige Reformschritte. Wir brauchen mehr eigenverantwortliche, private Vorsorge und mehr Kapitaldeckung statt einer weiteren Ausdehnung der Umlage-

finanzierung in den gesetzlichen Systemen. Die Menschen sind zu deutlich mehr Verantwortung bereit als ihnen die Politik oftmals zugestehen will. Und es ist sozial gerecht, wenn wir endlich die Weichen für ein demografiefestes Gesundheitssystem stellen und damit künftige Generationen nicht noch stärker belasten. Für die anstehenden Beratungen zur Weiterentwicklung der Kranken- und Pflegeversicherung bieten wir unseren Sachverstand und unsere konstruktive Unterstützung an“, so Schulte. Ein ausführliches Interview mit dem PKV-Verbandsvorsitzenden zum Koalitionsvertrag und den jüngsten Querschüssen der Bundesgesundheitsministerin auf

> Seite 99

Brief aus Berlin und Köln



Ein Heft im Zeichen von Koalitionsbildung und Kanzlerinwahl: Einige Einschätzungen der PKV hinsichtlich der ersten Regierungserklärung Angela Merkels konnten Sie bereits dem Leitartikel entnehmen. Zum Koalitionsvertrag und ersten Störversuchen der Gesundheitsministerin lesen Sie bitte unser ausführliches Interview mit dem Verbandsvorsitzenden Reinhold Schulte auf den kommenden Seiten.

„Deshalb sind wir bereit und willens, mit einem neuen Ansatz im neuen Jahr eine Lösung zu finden, auch wenn das eine schwierige Aufgabe ist. Ich zumindest werde mich sehr dafür einsetzen“. Mit diesen Sätzen beendete Angela Merkel das Thema Gesundheitspolitik, das sie übrigens sehr früh in ihrer Regierungserklärung angesprochen hatte.

Gesundheitsreform 2006

Beides – Inhalt und Platzierung – lässt darauf schließen, dass sich die Kanzlerin der anstehenden Reformen im Gesundheitswesen auch persönlich annehmen wird und nicht gewillt ist, das Terrain allein der federführenden Ministerin zu überlassen. Dass Ulla Schmidts neuerlicher Vorstoß zugunsten ihrer Bürgerversicherungs-ideen noch vor Unterschrift des Koalitionsvertrages erfolgte und damit für Unruhe vor der Kanzlerwahl sorgte, wird Angela Merkel darin bestärkt haben, das

Gesundheitsressort und deren Chefin besonders im Auge zu behalten.

Inhaltlich liegt Ulla Schmidt ohnehin daneben: Ihre These von der Zweiklassen-Medizin in Deutschland, festgemacht an unterschiedlich wahrgenommener Verweildauer von gesetzlich und privat Versicherten im Wartezimmer, bedient vielleicht Neidgefühle, ist aber nicht haltbar. Nach dem Fritz-Beske-Institut, über dessen Studie PKV Publik bereits berichtete, hat nun auch das von der Gesundheitsministerin selbst ins Leben gerufene Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen die hohe Effizienz des deutschen Systems im internationalen Vergleich bestätigt.

Tatsächlich erfahrbar wird Zweiklassen-Medizin dort, wo sich die vermeintlich so gerechte Einheitssicherung durchgesetzt hat: So warten die „Nutznießer“ des staatlichen Gesundheitsdienstes in Großbritannien wochenlang selbst auf lebenswichtige Behandlungen. Ältere Patienten sind wegen „Unwirtschaftlichkeit“ von bestimmten Leistungen und Operationen ausgeschlossen. Nur wer viel Geld hat auf der Insel, kann sich den Besuch in einer Privatklinik leisten, wo die besten Ärzte mit modernsten Geräten behandeln. Eine medizinische Parallelwelt, die in Deutschland, wo die von den Privatpatienten gestützte Infrastruktur allen Bür-

gern zugute kommt, zum Glück noch undenkbar ist.

Reform der Pflegeversicherung

Über drohende Beitragssatzexplosionen in der sozialen Pflegeversicherung und die steigende Belastung künftiger Generationen war an dieser Stelle schon öfters zu berichten. Jetzt wurde erneut belegt, dass das Umlageverfahren in diesem Zweig der Sozialversicherung auch in sich nicht „lukrativ“ ist. Der Freiburger Ökonom Professor Raffelhüschen fasst in diesem Heft seine jüngste Studie zusammen, wonach das „Einführungsgeschenk“ für die ersten Leistungsempfänger noch über Jahrzehnte hinaus bezahlt werden muss – mit der Folge, dass die heute Jüngeren innerhalb der SPV eine geringere Rendite erzielen als auf dem Kapitalmarkt. Jüngere Männer zahlen im Schnitt sogar drauf.

Die Kanzlerin, um noch einmal auf die Regierungserklärung zurückzukommen, hat von „fairen“ Schritten bei den anstehenden Reformen gesprochen. Die populäre WDR-Fernsehsendung „Hart, aber fair“, in der Reinhold Schulte jüngst zu Gast war, hat das Versprechen ihres Titels gehalten. Nun bleibt abzuwarten, ob auch die Bundesregierung in den nächsten Monaten fair agiert. Hart wird es ja ganz sicher. „Mehr Freiheit wagen“ lautete das Leitmotiv Angela Merkels – die PKV setzt darauf, dass dies auch für das Gesundheitswesen gilt.

„Besser Bedenkzeit als ein schlechter Kompromiss“

Nicht erst im Bundestagswahlkampf haben die privaten Krankenversicherer vehement vor Radikalreformen im Gesundheitswesen gewarnt. Da die Koalition aus Union und SPD zunächst keine systemumstürzenden Beschlüsse gefasst hat, könnten alle, die für eine wirksame Weiterentwicklung des bestehenden Systems plädieren, eigentlich recht zufrieden sein – gäbe es da nicht unterschiedliche Auslegungen maßgeblicher Passagen des Koalitionsvertrages. PKV Publik sprach mit dem Verbandsvorsitzenden Reinhold Schulte über die Große Koalition und die von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt angezettelte Neiddebatte:

Die Tinte unter dem Koalitionsvertrag ist inzwischen angetrocknet – wie beurteilen die privaten Krankenversicherer das Regierungsbündnis von Union und SPD?

Wir begrüßen, dass beide Volksparteien das Wahlergebnis akzeptiert haben und sich in die Verantwortung nehmen lassen. Wichtig ist, dass es nach über einem halben Jahr der Stagnation im Anschluss an die Neuwahlentscheidung jetzt wieder klare politische Führung und neue Gestaltungsmöglichkeiten gibt.

Besonders zahlreich sind die Optionen im Gesundheitswesen. Was halten Sie davon, dass der Koalitionsvertrag an dieser Stelle so viele Fragen offen lässt?

Mir ist es lieber, die Große Koalition nimmt sich für weitergehende Entscheidungen im Hinblick auf Kranken- und Pflegeversicherung Bedenkzeit, anstatt einen schlechten Kompromiss zu schließen. Dass sich keines der beiden Radikalkonzepte „Bürgerversicherung“ und „Gesundheitspauschale“ würde durchsetzen lassen, war zu einem relativ frühen Zeitpunkt der Koalitionsverhandlungen absehbar. Bis zum Schluss der Gespräche bestand aber die Gefahr, dass es zu Detailabsprachen kommt, die eine Vorfestlegung bedeutet hätten.

Welche Details meinen Sie?

Beispielsweise die zwischenzeitliche Überlegung, auf die Alterungsrückstellungen

der privaten Pflegepflichtversicherung zuzugreifen. Hier ist anzuerkennen, dass die Koalitionäre der Verlockung vom vermeintlich schnellen Geld nicht erlegen sind, sondern beherzigt haben: Die Rückstellungen sind nicht nur vom Grundgesetz geschützt, auch unter dem Aspekt der Generationengerechtigkeit wäre ein Zugriff



Reinhold Schulte

fatal, da wir in unseren Vorsorgesystemen nicht weniger sondern mehr Kapitaldeckung brauchen.

Nun sieht der Koalitionsvertrag einen Finanzausgleich zwischen privater und sozialer Pflegeversicherung vor und begründet dies mit

den unterschiedlichen Risikostrukturen. Wie verstehen Sie diese Abmachung?

Zunächst einmal muss man sich diese Risikostrukturen genau anschauen. Wenn die Koalitionäre die entsprechenden Daten erheben, werden sie feststellen, dass die Zahl der Leistungsempfänger im Bereich der privaten schon seit einigen Jahren prozentual stärker anwächst als im Bereich der sozialen Pflegeversicherung. Man wird registrieren, dass unsere größte Versicherten­gruppe, die Beamtenschaft, eine überdurchschnittliche Lebenserwartung und damit auch eine höhere Wahrscheinlichkeit hat, einmal auf pflegende Hilfe angewiesen zu sein. Dass die private Pflegeversicherung per se die „besseren Risiken“ hat, kann die Prüfung durch die Koalition nach den uns vorliegenden Zahlen mithin nicht ergeben.

Haben Sie weitere Beispiele für aus Ihrer Sicht erfreulicherweise unterbliebene Detaillösungen im Koalitionsvertrag?

Die Sozialdemokraten haben sehr stark auf Vereinbarungen gedrängt, die den Einstieg in die Bürgerversicherung durch die Hintertür bringen, wie etwa eine neuerliche, außerordentliche Anhebung der Versicherungspflichtgrenze: Das sollte zum Austrocknen der PKV und rein in die Einheitssicherung führen – was es wohl auch würde, wenn man sieht, wie dramatisch sich die letzte Maßnahme dieser Art auf die Wechselmöglichkeiten

der Versicherten und die Neuzugänge in die PKV auswirkt. (Vgl. Bericht auf Seite 104.)

Die alte und neue Bundesgesundheitsministerin hat vor einer fortschreitenden Zweiklassen-Medizin in Deutschland gewarnt und als Indiz dafür unterschiedliche Wartezeiten und Behandlungsangebote für gesetzlich und privat Versicherte ausgemacht...

Zunächst einmal kenne ich keinen Fall, in dem ein akut behandlungsbedürftiger Kassenpatient hätte warten müssen, weil ihm ein weniger behandlungsbedürftiger Privatpatient vorgezogen worden wäre. Dass es zu Verschiebungen in einer Wartezimmerliste kommt, ist eine Lebenserfahrung. Ich kann nicht ausschließen, dass dabei auch der Status als Privat- oder Kassenpatient eine Rolle spielt, aber sicher nicht die entscheidende. Wir haben in Deutschland keine Zweiklassen-Medizin – und das nicht trotz, sondern gerade wegen des Nebeneinanders, wegen des Wettbewerbs von gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Wenn nur noch einheitliche Leistungen zu einheitlichen Preisen abgegeben werden dürften, ginge die Qualität der Versorgung zwangsläufig zurück. Dann bekämen mittelfristig tatsächlich alle die gleichen Leistungen: Gleich teure und gleich schlechte nämlich.

Frau Schmidt ist in die Öffentlichkeit gegangen, noch bevor der Koalitionsvertrag unterschrieben war. Wie bewerten Sie dieses Vorgehen politisch?

Union und SPD haben eine gemeinsame Initiative für Reformen im Gesundheitswesen frühestens im nächsten Jahr verabredet. Offenbar versucht die Ministerin, das Terrain dafür schon jetzt abzustecken. Dabei schlägt sie dieselben ideologischen Pflöcke ein, die sie schon im Wahlkampf verwendet hat und die nicht nur die Unionsparteien, sondern auch die Wähler so nicht eingerammt sehen wollen. Ich ver-

traue darauf, dass die Menschen nicht auf eine durchsichtige Neiddebatte hereinfallen, die nur angezettelt wird, um die Bürgerversicherung durchzusetzen.

Dass sich die private Krankenversicherung unsolidarisch gegenüber ihrer Not leidenden gesetzlichen Schwester verhalte, hat man aber nicht nur von Frau Schmidt gehört, sondern auch schon in Zeitungskomentaren gelesen...

Davon wird diese unzutreffende Behauptung aber nicht richtig: Allein im vergangenen Jahr haben die Privatpatienten das Gesundheitswesen durch ihre – im Vergleich zu dem, was die gesetzliche Kasse zahlt – höheren Aufwendungen mit über achteinhalb Milliarden Euro gestützt. Dieses Geld sichert tagtäglich das Überleben vieler Arztpraxen, so manchen Krankenhauses und es macht medizinischen Fortschritt an vielen Stellen überhaupt erst möglich. Davon haben alle Bürger etwas – ganz aktuell. Und auch in Zukunft profitiert die ganze Gesellschaft von der PKV: Denn alle privat Versicherten sorgen selbst für ihre im Alter steigenden Krankheitskosten vor und werden später nicht den jüngeren Beitrags- oder Steuerzahlern zur Last fallen.

Das von Ihnen angesprochene Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung gibt es so ja in keinem anderen europäischen Land mehr: In den Niederlanden ist gerade die gewissermaßen „vorletzte Bastion“ geschliffen worden. Schwant Ihnen Schlimmes, wenn Sie im Koalitionsvertrag lesen, dass man sich auf der Suche nach einem geeigneten Reformkonzept an anderen Staaten orientieren will?

Die sehr unterschiedlichen Gesundheitssysteme in Europa passen zumeist zur Gesellschaftsordnung und der Sozialkultur des jeweiligen Landes, lassen sich aber nicht ohne weiteres auf andere Staaten übertragen. In den angesproche-

nen Niederlanden hat sich bei der Gleichschaltung der Systeme ja genau genommen nicht die gesetzliche, sondern die private Krankenversicherung durchgesetzt; es gibt dort einen Krankenversicherungsmarkt, der nicht öffentlich-rechtlich kontrolliert wird und auf dem ausländische Anbieter zugelassen sind. Für das deutsche Gesundheitswesen ist dieser Reformansatz realistisch betrachtet nicht hilfreich. Übrigens ist die PKV nicht der einzige „Sonderfall“ des deutschen Systems: Kassenärztliche Vereinigungen oder einen Verband der Angestelltenkassen gibt es so auch in keinem anderen Land. Und schließlich noch ein ganz erfreuliches „Alleinstellungsmerkmal“: Wie jüngste Studien des Fritz-Beske-Instituts und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen belegen, ist die medizinische Versorgung in Deutschland im internationalen Maßstab einzigartig erfolgreich.

Wie wird Ihrer Ansicht nach die sozialpolitische Landschaft am Ende der eben begonnenen Legislaturperiode aussehen?

Die Einsicht, eigenverantwortlich vorzusorgen, wird sich bei den Menschen weiter durchsetzen. Einen deutlichen Hinweis darauf liefert die Entwicklung im Bereich der Altersvorsorge: Hier zieht der Abschluss bei den Riesterrenten derzeit massiv an. Auch im Gesundheitswesen erwarte ich mehr private, kapitalgedeckte Vorsorge. Aufgrund des demografischen Wandels und des medizinischen Fortschritts ist der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen nicht dauerhaft zu garantieren, zumindest nicht zu vertretbaren Beitragssätzen. Die PKV hat ein durchkalkuliertes Konzept vorgelegt, das eine deutliche Senkung des GKV-Beitragssatzes möglich macht und damit allen gesetzlich Versicherten erlaubt, individuell ausgemachte Versorgungslücken durch private Zusatzversicherungen zu schließen.

Studie der Stiftung Marktwirtschaft: „Wer gewinnt, wer verliert? Die interne Rendite der gesetzlichen Pflegeversicherung“

Dass die gesetzliche Pflegeversicherung angesichts der zunehmenden Alterung der Bevölkerung mit tragischer Vehemenz an ihre finanziellen Grenzen stößt, ist ein offenes Geheimnis. Doch wer hat durch die Einführung der Pflegeversicherung gewonnen und wer verloren? In einer aktuellen Studie für die Stiftung Marktwirtschaft quantifizieren die Freiburger Finanzwissenschaftler Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen und Dipl.-Volkswirtin Jasmin Häcker erstmals detailliert die Umverteilungswirkungen, die durch die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung entstanden sind. Die Autoren zeigen, dass es neben der Umverteilung zwischen den Generationen auch eine erhebliche Umverteilung zwischen den Geschlechtern gibt: Die Männer sind die eindeutigen Verlierer. So werden nach 1995 geborene Männer im Schnitt mehr einzahlen müssen, als sie jemals aus der Pflegeversicherung erhalten.

1. Ausgangssituation und Methodik

Im Unterschied zu der Inkraftsetzung eines reinen Kapitaldeckungsverfahrens geht jede Einführung eines umlagefinanzierten sozialen Alterssicherungssystems mit einem Einführungsvorteil für die alten und insbesondere die ältesten Generationen einher. So auch im Fall der gesetzlichen Pflegeversicherung (GPV), die im Jahr 1995 als fünfte Säule der Sozialversicherung eingeführt wurde. Anstatt die lebenden Generationen zunächst zu belasten, wählte der Gesetzgeber damals den politisch vermeintlich attraktiveren Weg und „beglückte“ die Bürger mit sofortigen Versicherungsleistungen. Dass die dadurch entstehende implizite Verschuldung irgendwann durch steigende Beitragssätze getilgt und das Einführungsgeschenk zurückgezahlt werden muss, blendete man damals tunlichst aus.

Unter Verwendung der Methodik zur Messung der internen Rendite lässt sich für alle lebenden sowie die zukünftigen Jahrgänge die interne bzw. implizite reale Rendite der gesetzlichen Pflegeversicherung berechnen. Sie gibt für ein repräsentatives Individuum eines Jahrgangs Auskunft über das Verhältnis von Beitragszahlungen zu Pflegeleistungen. Dabei werden die zukünftigen altersspezifischen Beiträge und Pflegeleistungen mit einer den allgemeinen Pro-

duktivitätsfortschritt abbildenden jährlichen Wachstumsrate von 1,5 Prozent fortgeschrieben, was eine gleichbleibende „Pflegethese“ impliziert.



Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen

2. Die Ergebnisse

Ältere Jahrgänge erhalten einen Einführungsvorteil: Dieser resultiert daraus, dass sie sofort mit Einführung der GPV Pflegeleistungen erhalten, ohne dafür jemals nennenswerte Beiträge geleistet zu haben. Für Frauen des Jahrgangs 1930 summiert sich der Barwert der Nettopflegetransfers beispielsweise auf 13.600 Euro. Ihre männlichen Jahrgangsgenossen genießen immerhin noch rund 8.000 Euro Einführungsvorteil. Dass Frauen deutlich besser

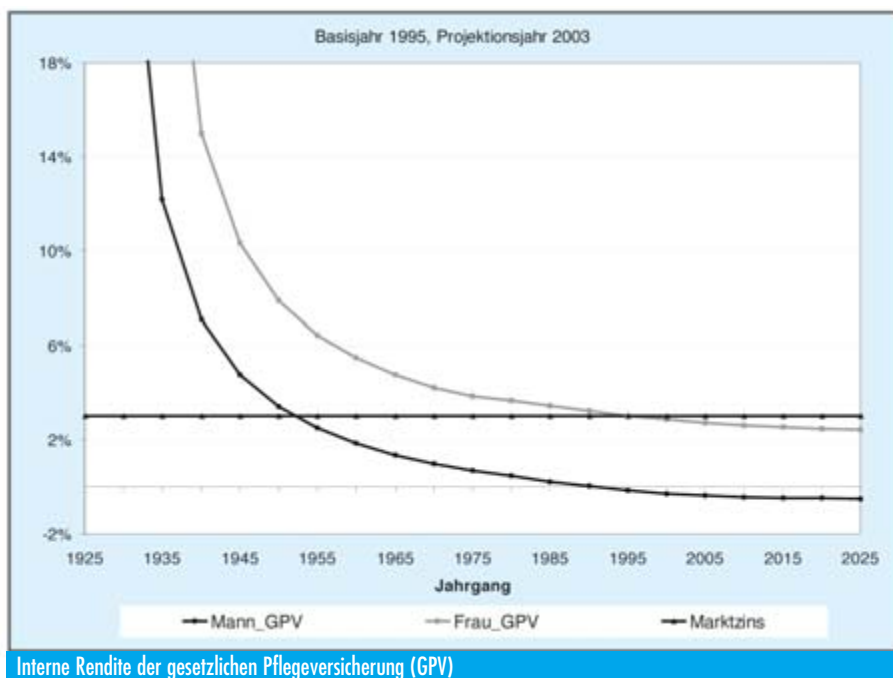
abschneiden als Männer, liegt vor allem daran, dass sie im Durchschnitt nur etwa die Hälfte der Beiträge bezahlen, gleichzeitig aber aufgrund der höheren Lebenserwartung deutlich mehr Pflegeleistungen in Anspruch nehmen.

Errechnet man aus Beiträgen und durchschnittlichen Leistungen der Pflegeversicherung eine interne Verzinsung, so erhalten Männer, die vor 1938 geboren wurden, und Frauen, die vor 1945 geboren wurden, eine zweistellige reale Rendite – deutlich mehr als bei den meisten Kapitalanlagen. Während ältere Generationen also sehr hohe Renditen erhalten – im Extremfall strebt die Rendite gegen unendlich – erhalten jüngere Jahrgänge sukzessive eine immer niedrigere implizite Verzinsung. Alle Jahrgänge, die 1975 und später geboren wurden, haben keinen Einführungsvorteil mehr, da sie über ihr gesamtes Erwerbsleben Beiträge abführen müssen.

Kehrseite der Medaille „Einführungsvorteil“ ist die implizite Verschuldung, die durch das Umlageverfahren und die alternde Bevölkerungsstruktur in der GPV entsteht. Sie resultiert aus den gegebenen Leistungsversprechen und beläuft sich auf rund 700 Mrd. Euro oder 32,1 Prozent des BIP. Da aufgrund der zunehmenden Bevölkerungsalterung immer weniger

erwerbstätige Beitragszahler, die den Hauptteil der Beitragslast schultern, für immer mehr pflegebedürftige Menschen aufkommen müssen, sind massive Beitragssatzsteigerungen in den kommenden Jahrzehnten vorprogrammiert – von heute 1,7 Prozent auf bis zu 3,9 Prozent. Dieser Beitragssatzanstieg beschreibt nichts anderes als die Tilgung der impliziten Schuld im Zeitablauf. Zwar werden prinzipiell alle noch lebenden Generationen von den steigenden Beitragssätzen tangiert, jedoch in sehr unterschiedlichem Ausmaß. Die finanzielle Hauptlast tragen naturgemäß die jüngeren und noch nicht geborenen Generationen, da für sie die höchsten Beitragssätze gelten werden. Die durchschnittlichen internen Renditen der jeweiligen Generationen sinken dadurch beträchtlich unter die am Kapitalmarkt durchschnittlich erzielbare Verzinsung von etwa drei Prozent.

Differenziert man zusätzlich zwischen den Geschlechtern, so zeigen sich eklatante Unterschiede. Während bei den Frauen die interne Rendite selbst für zukünftige Generationen kaum unter den durchschnittlichen Marktzens sinkt, ist das bei Männern bereits ab dem Jahrgang 1955 der Fall. Nach 1995 geborenen Männer sehen sich sogar einer negativen internen Rendite gegenüber: Sie müssen über ihr Leben mehr in die Pflegeversicherung einzahlen als sie im Durchschnitt jemals an Leistungen erhalten werden. Während Frauen kaum schlechter gestellt sind als in einem alternativen kapitalgedeckten System, tragen Männer ab dem Jahrgang 1955 in zunehmendem Maße die implizite Steuer, die sich als Differenz zwischen Marktzens und interner Rendite der Pflegeversicherung ergibt. Die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung führt somit nicht nur zu beträchtlichen Umverteilungswirkungen zwischen den Generationen, sondern bewirkt auch eine massive intragenerative Umverteilung, bei der die Männer die eindeutigen Verlierer sind.



3. Schlussfolgerungen und politische Handlungsempfehlungen

Mit punktuellen Modifikationen lassen sich Missstände am bestehenden „Generationenvertrag“ Pflegeversicherung nicht beheben. Notwendig ist vielmehr ein grundsätzlicher Wechsel hin zu einer lohn- und einkommensunabhängigen kapitalgedeckten Finanzierung. Eine solche hätte mehrere Vorteile:

Sie wäre erstens demografiefest. Aufgrund der Äquivalenz von Prämienzahlungen und Leistungsausgaben würden intergenerative Belastungen vermieden.

Durch die Abkopplung der Arbeitskosten von den Beiträgen könnte der Teufelskreis aus steigenden Beitragssätzen, negativen Effekten auf Wachstum und Beschäftigung und dadurch wiederum steigenden Beitragssätzen durchbrochen werden.

Und schließlich würde die derzeit höchst intransparente Einkommensumverteilung zwischen den Generationen und Geschlechtern ins Steuer-Transfer-System verlagert, wo sie letztlich auch hingehört. Gerade weil sich der optimale Grad an Umverteilung wissenschaftlich nicht ableiten lässt, haben die Bürger aber ein Recht darauf, dass die Umverteilung sichtbar und

nachvollziehbar vonstatten geht. Das ist eine Voraussetzung für rationale Politikentscheidungen.

Die Politik zögert den Wechsel in der Pflege (noch) hinaus, weil dieser geeignete Übergangsregelungen für ältere Menschen und eine explizite Belastung der gegenwärtigen Generationen erfordern würde. Die dafür notwendige – zumindest teilweise – Rücknahme der Einführungsgewinne in der Pflegeversicherung hat jedoch nichts mit sozialer Kälte zu tun, sondern ist ein Gebot langfristig ausgerichteter und an Gerechtigkeitsprinzipien orientierter Politik. Mit jedem weiteren Jahr, das man wartet, wachsen die Kosten des Systemwechsels. Billiger als jetzt kann der Umstieg in der Pflegeversicherung nie mehr werden.

Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen lehrt Finanzwissenschaft an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Neben seiner Mitwirkung an internationalen Forschungsprojekten äußert er sich – z.B. als Mitglied der Rürup-Kommission oder als Vorstand der Stiftung Marktwirtschaft – zu Fragen der praktischen Sozialpolitik.

Dipl.-Vw. Jasmin Häcker ist Assistentin am Institut für Finanzwissenschaft und Volkswirtschaftslehre der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg sowie Mitarbeiterin des „Forschungszentrums Generationenverträge“.

Weltaidstag 2005: Provokantes PKV-Plakatmotiv mahnt zur Vorbeugung

Zum Weltaidstag am 1. Dezember haben die privaten Krankenversicherer (PKV) noch einmal eindringlich auf die Ansteckungsgefahr der Immunschwächekrankheit hingewiesen. Weithin sichtbar wurde am Berliner „Palast der Republik“ ein rund 120 Quadratmeter großes Plakat mit der Aufforderung zum Schutz vor Aids installiert.

Das provokante Motiv, das auch als Gratispostkarte in der Berliner Gastronomie verteilt wurde, zeigt einen phallusartigen Fliegenpilz als Symbol für die tödliche Krankheit, die weltweit Leben „vergiftet“. Konkreter Anlass der Aktion sind die im ersten Halbjahr 2005 um 20 Prozent gestiegenen HIV-Infektionszahlen in Deutschland. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) spricht von einer besorgniserregenden Entwicklung. In ihrem Engagement gegen die weitere Ausbreitung der Krankheit erhält die BZgA Unterstützung von der privaten Krankenversicherung: Wie bereits berichtet, stellt die PKV jährlich 3,5 Millionen Euro für Aids-Prävention und -Aufklärung zur Verfügung.

Seit Bekanntwerden im Jahr 1981 hat die Immunschwächekrankheit Aids weltweit mehr als 25 Millionen Opfer gefordert. Trotz des verbesserten Zugangs zu Behandlung und Pflege in zahlreichen Regionen der Welt forderte die Aids-Epidemie allein im Jahr 2005 3,1 Millionen Todesopfer, darunter mehr als eine halbe Million Kinder. Wie das Programm der Vereinten Nationen zur Bekämpfung von Aids (UNAIDS) im aktuell erschienenen Status-Bericht zur Entwicklung der Epidemie berichtet, erreicht die Gesamtzahl der HIV-Positiven 2005 einen neuen Höchststand: Schätzungen zu-

folge leben 40,3 Millionen Menschen mit dem HI-Virus – nahezu 5 Millionen mehr als noch 2004.

Diese Entwicklung macht auch vor Deutschland nicht Halt: Für 2005 sagt das Berliner Robert-Koch-Institut rund 2.600 Neuinfektionen voraus. Allein um 70 Pro-



zent stiegen die Diagnosezahlen bei Männern, die Sex mit Männern haben. Die höchste HIV-Erstdiagnose-Rate haben Frauen und Männer in der Altersgruppe der 25 – 29jährigen. Das Robert-Koch-Institut wie auch die BZgA sehen einen maßgeblichen Grund für die drastisch gestiegenen Neuinfektionszahlen im Nachlassen des Schutzverhaltens der Menschen.

„Die Zahlen geben großen Anlass zur Sorge“, sagte der Direktor des Verbandes der privaten Krankenversicherung, Dr. Volker

Leienbach, anlässlich des Weltaidstages am 1. Dezember in Berlin. „Aids und seine Folgen sind nicht mehr im öffentlichen Bewusstsein. Das müssen wir ändern. Die Berichte über immer besser wirksame Medikamente wiegen die Menschen offenkundig in einer trügerischen Sicherheit. Doch Aids ist und bleibt nach wie vor eine tödliche Krankheit!“

UNAIDS spricht sogar von einer der zerstörerischsten Epidemien in der Geschichte der Menschheit. Weiter verbesserte Medikamente können den Ausbruch der Krankheit zwar hinauszögern, aber sie heilen nicht und haben zum Teil gravierende Nebenwirkungen.

Den Rückgang der öffentlichen Wahrnehmung von Aids und seinen Folgen beklagt auch die BZgA. Auf dem

ersten großen Weltaidstagsempfang der Deutschen Aids-Hilfe in Berlin plädierten im November alle Rednerinnen und Redner vehement dafür, die Vorbeugung wieder zum politischen und gesellschaftlichen Anliegen zu machen. Maya Czajka, Mitglied des Bundesvorstandes der Deutschen Aids-Hilfe, betonte: „Wir werden mit unseren Kampagnen neue Wege zur jungen Generation finden müssen – neben den bewährten Konzepten, denen wir unseren Erfolg in der zielgruppenspezifischen Prävention verdanken.“

Ag

Zahlenbericht 04/05: Einbruch im Krankenvollversicherungs-Neugeschäft

Zwei Jahre nach der drastischen Anhebung der Versicherungspflichtgrenze ist die Zahl der neu abgeschlossenen privaten Krankenvollversicherungen stark rückläufig. Dies geht aus dem aktuellen PKV-Zahlenbericht 2004/2005 hervor. Erfreulich entwickelt sich dagegen die Nachfrage nach privaten Krankenzusatzversicherungen.

Der PKV-Zahlenbericht enthält das endgültige Geschäftsergebnis des Jahres 2004 der 49 Mitgliedsunternehmen. Zudem werden die vorläufigen Daten des ersten Halbjahres 2005 veröffentlicht. Daraus lässt sich ablesen, wie stark sich die außerordentliche Anhebung der Versicherungspflichtgrenze 2003 inzwischen auf den Neuzugang in die private Krankheitsvollversicherung auswirkt. Während 2003 die Zunahme um 186.600 Personen (2,35 Prozent) schon erkennbar unter dem Vorjahresniveau von 213.600 Personen (2,77 Prozent) lag, hat sich der Trend 2004 bei einem Nettozuwachs von 149.000 Personen (1,84 Prozent) noch verstärkt. Das Ende des Rückgangs ist damit aber noch nicht erreicht: Im ersten Halbjahr 2005 wechselten netto lediglich 39.200 Personen in die PKV – im Vergleich zum Vorjahreszeitraum ein nur noch etwa halb so hoher Zuwachs.

mit einer privaten Krankheitsvollversicherung abgeschlossen. In der Pflegepflichtversicherung waren zum Jahresende 9,118 (2003: 8,999) Mio. Personen versichert.

Private Zusatzversicherung immer attraktiver

Während die abgelöste Bundesregierung den Zugang zur privaten Vollversicherung weiter eingeschränkt hat, ist die private Zusatzversicherung durch politisches Zutun nochmals attraktiver geworden: Wegen der Einschnitte in den Leistungskatalog der gesetzlichen Kassen gehört sie für immer mehr Menschen unverzichtbar zur Gesundheitsvorsorge dazu. Mit den seit 2004 möglichen Kooperationen zwischen gesetzlichen und privaten Krankenvollversicherungen hat Rot-Grün die Entscheidung zugunsten einer Zusatzversicherung zudem für viele Kassenmitglieder leichter gemacht.

Insgesamt verfügten im Jahr 2004 16,141 Millionen gesetzlich Versicherte über eine private Zusatzversicherung, zur Jahresmitte 2005 waren es bereits rund 17,1 Mio. Personen.

Das Interesse an einer den Kassenschutz ergänzenden

Absicherung bezog sich überwiegend auf die ambulante Zusatzversicherung unter Einschluss von Zahnersatz. Zum Jahresende 2004 waren hier 6,181 Mio. Versicherte zu verzeichnen, was einen Zuwachs von 1,087 Mio. Personen bzw. 21,34 Prozent bedeutet. Die übrigen Zusatzversicherungen

entwickelten sich hingegen durchschnittlich: Eine Zusatzversicherung für die Wahlleistungen Ein- oder Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung hatten 4,804 Mio. Personen abgeschlossen, was einem Plus von 89.300 Personen bzw. 1,89 Prozent entspricht. Der Bestand in der Krankenhaustagegeldversicherung stieg um 41.800 Personen bzw. 0,47 Prozent auf 8,949 Mio. Personen und in der Pflegezusatzversicherung um 37.500 Personen bzw. 5,00 Prozent auf 787.100 Personen. Die Zahl der Personen mit Auslandsreisekrankenversicherung sank dagegen um 27.800 auf 26,576 Millionen.

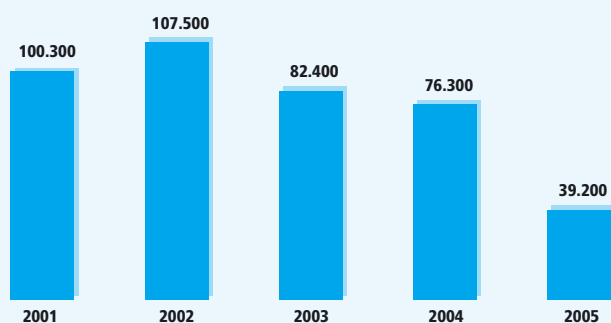
Standardtarif

Der brancheneinheitliche Standardtarif bietet Leistungen, die vergleichbar mit denen der gesetzlichen Kassen sind. Dafür ist der Beitrag auf den durchschnittlichen Höchstbeitrag der GKV begrenzt. Im Jahr 2004 wechselten 4.113 Personen in den Standardtarif, so dass zum 31. Dezember 15.110 Personen in diesem Sozialtarif der PKV versichert waren. Bei lediglich 1.220 Versicherten musste der Beitrag auf die vorgeschriebene Höchstgrenze gekappt werden, in der Regel lag er jedoch aufgrund von verrechneten Alterungsrückstellungen deutlich darunter.

Beitragseinnahmen

Die Beitragseinnahmen in der privaten Kranken- und Pflegeversicherung stiegen im Jahr 2004 um 1,672 Mrd. Euro bzw. 6,76 Prozent auf 26,413 Mrd. Euro. Auf die Krankenversicherung entfielen hier 24,542 Mrd. Euro (plus 1,649 Mrd. Euro bzw. 7,20 Prozent) und auf die Pflegepflichtversicherung 1,871 Mrd. Euro (plus 23,5 Mio. bzw. 1,27 Prozent). An den Bei-

Nettoneuzugang 1. Halbjahr Angaben in Personen



Insgesamt waren damit Ende 2004 8,259 Mio. Personen und am 30.6.2005 8,299 Mio. Personen privat krankenvollversichert. Eine Versicherung für die Wahlleistungen Ein- oder Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung im Krankenhaus hatten 2004 7,117 (2003: 7,102) Mio. Personen

tragseinnahmen lässt sich die Bedeutung der Vollversicherung für die private Krankenversicherung ablesen: Ihr Anteil ist auf 71,58 Prozent (18,907 Mrd. Euro) der Gesamtbeitragseinnahme gestiegen, während die Zusatzversicherung trotz des hohen Bestandszuwachses weiterhin nur einen Anteil von 12,43 Prozent (3,282 Mrd. Euro) hat.

Im ersten Halbjahr 2005 betragen die Beitragseinnahmen einschließlich der Nebenleistungen insgesamt rund 13,70 Milliarden Euro, davon rund 9,87 Mrd. Euro in der Krankheitsvollversicherung und 940 Mio. Euro in der Pflegepflichtversicherung. Bis zum Jahresende ist mit Beitragseinnahmen in Höhe von 25,5 Mrd. Euro für die Krankenversicherung und 1,9 Mrd. Euro für die Pflegepflichtversicherung zu rechnen. Insgesamt würden damit 27,4 Mrd. Euro erreicht.

Leistungsausgaben

Die ausgezahlten Versicherungsleistungen (einschließlich Schadenregulierungskosten) stiegen 2004 um 4,70 Prozent auf 16,553 Mrd. Euro. In der Pflegepflichtversicherung lagen sie bei 528,5 (2003: 517,9) Mio. Euro, in der Krankenversicherung bei 16,025 (2003: 15,292) Mrd. Euro (plus 4,79 Prozent).

Die Erhöhung der Krankenversicherungsleistungen je Versicherten betrug 3,4 Prozent und damit mehr als im Vorjahr (2,3 Prozent). Im Einzelnen stellte sich die Kostenentwicklung je Versicherten 2004 wie folgt dar:

Arztkosten ambulant	+ 4,7 Prozent
Zahnbehandlung und -ersatz	+ 5,0 Prozent
Krankenhaus insgesamt	+ 2,1 Prozent
davon	
– allg. Krankenhausleistungen	+ 5,3 Prozent
– Wahlleistung Unterbringung	– 6,3 Prozent
– Wahlleistung Arzt	– 0,7 Prozent
Arzneien und Verbandmittel	+ 0,8 Prozent
Heil- und Hilfsmittel	+ 4,1 Prozent

Die Analyse der Kostenentwicklung fällt differenziert aus. Der Kostenanstieg bei der ambulanten Arztbehandlung lässt sich vor dem Hintergrund einer unveränderten Gebührenordnung wohl darauf zurückführen, dass viele Ärzte versuchen, über Mengenausweitungen bei den Privatpatienten den Einkommensstillstand oder -rückgang im GKV-Segment zu kompensieren. Die Entwicklung im Zahnbereich ist weitgehend auf den Zahnersatz zurückzuführen, bei dem eine Tendenz in Richtung höherwertige Versorgung festzustellen bleibt.

Der Krankenhausbereich stellt sich uneinheitlich dar: Anders als in der GKV ergeben sich in der PKV keine Rationalisierungspotentiale aus der Verkürzung der Verweildauer. Vielmehr ist durch den Umstieg auf Fallpauschalen die allgemeine Krankenhausbehandlung für die PKV teurer geworden, denn die den Pauschalen zugrunde gelegten durchschnittlichen Verweildauern sind in der Regel höher als die bisher tatsächlich festzustellenden Verweildauern von Privatpatienten. Hingegen ist bei den Wahlleistungen ein Ausgabenrückgang zu beobachten, der im erfolgreichen Bemühen des PKV-Verbandes um Angemessenheit zwischen Preis und Leistung begründet liegt. Erfreulich ist auch die Entwicklung bei den Arzneimitteln. Sie ist insbesondere auf ein 2004 noch geltendes Preismoratorium zurückzuführen.

Gesamtaufwendungen und Zukunftsvorsorge in der PKV

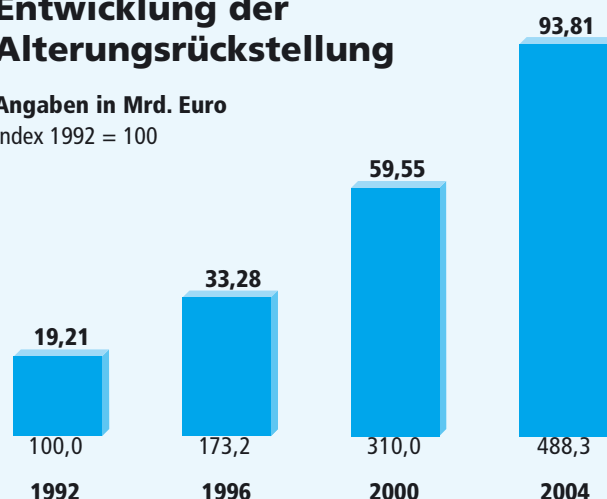
Die Position Gesamtaufwendungen beinhaltet alle Leistungen, die innerhalb eines Jahres zugunsten der Versicherten auf-

wendet werden. Im Jahr 2004 lag dieser Betrag bei 28,562 Mrd. Euro und damit über dem Vorjahreswert von 27,246 Mrd. Euro. Die Aufwendungen für Versicherungsfälle (einschließlich der Zuführung zur Schadenrückstellung) erhöhten sich von 16,041 auf 16,656 Mrd. Euro. Den Alterungsrückstellungen wurden 8,673 Mrd. Euro zugeführt, davon 1,201 Mrd. Euro in der Pflegepflichtversicherung. Insgesamt verfügt die PKV damit über Alterungsrückstellungen in Höhe von 93,81 Mrd. Euro.

Die PKV bildet für ihre Versicherten Reserven, damit deren Beitrag im Alter möglichst stabil und vom demografischen Wandel unabhängig bleibt. Zur Veranschaulichung des Aufwandes der PKV werden in der Vorsorgequote die Zuführung zur Alterungsrückstellung, die Zuführung zur Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (2004: 2,590 Mrd. Euro) sowie zusätzliche Mittel für Beitragsermäßigungen im Alter (gem. § 12a Abs. 3 VAG; 2004: 322,8 Mio. Euro) den verdienten Bruttobeiträgen gegenübergestellt.

Entwicklung der Alterungsrückstellung

Angaben in Mrd. Euro
Index 1992 = 100



Berücksichtigt wird hier auch der Zehn-Prozent-Zuschlag auf den Beitrag, der zum 1.1.2000 eingeführt wurde, um Beitragssteigerungen im Alter zu verringern oder möglichst sogar zu verhindern. Im Jahr 2004 betrug die Vorsorgequote 40,18 Prozent (2003: 37,26 Prozent).

Er

Abrechnung der Prostata-Brachytherapie mittels Seed-Implantation (PSI)

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat im „Deutsches Ärzteblatt“ (Jg. 2005, Heft 39, v. 30.09.2005, S. A 2659) Empfehlungen ihres Ausschusses „Gebührenordnung“ zur Berechnung von Leistungen im Rahmen der Prostata-Seed-Implantation (PSI) veröffentlicht. Die Bekanntmachung der nicht mit den Kostenträgern (Beihilfe und PKV) sowie dem Bundesgesundheitsministerium konsentierten Empfehlung erfolgte, nachdem im „Zentralen Konsultationsausschuss bei der Bundesärztekammer“ eine Einigung nicht erzielt werden konnte.

Interstitielle Brachytherapie der Prostata

Zu unterscheiden ist zwischen der HDR-(High Dose Rate)-Brachytherapie und der LDR-(Low Dose Rate)-Brachytherapie, um die es in der Abrechnungsempfehlung der BÄK geht. Bei der Behandlung des Themas im Konsultationsausschuss wurde das HDR-Verfahren dahingehend beschrieben, dass in der Regel zwischen vier bis sechs Nadeln mit relativ geringer Positionierungsgenauigkeit in der Prostata platziert würden (Lokalisation der Nadeln per Computertomografie oder transrektalem Ultraschall). Die Bestrahlung (mittels der eingebrachten radioaktiven Nuklide) erfolge dann in mehreren Fraktionen. Demgegenüber würden beim LDR-Verfahren mittels transrektalem Ultraschall über 15 bis 23 Nadeln sog. „Seeds“ (radioaktive „Strahlungsquellen“ zum Verbleib im Gewebe) über 15 bis 23 Hohlnadeln implantiert. Die genaue Positionierung der einzelnen Nadel werde im

transversalen Ultraschall-Schnittbild ermittelt, die Ablage jeder Seedkette unter Ultraschall- oder Durchleuchtungskontrolle durchgeführt. Der Zeitaufwand soll bei dieser Methode um fünf- bis sechsmal höher sein als beim HDR-Verfahren.

Abrechnungsempfehlung der BÄK

Nach den Vorstellungen des Gebührenordnungsausschusses soll die Bestrahlungsplanung vor und nach der Implantation der Seeds jeweils (also insgesamt zweimal) gemäß GOÄ-Nr. 5840 analog berechnet werden. Die dazu notwendige Computertomografie sei daneben anzusetzen. Hinzu komme gegebenenfalls der Zuschlag nach GOÄ-Nr. 5841.

Die Berechnung der interstitiellen LDR-Brachytherapie der Prostata mittels Seeds (PSI) soll je Fraktion analog GOÄ-Nr. 5846 erfolgen, wobei die Implantation von Seeds in drei Hohlnadeln einer „Fraktion“

entspreche. Die Berechnung der Nr. 5846 GOÄ analog soll auf acht Fraktionen begrenzt sein.

Für die Punktion der Prostata mit Platzierung der Hohlnadeln zur Seedablage sei GOÄ-Nr. 319 anzusetzen – und zwar einmal je Hohlnadel. Hinzu kämen sonografische Leistungen (GOÄ-Nrn. 410 und 420) sowie GOÄ-Nr. 5230 für eine Zystografie und GOÄ-Nr. 1787 für eine Zystourethroskopie.

Position der PKV

Aus Sicht der PKV sind diese Abrechnungsvorschläge nicht GOÄ-konform. Das Gebührenverzeichnis der GOÄ enthält die Gebührenposition 5846, deren Leistungslegende „Interstitielle Brachytherapie, je Fraktion“ lautet. Auch wenn zugestanden werden kann, dass zu dem Zeitpunkt, in dem diese Gebührenposition eingefügt wurde (letzte GOÄ-Novelle 1996) als interstitielle Brachytherapie nur das HDR-Verfahren bekannt war, ist die Leistungslegende der GOÄ-Nr. 5846 doch so allgemein formuliert, dass sie auch die PSI (also eine Brachytherapie nach dem LDR-Verfahren) einschließt. Die Bundesärztekammer selbst führt in einem Schreiben vom 11. April 2002 aus, dass die interstitielle Brachytherapie des Prostatakarzinoms in Form von permanenten Implantaten eine Variante der interstitiellen Brachytherapie gemäß GOÄ-Nr. 5846 darstellt. Wegen der Verfahrensunterschiede sollte eine Berechnung der Nr. 5846 GOÄ „formal korrekt analog“ erfol-



Wir werden Sie zunächst mit 23 Hohlnadeln behandeln. Warum suchen Sie sich die Schönsten nicht einfach selber aus...

gen. Damit wird bestätigt, dass es sich beim LDR-Verfahren um eine Ausführungsvariante der unter GOÄ-Nr. 5846 erfassten Leistung handelt. Es fehlt für eine Analogberechnung der LDR-Brachytherapie an einer ausfüllungsbedürftigen Lücke. Denn gemäß § 6 Abs. 2 GOÄ sind nur nicht in das Gebührenverzeichnis aufgenommene selbständige ärztliche Leistungen (worum es sich bei Ausführungsvarianten gemäß § 4 Abs. 2 a GOÄ gerade nicht handelt) analog berechnungsfähig.

BÄK-Vorgabe erhöht Vergütung

Auch die LDR-Brachytherapie ist daher nach geltendem Gebührenrecht mit GOÄ-Nr. 5846 (originär) abzurechnen. Diese Gebührenposition ist „je Fraktion“ berechnungsfähig. Fraktion ist eine Bestrahlungsbehandlung, d.h. eine Fraktion ist eine „einzeitige Bestrahlungsbehandlung“ – von mehreren „Fraktionen“ kann nur gesprochen werden, wenn es sich um eine „mehrzeitige“ (also zu verschiedenen Zeiten stattfindende) Bestrahlungsbehandlung handelt. Daher ist die Vorgabe, die Implantation von Seeds in drei Hohlkugeln entspreche einer Fraktion, nur als Versuch der BÄK zu sehen, bei der Therapie zu einer aus ihrer Sicht angemessenen Vergütungshöhe zu kommen. Tatsächlich ist die LDR-Brachytherapie aber eine einzeitige Behandlung, sie erfolgt im Sinne der Allgemeinen Bestimmungen zur Strahlentherapie (Abschnitt O IV des Gebührenverzeichnisses) in einer Fraktion. GOÄ-Nr. 5846 kann demnach nur einmal angesetzt werden.

Die nach Auffassung der BÄK je Hohlkugel einmal berechnungsfähigen Punktionen gemäß GOÄ-Nr. 319 stellen sich demgegenüber im Verhältnis zu der in GOÄ-Nr. 5846 abgebildeten Hauptleistung „interstitielle Brachytherapie“ als unselbständige Teilleistungen dar, die gemäß § 4 Abs. 2 a GOÄ nicht gesondert berechnet werden dürfen. Es liegt auf der Hand, dass eine Brachytherapie ohne Einbringung

der radioaktiven Nuklide in das entsprechende Gewebe per Punktion nicht durchführbar ist.

Dagegen kann nicht eingewandt werden, dass (offenbar in der Regel) bei der interstitiellen Brachytherapie der Prostata nicht nur der Strahlentherapeut, sondern auch ein Urologe (der für die Einbringung der Seeds zuständig ist) tätig wird. Die Argumentation (unter Hinweis auf § 4 Abs. 2 Satz 1 GOÄ), dass der eine nicht die Leistungen des anderen berechnen dürfe, da sie wechselseitig fachfremd seien, geht fehl. Ihr kann zunächst bereits die geltende GOÄ entgegengehalten werden. Diese enthält unter Nr. 435 GOÄ eine Gebührenposition für die stationäre intensivmedizinische Überwachung und Behandlung eines Krankenhauspatienten. Es handelt sich um eine Komplexleistung, neben der eine Vielzahl von – ausdrücklich genannten – Gebührenpositionen nicht berechnungsfähig sind. Entsprechende Teilleistungen sind ausweislich der Nr. 435 GOÄ zugeordneten Abrechnungsbestimmungen auch dann mit der Gebühr abgegolten, wenn sie von verschiedenen Ärzten erbracht werden.

Im Übrigen trifft es nicht zu, dass die Leistungsbestandteile der Brachytherapie (Punktion der Prostata) für den Strahlentherapeuten fachfremd sind. Nach geltendem Weiterbildungsrecht für das Gebiet „Strahlentherapie“ gehört zum Weiterbildungsinhalt auch der Erwerb von Erfahrungen, Kenntnissen und Fertigkeiten hinsichtlich bestimmter definierter Untersuchungs- und Behandlungsverfahren, zu denen ausdrücklich auch die „Brachytherapie (einschl. bei Tumoren der weiblichen Genitale)“ zählt. Hier ist offensichtlich nicht von einer Brachytherapie mit Ausnahme von Punktionsleistungen die Rede. Letztere Leistungen sind also für den Strahlentherapeuten nicht fachfremd, was auch den Erfahrungen in der Praxis entspricht, da es immer wieder vorkommt,

dass die gesamte Brachytherapie (auch in der Variante des LDR-Verfahrens) nur vom Strahlentherapeuten abgerechnet wird. Traut sich der Strahlentherapeut die Prostatapunktion nicht zu oder zieht er einen Urologen aus anderen Gründen zur Leistungserbringung bei, kann dies nicht zu einer Aufspaltung der Gesamtleistung mit der Folge der Abrechnungsfähigkeit von Teilleistungen führen.

Es bleibt also festzuhalten, dass auch die Brachytherapie in der Variante des LDR-Verfahrens nach geltendem Gebührenrecht gemäß GOÄ-Nr. 5846 (einmaliger Ansatz) zu berechnen ist. Hinzu kommen die Gebühren für die Bestrahlungsplanung und gegebenenfalls andere Leistungen.

Mehrfachabrechnung unzulässig

Geht man davon aus, dass der Aufwandsunterschied zwischen HDR- und LDR-Verfahren tatsächlich so groß ist, wie von der BÄK im Konsultationsausschuss vorgebracht, stünde die Angemessenheit des sich daraus ergebenden Honorars allerdings in Frage. In jedem Fall wäre aber die Aufgliederung einer Haupt- oder Zielleistung in daneben abrechnungsfähige Teilleistungen oder eine unbegrenzte oder nur durch eine gegriffene Obergrenze eingeschränkte Mehrfachabrechnung der Zielleistungsgebühr als Reaktion nicht zulässig. Der BGH hat für entsprechende Fälle in seinem Urteil vom 13. Mai 2004 (III ZR 344/03) zur Abrechnung eines neuen Verfahrens bei der Operation eines Schilddrüsenkarzinoms einen Lösungsweg vorgegeben (vgl. PKV Publik 9/2004, S. 106 f.). Sollten die vom BGH zugrunde gelegten (in dem Artikel in PKV Publik herausgearbeiteten) Voraussetzungen auch auf die LDR-Brachytherapie im Vergleich zur HDR-Brachytherapie zutreffen (was konkret nachzuweisen wäre), würde sich die Berechtigung des Strahlentherapeuten ergeben, neben GOÄ-Nr. 5846 (originär) noch GOÄ-Nr. 5846 analog anzusetzen.

Mi

Über die Einheitsvergütung in die Einheits(Bürger)versicherung

Die Kraft, zukunftsorientierte Lösungen für Deutschland zu finden, ist im gesundheitspolitischen Teil des Koalitionsvertrages zwischen CDU/CSU und SPD leider nicht erkennbar. Die gravierenden Finanzierungsprobleme des Gesundheitswesens – im Wesentlichen Folge der hohen Arbeitslosigkeit – werden vertagt, die politische Verantwortung für Fehlentwicklungen wird erneut verdrängt und stattdessen der Weg in die Rationierung fortgesetzt. Die gesundheitspolitischen Koalitionsvorschläge sind in sich widersprüchlich und unklar.

Vorhandene Interpretationsspielräume werden allerdings durch die erneut berufene Gesundheitsministerin Ulla Schmidt geschickt parteipolitisch instrumentalisiert. Mit ihrer Pressekampagne „Gleiches Honorar für gleiche Leistung“, „Ende der Klassenmedizin“ überrumpelte sie den Koalitionspartner und polarisierte das gesundheitspolitische Feld. Die von Frau Schmidt propagierten Maßnahmen widersprechen zwar offensichtlich dem Koalitionsvertrag, dennoch verfolgt sie weiterhin unbeirrbar und starrsinnig ihre Ziele. Während auf der einen Seite ihr Bekenntnis zu Wahlfreiheiten, fairem Wettbewerb und Pluralität der Versicherungssysteme sowie zu differenzierten Versorgungs- und Vertragsstrukturen steht – dazu der Wettbewerb als marktwirtschaftliches Ordnungsprinzip ausgebaut werden soll –, scheut sie sich andererseits nicht, die Einheitsversorgung, Einheitsvergütung und Einheitsversicherung zu fordern. Aber: Wettbewerb bedeutet gerade auch Unterschiede – dies ist ein konstitutives Merkmal des Wettbewerbs.

Die durch den Koalitionsvertrag initiierte, schrittweise Belastung der PKV durch Eingriffe in die Alterungsrückstellungen, durch Rückgriff auf die finanziellen Rückstellungen der privaten Pflegeversicherung und durch Attraktivitätsverlust

aufgrund von Honorarabsenkungen wird durch die geplante Angleichung zur Überlebensfrage des PKV-Systems. Bewusst verschleiert wird, dass die vorgesehene Gleichmacherei – als Akt der sozialen Gerechtigkeit verkauft – den Weg in eine echte Zweiklassenmedizin bahnt. Derzeit stehen Ärzte und Krankenhäuser gleichermaßen für die Versorgung gesetzlich und privat Krankensicherter bereit. In anderen europäischen Ländern gibt es eine klare Trennung der Versorgung mit den bekannten Folgen: Lange Wartezeiten, Altersbegrenzung für Leistungen und ein unregulierter „Grauer Markt“. Verkannt wird des Weiteren, dass die Vergütung in einem Solidarsystem anderen Prinzipien folgen muss als in einem System, in dem der Versicherte seinen Versicherungsschutz frei gestalten kann und jeweils für sein eigenes Risiko aufkommen muss.

Die Vorteile des bewährten zweigliedrigen Versicherungssystems werden systematisch beseitigt, Wahlfreiheiten von Bürgern werden beschnitten, die Innovationskraft des Gesundheitswesens wird geschwächt, die unverzichtbaren Finanzierungsbeiträge der privaten Krankenversicherung für das Gesundheitswesen im Ganzen eliminiert und der Effizienz steigernde Wettbewerb der beiden unterschiedlichen Versicherungssysteme beseitigt. Die Grundlagen der privatärztlichen Versorgung sollen offensichtlich unterminiert werden, um den Weg in die so genannte Bürgerversicherung zu bahnen. Die gerade in empirischen Studien erneut bestätigte



Qualität des deutschen Gesundheitswesens wird mutwillig zerstört.

Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe ist Präsident der Bundesärztekammer

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: Ulrike Pott

Produktion: Karin Held

Mitarbeiter dieser Ausgabe:

Stephan Caspary, Sabine Erbar, Anke Glasmacher, Jasmin Häcker, Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, Jürgen Miebach, Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen

Karikaturen: Dirk Meissner, Köln

Verlag: Versicherungswirtschaft GmbH

Klostr. 20-24, 76137 Karlsruhe

Telefon (0721) 35090

Herstellung: LUTHE Druck und Medienservice KG, Köln

Erscheinungsweise: Neunmal jährlich

Abonnementpreis: Jährlich € 9,00 inkl. Versand und Mehrwertsteuer

ISSN 0176-3261

Nachdruck der Texte honorarfrei.

Belegexemplar erbeten.

Die nächste Ausgabe erscheint am 01.02.2006.