



Ausgabe 5 | Juli 2009

Interview

Der Vorsitzende des PKV-Verbandes Reinhold Schulte spricht über die Zukunft der Branche

Gesundheitskarte

Die Privatversicherer knüpfen ihr Engagement an Rechtssicherheit bei der Anwendung

Kassenbeitrag

Die Linkspartei möchte sämtliche Einkommensarten mit zehn Prozent belasten

PKV publik

Das Magazin des
Verbandes der privaten
Krankenversicherung e.V.



Urteil zur Gesundheitsreform

Verfassungsgericht stärkt die
private Krankenversicherung

Liebe Leserinnen und Leser,

Dr. Volker Leienbach, Direktor des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.

um Sie aktuell über das wichtige Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Gesundheitsreform informieren zu können, haben wir den Erscheinungstermin für diese Ausgabe von PKV Publik ein wenig verschoben.

Das Verfassungsgericht hat zwar die Beschwerden der privaten Krankenversicherung zurückgewiesen, da es zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine unzumutbaren Belastungen durch die Gesundheitsreform sieht. Zugleich aber hat es dem Gesetzgeber ausdrücklich eine „Beobachtungspflicht“ auferlegt, um zu gewährleisten, dass die Gesundheitsreform auch in der Zukunft „keine unzumutbaren Folgen für die Versicherungsunternehmen und die bei ihnen Versicherten“ hat.

Das Gericht hat dem Gesetzgeber Grenzen aufgezeigt. Es bestätigt die private Krankheitskostenvollversicherung als grundrechtlich abgesicherten Teil des dualen Gesundheitssystems. Das Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherung dürfe nicht gefährdet werden. Das Gericht hat ausdrücklich das Nebeneinander von gesetzlicher und privater

Krankenversicherung und damit das Existenzrecht der Privaten bestätigt. Das ist eine klare verfassungsrechtliche Absage an eine Bürgerversicherung.

Die private Krankenversicherung ist trotz der Gesundheitsreform weiterhin eine wachsende Branche mit Zukunft. Es wollen sich viel mehr Menschen privat krankenversichern, als die Politik erlaubt. Sie wollen Vielfalt und Sicherheit, gerade im Gesundheitswesen – und wir bieten sie. Nachdem das Verfassungsgericht leider auch die Beschwerden gegen die willkürliche 3-Jahres-Wartefrist für wechselwillige Arbeitnehmer zurückgewiesen hat, kämpfen wir weiterhin politisch für mehr Wahlfreiheit für alle Versicherten.

Dr. Volker Leienbach



4

Das Verfassungsgericht in Karlsruhe hat im Juni sein Urteil zu den Beschwerden mehrerer Unternehmen der privaten Krankenversicherung gegen zentrale Neuregelungen der Gesundheitsreform verkündet.

In dieser Ausgabe

Verfassungsgericht	4
Karlsruhe hat die Beschwerden der PKV abgewiesen - und gleichzeitig die Branche gestärkt	
Interview	8
Reinhold Schulte, Vorsitzender des PKV-Verbandes, über die Zukunft der privaten Krankenversicherung	
Gesundheitskarte	10
Die Privatversicherer knüpfen ihr Engagement an mehr Rechtssicherheit bei der Anwendung	
Gesetzliche Krankenversicherung	12
Die Linkspartei will zur Finanzierung des Gesundheitssystems sämtliche Einkommen belasten	
Meldungen	14
Gastkommentar	15
Dr. Jochen-Michael Schäfer vom Verband der privatärztlichen Verrechnungsstellen plädiert für eine starke PKV	



10

Elektronische Gesundheitskarte: PKV zieht die Notbremse



12

Kassenbeitrag: Linke kalkuliert mit 10 Prozent. Wir rechnen nach



Urteil zur Gesundheitsreform

Karlsruhe stärkt die private Krankenversicherung

Der Urteilspruch fiel kurz und knapp aus: „Die Verfassungsbeschwerden werden zurückgewiesen.“ Mit diesen Worten verkündete Hans-Jürgen Papier, der Präsident des Bundesverfassungsgerichtes, dass Deutschlands höchste Richter den Argumenten der privaten Krankenversicherung gegen zentrale Neuregelungen der Gesundheitsreform nicht folgen. Eine Gefährdung des Geschäftsmodells der privaten Krankenversicherung durch Basistarif, erschwerte Zugangsbedingungen für Angestellte oder Portabilität der Alterungsrückstellungen konnte das Gericht nicht erkennen.

Deutlich mehr Zeit nahm die Begründung des Urteils in Anspruch. Und die hatte es in sich! Das Gericht legte der Bundesregierung nicht nur eine Beobachtungspflicht auf – sollte das Geschäftsmodell durch die Neuregelungen doch gefährdet werden, müssen sie erneut geprüft werden; es gab auch ein klares Bekenntnis

zur privaten Krankenversicherung als zweiter Säule des Gesundheitssystems in Deutschland ab. Doch der Reihe nach.

Im März 2008 legten insgesamt 30 Unternehmen der privaten Krankenversicherung Verfassungsbeschwerde gegen die sie betreffenden Neuregelungen des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) ein. Insgesamt repräsentieren diese Unternehmen über 95 Prozent der privat Krankenversicherten. Darüber hinaus unterstützten sie Verfassungsbeschwerden von mehreren Versicherten. Die Branche war der Auffassung, dass die gesetzlichen Maßnahmen in der Summe die Grenze des grundrechtlich Zulässigen überschritten. Kern der Beschwerden waren vor allem der Zwang zur Einführung eines Basistarifs mit Begrenzung der Prämienhöhe, Annahmewang und

Ausschluss von Risikozuschlägen sowie die erschwerten Zugangsbedingungen zur privaten Krankenversicherung für Angestellte. Deren Einkommen muss nach neuem Recht drei Kalenderjahre hintereinander über der Versicherungspflichtgrenze von derzeit 48.600 Euro pro Jahr liegen.

Das Bundesverfassungsgericht wählte die Beschwerden von fünf Unternehmen und drei Versicherten für eine mündliche Verhandlung im Dezember 2008 aus. Mit dem nun ergangenen Urteil wurden die Beschwerden zurückgewiesen. Das Gericht stellte fest, dass die durch das GKV-WSG eingeführten Eingriffe in ihrer Gesamtheit das Geschäftsmodell der privaten Krankenversicherung derzeit nicht ernsthaft bedrohen. So hatten es auch die in der Verhandlung zu Rate gezogenen Sachverständigen gesehen.

Ein klares Bekenntnis zur PKV als Säule des deutschen Gesundheitssystems

Das Bundesverfassungsgericht hat die Beschwerden mehrerer Unternehmen der privaten Krankenversicherung gegen zentrale Neuregelungen der Gesundheitsreform zurückgewiesen. Gleichzeitig stärkte es jedoch das duale Gesundheitssystem in Deutschland.

Den von der Branche kritisierten Basisstarif hat das Verfassungsgericht als gerechtfertigten Eingriff in die Freiheit der Versicherungsunternehmen gewertet, der diesen zugemutet werden dürfe, weil dadurch gegenwärtig keine schweren Beeinträchtigungen des Geschäftsmodells der PKV absehbar seien. Damit hat das Gericht darauf reagiert, dass bislang nur wenige Versicherte in den Basisstarif gegangen sind. Diese Entwicklung war zu der Zeit, als die Verfassungsbeschwerden eingereicht wurden, allerdings nicht abzusehen. Denn in der Zwischenzeit haben sich die Voraussetzungen für den Zugang zum Basisstarif vor allem aus zwei Gründen verändert:

Zum einen gab es in Deutschland offenbar sehr viel weniger Nichtversicherte, als die Regierung im Vorfeld der Gesundheitsreform vermutete. Damals war die Rede von 300.000 bis 400.000 Betroffenen. Tatsache ist, dass im Basisstarif bislang rund 7.100 zuvor Nichtversicherte angekommen sind. Dies deutet darauf hin, dass die Gesamtzahl der Menschen ohne Versicherungsschutz bei Weitem nicht so hoch war, wie unter anderem das Bundesgesundheitsministerium vermutet hatte.

Zum anderen wurde die Gesundheitsreform nach Einreichung der Verfassungsbeschwerden in einem sehr bedeutenden Punkt präzisiert: Für Privatversicherte, die in den Basisstarif wechseln, wurde eine 18-monatige Wartefrist eingeführt. So lange müssen die betroffenen Versicherten im Basisstarif verweilen, wenn sie bei einem weiteren Wechsel in einen höherwertigen Tarif die mitgebrachten Alterungsrückstellungen erneut übertragen bekommen wollen. Diese Konkretisierung per Rechtsverordnung war zwingend erforderlich, damit der Basisstarif nicht als reines Vehikel für einen Unternehmenswechsel missbraucht wird. Ohne diese Wartefrist hätte die Gefahr bestanden, dass ausschließlich junge und gesunde Versicherte gewechselt und die Alten und Kranken alleine in den Tarifen verblieben wären.

Die Einführung der 18-Monats-Frist und die aktuellen Erkenntnis über die Zahl der Nichtversicherten haben daher zu einer weniger dramatischen Ausgangslage für die PKV-Branche geführt, als zunächst befürchtet. Zwar hat sich in der Praxis die

Die Voraussetzungen haben sich nach Einreichen der Beschwerden geändert

Annahme der Unternehmen bestätigt, dass der Basisstarif nicht kostendeckend kalkuliert werden kann und deshalb von den Versicherten in den Normaltarifen subventioniert werden muss. Aber die Zahlen sind bisher nicht so hoch, dass dadurch bei den übrigen Versicherten gravierende Beitragserhöhungen nötig würden.

Diese Entwicklung hat natürlich auch das Verfassungsgericht gesehen und entsprechend reagiert. Letztlich ist die Beschwerde also abgewiesen worden, weil es der privaten Krankenversicherung trotz der erschwerten Bedingungen wirtschaftlich weiterhin gut geht.

Schwerwiegender ist für die Branche, dass Karlsruhe die willkürliche Verdreifachung der Wartezeit für Arbeitnehmer gebilligt hat. Die Betroffenen müssen vor ihrem gewünschten Wechsel in die private Krankenversicherung drei Jahre lang warten und Einkünfte oberhalb der Versicherungspflichtgrenze nachweisen. Besonders gravierend ist diese Regelung, wenn sie langjährig Privatversicherte betrifft, die gegen ihren Willen in eine ge-

setzliche Krankenkasse gehen müssen, obwohl sie die Versicherungspflichtgrenze ununterbrochen überschreiten. Dies ist immer dann der Fall, wenn Selbständige wieder in ein Angestelltenverhältnis wechseln. Für sie gilt unabhängig von der

sonen. Die Einschränkung des Zugangs zur PKV für Angestellte durch die schlagartige Verdreifachung der Wartefrist von einem auf drei Jahre nach Erreichen der Versicherungspflichtgrenze führte zu einem Rückgang des Neuzugangs auf

Positive Ergebnisse für die PKV

Viel entscheidender für die gesamte Branche ist jedoch, was das Urteil an positiven Ergebnissen für die Privaten erbracht hat:

Das Verfassungsgericht hat dem Gesetzgeber ausdrücklich eine „Beobachtungspflicht“ auferlegt, und zwar an prominenter Stelle – als einen von vier Leitsätzen des Urteils. Falls es langfristig zu erheblichen, für die Versicherungen nicht verkräftbaren Wechselbewegungen in den Basistarif kommt, wäre der Gesetzgeber „zur Korrektur verpflichtet“, so haben es die Richter eindeutig ins Urteil geschrieben. Der Einwand der privaten Krankenversicherung gegen die einzelnen Maßnahmen der Gesundheitsreform bleibt somit auf Wiedervorlage. Diese Regelung bietet der PKV also eine Reißleine, falls es doch noch zu einem deutlichen Anstieg der Versichertenzahlen im Basistarif kommen sollte.

Das Existenzrecht der Privaten wurde bestätigt

Noch wichtiger als diese Beobachtungspflicht ist allerdings, was darüber hinaus in der Urteilsbegründung des Bundesverfassungsgerichts steht. Das Verfassungsgericht hat ausdrücklich das Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung anerkannt und damit das verfassungsrechtliche Existenzrecht der Privaten bestätigt.

Das Gericht geht für sein gesamtes Urteil ausdrücklich davon aus, dass das duale Krankenversicherungssystem erhalten und gestärkt werden soll: „Dabei soll auch die private Säule zur Vollfunktionalität gelangen und ihre Mitglieder in gleicher Weise wie die öffentlich-rechtliche Versicherung umfassend, rechtssicher und dauerhaft absichern.“

Die schon erwähnte Beobachtungspflicht des Gesetzgebers umfasst zudem ausdrücklich, dass die Gesetze keine „Aus-



Kontrahenten vor dem Bundesverfassungsgericht: Gesundheitsministerin Ulla Schmidt und der Vorsitzende des PKV-Verbandes, Reinhold Schulte

Höhe des Einkommens, dass sie wieder Pflichtmitglieder der gesetzlichen Krankenkassen werden. Genau davon war auch einer der drei beschwerdeführenden Versicherten betroffen. Doch auch diese Regelung hat die Billigung des Gerichts gefunden – wenn auch mit der knappsten Mehrheit von 5 zu 3 Richterstimmen.

Auswirkungen der Drei-Jahres-Regelung

Schmerzhaft ist diese Entscheidung deshalb, weil die Drei-Jahres-Regelung bereits zu einem deutlichen Rückgang der Zahl der Neuversicherten geführt hat, der sich konkret beziffern lässt: Im Jahr 2006 betrug der Nettoneuzugang zur privaten Krankenversicherung noch 116.100 Per-

59.900 Personen im Jahr 2007. Im vergangenen Jahr gab es eine nur leichte Erholung auf 69.800.

Diese Entwicklung ist für die Branche zwar schmerzhaft, aus Sicht der Karlsruher Richter allerdings noch nicht belastend genug. Immerhin zählten die Unternehmen der privaten Krankenversicherung auch im Jahr 2008 unter dem Strich mehr Personen in der Vollversicherung als im Vorjahr. Dies spiegelt sich auch in der Urteilsbegründung des Bundesverfassungsgerichts wider. Juristisch ist dieses Thema also nunmehr ausgereizt. Politisch werden sich die privaten Krankenversicherungen aber weiterhin für mehr Wahlfreiheit der Versicherten einsetzen.

zehrung des eigentlichen Hauptgeschäfts der privaten Krankenversicherungen“ bewirken dürfen. Der Gesetzgeber müsse „auch im Interesse der Versicherten darauf achten, dass dies keine unzumutbaren Folgen für Versicherungsunternehmen und die bei ihnen Versicherten hat“.

Diese eindeutigen Aussagen zum Zwei-Säulen-Modell im deutschen Gesundheitswesen sichern den Fortbestand der privaten Krankenversicherung. Und sie sind eine klare Absage an jede Form der Bürgerversicherung.

Optimistischer Blick in die Zukunft

Die Branche kann also mit Zuversicht in die Zukunft blicken. Mit ihrer kapitalgedeckten Vorsorge ist die PKV besser auf die Herausforderungen der alternden Gesellschaft und den sich immer rasanter entwickelnden medizinischen Fortschritt vorbereitet als das umlagefinanzierte System der gesetzlichen Krankenkassen. Damit entlasten Privatpatienten die nachfolgenden Generationen der Steuer- und Beitragszahler. Und mit ihren höheren Honoraren, die sie für viele medizinische Leistungen bezahlen, stärken sie das gesamte Gesundheitssystem. Insofern ist das Bekenntnis des Verfassungsgerichtes zur privaten Krankenversicherung nicht nur gut für die Branche, sondern gut für alle Bürger.

Ganz gleich, welche Koalition nach der Bundestagswahl regieren wird: Eine Abschaffung der Privaten oder deren Einbeziehung in den Gesundheitsfonds wäre mithin nicht nur rechtlich nicht mehr möglich, sondern auch gesundheitspolitisch falsch. Ganz im Gegenteil wäre die Politik im Interesse zukünftiger Generationen gut beraten, wenn sie das Umlagesystem der gesetzlichen Krankenversicherung entlasten und mehr Leistungen über Kapitaldeckung absichern würde.

Das Urteil im Internet: www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen.html

Bestandteil des dualen Gesundheitssystems

Überblick zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts

Die der privaten Krankenversicherung mit dem Basistarif auferlegten Belastungen werden insbesondere damit gerechtfertigt, dass es sich bei der Verpflichtung zum Angebot des Basistarifes um eine sozialstaatliche Indienstnahme der PKV zum gemeinen Wohl handele, die der Vollfunktionalität der PKV für die ihr zugewiesenen Versicherten diene (Randnummer 187 in der Urteilsbegründung).

Damit bringt das Bundesverfassungsgericht zum Ausdruck, dass es die PKV als integralen Bestandteil des dualen Gesundheitssystems sieht. Auch der Gesetzgeber habe im Rahmen des ihm zustehenden Prognose- und Einschätzungsspielraums für das Gericht nachvollziehbar dargelegt, dass die mit dem Basistarif in seiner konkreten Ausgestaltung verbundenen Einschränkungen der Berufsfreiheit die Funktionsfähigkeit der PKV weder gegenwärtig noch in Zukunft beeinträchtigen (Rn 169). Schwerwiegende Nachteile für das Geschäftsmodell der PKV würden mit vertretbaren Argumenten verneint (Rn 170) – was im Umkehrschluss bedeutet, dass eine erkennbare Gefährdung der PKV vom Bundesverfassungsgericht nicht hingenommen worden wäre.

Das folgt auch aus dem Hinweis des Bundesverfassungsgerichtes, dass der Gesetzgeber zur Korrektur verpflichtet wäre, würden sich seine Prognosen später ganz oder teilweise als Irrtum erweisen (Rn 170).

Wenn der Gesetzgeber eine Volksversicherung aus zwei Säulen schaffe, könne er diesen beiden Säulen die Personengruppen in ausgewogener Lastenverteilung zuordnen (Rn 175). Das unter Berufung auf das Sozialstaatsprinzip im GKV-WSG formulierte Ziel, allen Bürgern einen ausreichenden und bezahlbaren Krankenversicherungsschutz zu verschaffen, könne nicht allein auf die gesetzliche Krankenversicherung verlagert werden, sondern müsse für den der PKV zugewiesenen Personenkreis durch die Unternehmen der privaten Krankenversicherung gewährleistet werden (Rn 172).

Dem Gesetzgeber des GKV-WSG sei es um eine dauerhafte Abgrenzung der Systeme von gesetzlicher und privater Krankenversicherung gegangen; er habe das duale Krankenversicherungssystem erhalten und stärken wollen, wobei auch die private Säule zur Vollfunktionalität gelangen und ihre Mitglieder in gleicher Weise wie die öffentlich-rechtlichen Versicherungen umfassend, rechtssicher und dauerhaft absichern soll (Rn 190).

Die Erstreckung der Versicherungspflicht auf die gesamte Bevölkerung verlange bei einem zweigegliederten System notwendig Regeln, die eine Inanspruchnahme von Fürsorgeleistungen in beiden Systemen auch in sozialproblematischen Fällen verhindere (Rn 194).

Den Gesetzgeber treffe allerdings eine Beobachtungspflicht: Wenn die Gesamtheit der Vorschriften des GKV-WSG eine Auszehrung des Hauptgeschäftes der PKV bewirke, bedürften die gesetzlichen Regelungen einer erneuten Prüfung. Weist der Gesetzgeber den privaten Krankenversicherungen durch die Einführung der Versicherungspflicht und des Kontrahierungszwanges im Basistarif in verfassungsrechtlich zulässiger Weise die Aufgabe zu, im Rahmen eines privatwirtschaftlich organisierten Marktes für den bei ihr versicherten Personenkreis einen Basisschutz bereitzustellen, muss er auch im Interesse der Versicherten darauf achten, dass dies keine unzumutbaren Folgen für Unternehmen und die bei ihnen Versicherten hat (Rn 241).

IM GESPRÄCH: REINHOLD SCHULTE, VORSITZENDER DES PKV-VERBANDES

„Die Bürgerversicherung ist rechtlich nicht mehr möglich“

Reinhold Schulte, der Vorsitzende des Verbandes der privaten Krankenversicherung, im Gespräch über das Urteil des Bundesverfassungsgerichts und die Zukunft der Branche

Herr Schulte, das Bundesverfassungsgericht hat die Beschwerden der privaten Krankenversicherungsunternehmen zurückgewiesen. Haben Sie mit diesem Ausgang gerechnet?

Schulte: Es ist richtig, dass wir uns in keinem der Beschwerdepunkte durchsetzen konnten. Vor allem die Zurückweisung unserer Kritik an der Drei-Jahres-Frist für Angestellte schmerzt uns, bringt uns aber nicht um. Viel wichtiger ist, dass das Gericht die Dualität von privater und gesetzlicher Krankenversicherung bestätigt hat. Es hat deutlich gemacht, dass die private Krankenversicherung integraler Bestandteil im dualen Krankenversicherungssystem in Deutschland ist.

Was bedeutet das für die Branche?

Schulte: Die private Krankenversicherung geht gestärkt aus der Verfassungsbeschwerde hervor. Eine Bürgerversicherung ist jetzt quasi verfassungsrechtlich nicht mehr möglich. SPD, Grüne und Linkspartei müssten nun eigentlich ihre Wahlprogramme ändern.

Die Bundesgesundheitsministerin sieht dies anders.

Schulte: Wenn man immer deutlich gemacht hat, dass man das Ziel der Bürgerversicherung unter Einbeziehung der PKV verfolgt, ist es natürlich schwer, sich von diesem Vorhaben zu verabschieden. Aber es bleibt dabei: Wer die Urteilsbegründung der Karlsruher Richter genau liest, stellt fest, dass sie am Nebeneinan-

der von gesetzlicher und privater Krankenversicherung festhalten.

Dennoch: Sämtliche Regelungen der Gesundheitsreform bleiben nach dem Urteil in Kraft. Die verschärften Hürden für Angestellte, die sich in der PKV versichern wollen, haben zu einem spürbaren Rückgang beim Nettoneuzugang geführt...

Schulte: ... aber wir haben noch immer einen Nettoneuzugang. Das kann bei Weitem nicht jede Branche von sich behaupten. Trotz der Einschnitte durch die Gesundheitsreform sind im vergangenen Jahr unter dem Strich noch 69.800 neue Vollversicherte zu den Privaten gekommen. Und die Zahlen zeigen deutlich, dass sich noch viel mehr Menschen privat versichern würden, wenn die Politik sie ließe. Deshalb werden wir auch in Zukunft politisch für mehr Wahlfreiheit für die Menschen kämpfen.

Wie wird das aussehen?

Schulte: Wir müssen Öffentlichkeit und Politik davon überzeugen, dass die private Krankenversicherung mit ihren zurzeit 130 Milliarden Euro an Alterungsrückstellungen wesentlich besser auf die Herausforderungen einer alternden Gesellschaft vorbereitet ist als die gesetzliche Krankenversicherung. Wir müssen deutlich machen, dass das Gesundheitssystem mehr Kapitaldeckung und weniger

Umlagefinanzierung benötigt. Deshalb fordern wir, dass nicht nur die willkürliche Verdreifachung der Wartezeit für Angestellte zurückgenommen wird, sondern auch die außerordentliche Anhebung der Versicherungspflichtgrenze von 2003.

Der Ruf nach mehr Kapitaldeckung kommt in der Zeit der größten Finanzkrise seit Jahrzehnten bei vielen Menschen nicht besonders gut an.

Schulte: Die derzeitige Finanzkrise ist doch der beste Beweis dafür, dass unser System hervorragend funktioniert. Trotz der stürmischen Zeiten an den Finanzmärkten ist kein einziges Unternehmen der privaten Krankenversicherung ins Straucheln geraten. Und es ist nicht erkennbar, dass dies passieren wird. Die gesetzliche Krankenversicherung hingegen hat ihren realen Stresstest nicht bestanden.

Wie meinen Sie das?

Schulte: Ein Defizit von mindestens 3 Milliarden Euro muss in diesem Jahr nach Angaben der gesetzlichen Krankenversicherung von der Staatskasse übernommen werden. Mehr als 28 Milliarden Euro kommen in den nächsten Jahren als schuldenfinanzierte Hilfe des Bundes hinzu, um künstlich die Beiträge zu senken – also letztlich die Versicherten in falscher Sicherheit zu wiegen. Dabei spüren die Menschen doch längst, dass das umlage-

„SPD, Grüne und Linkspartei müssten nun eigentlich ihre Wahlprogramme ändern.“

finanzierte System der Krankenkassen an seine Grenzen stößt. Alle Umfragen zeigen: Sie haben Angst vor der Zukunft, sehen immer mehr schuldenfinanzierte Steuermilliarden in die GKV fließen und fragen sich: Wer zahlt denn am Ende die Zeche? Diese Last wird mit ungebremster Wucht auf unsere Kinder und Enkel fallen, wenn die Politik jetzt nicht ökonomisch vernünftige Gegenmaßnahmen einleitet. Das System der Umlagefinanzierung kann darauf keine Antworten geben. Darum haben wir ein Angebot auf den Tisch gelegt, wie ein Mehr an Kapitaldeckung zu erreichen ist.

Wie sieht dieses Angebot aus?

Schulte: Wir schlagen vor, dass sich die gesetzliche Umlagefinanzierung auf ihre Kernaufgaben beschränkt und mehr Leistungen Schritt für Schritt in die kapitalgedeckte Privatversicherung überführt werden. Dazu bieten sich insbesondere die zahnmedizinische Versorgung, das Krankengeld und die privaten Unfälle an. Ihre Ausgliederung würde die Krankenkassen um knapp 30 Milliarden Euro entlasten – so könnte der Beitragssatz um fast 3 Punkte abgesenkt werden. Die Beitragszahler würden damit um rund 20 Prozent entlastet. Das gäbe ihnen finanziellen Spielraum für ergänzende Vorsorge nach ihren eigenen Prioritäten.

Wäre dieser Spielraum groß genug, damit sich jeder den entsprechenden privaten Versicherungsschutz leisten kann?

Schulte: Er würde auf jeden Fall ausreichen, damit sich alle Menschen einen ausreichenden Schutz leisten und sich gegen existenzbedrohende Risiken absichern können. Vor allem aber würden dadurch wieder mehr Mittel für die medizinisch notwendige

„Unser Vorschlag erfordert keine Revolution, nur eine Folge einzelner Schritte.“



Heilbehandlung frei und die Menschen könnten frei wählen, was sie an Zusatzschutz tatsächlich vereinbaren möchten.

Wenn das so einfach ist, warum fordern Sie dann nicht gleich, das gesamte System auf Kapitaldeckung umzustellen?

Schulte: Weil es so einfach eben doch nicht ist. Die amtierende Bundesregierung hat bedauerlicherweise die Chance vertan, eine langfristig belastbare Finanzierungsbasis für unser Gesundheitswesen zu schaffen. Die vier Jahre der Großen Koalition waren für die Gesundheitspolitik leider verlorene Jahre. Nicht einmal bei der überschaubaren Pflegeversicherung hat es die Koalition vermocht, das System kapitalgedeckt und damit demografiefest umzubauen. Rund 90 Prozent der Bevölkerung sind gesetzlich versichert. Für diese Menschen kurzfristig einen Kapitalstock aufzubauen, ist unmöglich. Unser Vorschlag dagegen erfordert keine Revolution, kein neues großes Reformpa-

ket, sondern eine Folge einzelner, praktischer Schritte, die das umlagefinanzierte System nach und nach entlasten.

Wie werden die Versicherten auf diesen Vorschlag reagieren?

Schulte: Nach allem, was wir wissen und täglich erleben, entspricht dies genau den Wünschen der Menschen. Denn was viele Menschen wollen, wenn der Gesetzgeber sie nicht fesseln würde, das zeigt Tag für Tag die „Abstimmung mit den Füßen“: 2008 kamen insgesamt 223.600 Wechsel freiwillig aus den gesetzlichen Krankenkassen in die private Krankenversicherung. Auch was viele Menschen nicht wollen, wissen wir: nämlich ihren Kindern und Enkeln auf der Tasche zu liegen. Hier hat die private Krankenversicherung mit ihren Alterungsrückstellungen wirklich eine Vorbildfunktion. Wir sorgen dafür, dass jede Versicherten-Generation für ihre im Alter steigenden Gesundheitskosten selbst Vorkehrungen trifft. An dieser Stelle ist die Solidarität der privaten Krankenversicherung übrigens sehr viel umfassender als in der GKV.



Notbremse gezogen

Private Krankenversicherung nimmt nicht an Basis-Rollout der elektronischen Gesundheitskarte teil

■ Stellen Sie sich vor, jemand möchte Ihnen ein Auto verkaufen. Es besitzt einen neuen Spezialtreibstoff und ist das Fortschrittlichste, was derzeit auf dem Markt zu haben ist. Die Argumente sind bestechend: Mehr Sicherheit, mehr Funktionalität, und in ein paar Jahren beginnt man damit auch noch, Geld zu sparen. Sie sind begeistert und fragen den Verkäufer, ob es denn wirklich keinen Haken gebe. „Nun ja“, sagt er, „es gibt keine Tankstelle, die den neuen Treibstoff auch anbietet.“

So ähnlich könnte es den Privatversicherten bei der Einführung des größten IT-Projekts im deutschen Gesundheitswesen ergehen: der elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Während für die gesetzlichen Krankenkassen im Sozialgesetzbuch klar geregelt ist, dass Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Kliniken die neue Karte annehmen und verwenden müssen (§ 291a SGB V), gibt es eine solche Regelung für Privatversicherte nicht. Bei ihnen hängt der Erfolg

der Karte einzig vom guten Willen der Leistungserbringer ab – ein Risiko in Millionenhöhe.

Denn die Einführung der neuen Karte wird viel Geld kosten: Das Bundesgesundheitsministerium geht derzeit von 1,4 Milliarden Euro aus, die Unternehmensberatung Booz Allen Hamilton hat sogar Gesamtkosten von rund 5,2 Milliarden Euro errechnet. Die private Krankenversicherung ist mit sieben Prozent an der Finanzierung beteiligt, müsste im ungünstigsten Fall also über 360 Millionen Euro beisteuern. Geld, das aus den Beiträgen aller Privatversicherten aufgebracht werden muss.

Basis-Rollout ohne PKV

Daher hat der Verband der privaten Krankenversicherung jetzt die Notbremse gezogen: „Um die Gelder unserer Versicherten zu schützen, werden wir uns an keiner Maßnahme zum Aufbau der Telematik-Infrastruktur mehr beteiligen,

solange nicht sicher ist, dass die spätere Akzeptanz der Karte von Privatversicherten durch die Ärzte verpflichtend ist“, stellt der zuständige Geschäftsführer Klaus-Detlef Dietz klar. Die PKV-Unternehmen werden nicht nur keine weiteren Gesundheitskarten mehr ausgeben, sie haben auch ihre Beteiligung an allen laufenden Tests unterbrochen. „Wir werden alle Privatversicherten, die die Karte in den Testregionen bereits erproben konnten, bitten, ihre Karten nicht mehr zu benutzen“, so Dietz.

Somit wird auch der ab diesem Jahr geplante Basis-Rollout der Karte – der bundesweite Aufbau der Infrastruktur und die flächendeckende Ausgabe der Karte – ohne PKV beginnen.

Ursprünglich hatte sich die Bundesregierung zum Ziel gesetzt, dass schon ab 2006 jeder Versicherte in Deutschland die eGK nutzen kann. Das steht sogar ausdrücklich im Gesetz. Doch der Widerstand der Ärzte und technische

Über 360 Millionen Euro könnte die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte die private Krankenversicherung kosten. Eine zu riskante Investition: Bislang gibt es keine Garantie dafür, dass Ärzte und Kliniken die neue Karte überhaupt anwenden.

Probleme verzögerten das Projekt. Erst im Dezember 2005 konnte die Betreibergesellschaft gematik damit beginnen, die Grundfunktionen der Karte und Lesegeräte zu erproben; ein Jahr später liefen in sieben ausgewählten Regionen sogenannte 10.000er-Tests an, die deshalb so heißen, weil jeweils 10.000 Versicherte daran beteiligt sein sollten. Zu den Teilnehmern zählten auch mehrere Tausend Privatversicherte.

Erprobt wurde bisher nur der Offline-Gebrauch der Karte, also noch nicht die elektronische Fernübertragung der Daten. Da die Tests laut Bundesgesundheitsministerium erfolgreich verliefen, sollte der Basis-Rollout der Karte im Sommer in der Region Nordrhein beginnen und sich schrittweise auf ganz Deutschland ausweiten. Doch inzwischen droht eine neue Verzögerung: Die Ärzte der Startregion haben die Anschaffung der Lesegeräte vorerst gestoppt. Sie warnen vor Datenschutzproblemen – obwohl selbst der Bundesdatenschutzbeauftragte Peter Schaar die eGK für „sicher und unbedenklich“ hält.

Hoffen auf konstruktive Lösung

Die privaten Krankenversicherer teilen die Befürchtungen der Ärzte nicht – und möchten die Entscheidung des PKV-Verbandes daher nicht als generelle Absage

an die Karte verstanden wissen. „Wir haben nach wie vor das Ziel, eine Gesundheitskarte an unsere Versicherten auszugeben“, so PKV-Geschäftsführer Dietz, „denn sie würde nicht weniger, sondern mehr Datensicherheit und Datenhoheit als bisher mit sich bringen“. Darüber hinaus verringert ein Lichtbild die Missbrauchsfahr und Versicherte können auf Wunsch ihre Angaben künftig unter anderem um Hinweise auf Arznei-Unverträglichkeiten ergänzen.

Die Bürger jedenfalls sind vom Nutzen der neuen Karte überzeugt: Laut einer aktuellen Umfrage für eine gesetzliche Kasse halten drei Viertel der Befragten die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für sinnvoll. Voraussetzung muss allerdings sein, dass auch

wirklich alle die Vorteile der neuen Karte überhaupt nutzen können – was ohne Verpflichtung zur Anwendung der Karte durch die Leistungserbringer nicht der Fall ist. Doch die gibt es für die Privatversicherten bisher nicht. Eine Möglichkeit, diese herzustellen, hat der Gesetzgeber inzwischen verstreichen lassen: So sprach sich der PKV-Verband für eine Ergänzung des Sozialgesetzbuchs im Rahmen der 15. Arzneimittelgesetz-Novelle aus – worauf sich die Große Koalition allerdings nicht einigen konnte.

Der Verband der privaten Krankenversicherung hofft weiter auf eine konstruktive Lösung. Daher bleibt er nach wie vor Mitgesellschafter der gematik. „Wir hoffen, dass die Vernunft siegt“, so Dietz. Im Interesse der Versicherten wäre das allemal.

Entscheidung des PKV-Verbandes

Solange es keine Verpflichtung für die Leistungserbringer gibt, dass sie auch Karten von Privatversicherten akzeptieren müssen, hat der Verband der privaten Krankenversicherung zum Schutz der Versicherten-gelder folgende Maßnahmen beschlossen:

- Keine Beteiligung an den Kosten zum Aufbau der Infrastruktur für den Basis-Rollout der elektronischen Gesundheitskarte
- Keine (weitere) Herausgabe von elektronischen Gesundheitskarten, auch nicht im Rahmen neuer Testmaßnahmen
- Aber: Verbleib als freiwilliger Mitgesellschafter in der Betreibergesellschaft gematik und in den Testregionen

10 Prozent auf alles

Zur Finanzierung der Krankenversicherung will die Linkspartei sämtliche Einkommensarten belasten

Mit einem Beitragssatz von unter 10 Prozent wären die derzeitigen Leistungen der Krankenversicherungen auskömmlich in der Bürgerversicherung zu finanzieren. Und darin soll sogar noch genügend Spielraum sein, um die heutigen Zuzahlungen in den Krankenkassen abzuschaffen. So lautet ein Vorschlag der Linken, mit dem man im Wahlkampf sicher auch zum Wohlgefallen der SPD für die Bürgerversicherung werben möchte.

In Anbetracht der tatsächlichen Finanznot der Kassen und der Last der Beitragszahler mit einem Beitragssatz von 14,9 Prozent trotz milliardenschwerer Steuerzuschüsse ist das sicher ein für viele Wähler attraktiver Vorschlag.

Dass die private Krankenversicherung wohl aufgelöst werden sollte, alle Bürger in die Bürgerversicherung einbezogen und die 10 Prozent Beitragssatz auf alle Einkommensarten ohne Bemessungsgrenzen erhoben werden sollten, ist für viele wahrscheinlich eine leicht zu akzeptierende Maßnahme. Fraglich ist, ob diese

Rechnung tatsächlich aufgeht. Nachrechnen lohnt sich. Aus der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (VGR) entnimmt die Linke die derzeitigen Einkommen:

Kalkulatorische Einkommen der deutschen Volkswirtschaft 2008 in Mrd. Euro

Renten	233
Arbeitslosengeld	14
Haushaltseinkommen aus Unternehmertätigkeit und Selbstständigkeit	233
Bruttolöhne- und Gehälter	996
Einkommen aus Vermögen	426
Pensionen	46
Summe	1.948

Auf diese Summe soll ein Beitragssatz von 10 Prozent berechnet werden. Das ergibt

195 Milliarden Euro, also insgesamt einen auskömmlichen Betrag zur Finanzierung der heutigen Gesundheitsleistungen. So weit, so gut. Aber trotzdem dürfte sich das Ganze als Irrweg erweisen.

Dazu ein Blick in die VGR: Die Daten sind der Berechnung des Bruttoinlandsprodukts (BIP) entnommen. Dabei wird entweder gerechnet, wie das BIP entstanden ist, also aus welchen Sektoren von der Landwirtschaft bis zum Baugewerbe, oder es wird gerechnet, wofür es ausgegeben wird, vom Konsum bis zu den Investitionen. Für die Berechnung der Linken kommt es aber auf einen anderen Aspekt an, nämlich wie sich das BIP auf die verschiedenen Einkommensbezieher verteilt. Dazu aber sagt das Statistische Bundesamt, das die VGR erstellt, wörtlich: „Eine komplette Berechnung des BIP über die Verteilungsseite ist in Deutschland wegen unvollständiger Basisdaten über die Unternehmens- und Vermögenseinkommen nicht möglich.“ Das heißt nicht mehr und nicht weniger, als dass die Einkommensdaten nicht mit der wirklichen Einkom-

Die Linkspartei ist der Ansicht, dass das heutige Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherung mit einem Beitragssatz von 10 Prozent in einer Bürgerversicherung finanziert werden könne. PKV Publik hat nachgerechnet.

menssituation übereinstimmen müssen. Dabei handelt es sich jedoch nicht nur um eine (unvermeidbare) statistische Ungenauigkeit, sondern dahinter stehen handfeste Probleme. Hierzu einige Beispiele:

Da die Berechnung von der Seite der Güterproduktion erfolgt, ist auch die eigengenutzte Wohnung als (statistisches) Einkommen mitberücksichtigt. In die Berechnung geht also auch eine fiktive Miete für eine eigengenutzte Wohnung ein. Konsequenz: Eine Familie bewohnt zum Beispiel ein eigenes Reihenhaus, für das eine fiktive Miete von 600 Euro pro Monat zugrunde gelegt wird. Im Konzept der Linken müsste die Familie hierauf 10 Prozent, also 60 Euro im Monat, an zusätzlichen Krankenkassenbeiträgen leisten. Einen Arbeitgeberzuschuss gibt es hierfür selbstverständlich nicht.

Aber auch die Mieter von Wohnungen kommen im Konzept der Linken nicht ungeschoren davon. Da Vermietungseinnahmen generell im Konzept der Linken beitragspflichtig wären und Vermieter in aller Regel ihre Kosten über höhere Mieten an die Mieter weitergeben (müssen), wäre mit einem generellen Anstieg aller Mieten von 10 Prozent zu rechnen. Insofern wird die Familie im eigengenutzten Reihenhaus nicht schlechter gestellt als alle Mieter.

Alle privaten Zinsen sollen beitragspflichtig werden. Statt 25 Prozent Abschlagsteuer (plus Solidaritätszuschlag) wären

nunmehr zusätzlich 10 Prozent für die Krankenkasse abzuführen. Das sind fast 40 Prozent: deutlich höher als die durchschnittliche Einkommensteuerbelastung. Davon betroffen wären auch jede Riesterrente und jedes noch so kleine Sparguthaben. Ob Millionen von Rentnern dafür Verständnis hätten?

Zu den Einkommen der privaten Haushalte gehören statistisch auch sogenannte „private Organisationen ohne Erwerbscharakter“. Das sind zum Beispiel Parteien oder auch Wohlfahrtsverbände, die etwa Kindergärten oder Pflegeheime mitfinanzieren. Sollen diese Organisationen Krankenkassenbeiträge bezahlen und werden die sozialen Leistungen dann teurer?

Unternehmen und Unternehmer brauchen Gewinne nicht nur zur Bestreitung ihres Lebensunterhalts und für die Aktionäre, sondern auch zur Tätigkeit von betriebsnotwendigen Investitionen. In den Unternehmen, die etwa als Kapitalgesellschaften organisiert sind, stehen dafür nicht entnommene Gewinne zur Verfügung, auf die nach dem Konzept der Linken auch kein Kassenbeitrag gezahlt werden soll. Doch was macht der selbständige Handwerksmeister, der als Einzelunternehmer die Möglichkeit der nicht entnommenen Gewinne nicht hat, wenn er einen neuen Lieferwagen kauft? Dies darf er nach dem Konzept der Linken aus Einkommen finanzieren, das vorab mit einem Kassenbeitrag von 10 Prozent belastet wurde.

Solche Beispiele lassen sich fortsetzen. Sie sollten vor allem eines verdeutlichen: Ein Krankenkassenkonzept mit Zahlen aus dem VGR begründen zu wollen, die dafür schlecht geeignet sind, ist nicht seriös und führt zu krassen Fehlschlüssen.

Eine Abgabe von 10 Prozent auf alle Einkommen ist zudem nichts anderes als eine neue Steuer. Selbstverständlich kann man für ein steuerfinanziertes Gesundheitswesen eintreten. Nur sollte man nicht der Illusion aufsitzen, dies ginge mit einer einfachen 10-Prozent-Abgabe auf alle Einkommen.

Ein Blick in das tatsächliche Steueraufkommen in Deutschland zeigt, worum es wirklich geht: Das gesamte Aufkommen an Einkommensteuer (ohne Solidaritätszuschlag) betrug im Jahr 2008 191 Milliarden Euro. Eine Steuerfinanzierung des Gesundheitswesens über Einkommensteuer würde mehr als eine Verdopplung (!) der heutigen Steuerbelastung erforderlich machen. Ein anderes Beispiel: Die heutige Mehrwertsteuer mit ihrem Höchstsatz von 19 Prozent hat ein Aufkommen von 176 Milliarden Euro. Nicht einmal eine Verdopplung der Mehrwertsteuersätze würde also zur Finanzierung des Gesundheitswesens ausreichen.

Fazit: Die Idee des „Zehnten“ zur Finanzierung des Gesundheitswesens, die der Linkspartei vorschwebt, ist realitätsfremd.

Klaus-Detlef Dietz: Ein Berufsleben für die Gesundheitspolitik

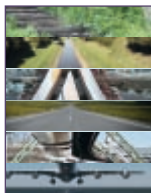
Ende Juni ist Klaus-Detlef Dietz, Mitglied der Geschäftsführung des PKV-Verbandes, in den Ruhestand getreten. Er war seit 1999 für den Verband tätig und hat dabei zunächst das Berliner Büro der PKV aufgebaut und geleitet, ohne das eine erfolgreiche Interessenvertretung der Branche nicht möglich wäre. 2005 wechselte Dietz ins Kölner Mutterhaus und übernahm dort die Leitung der Abteilung Innere Dienste. In dieser Funktion bereitete er unter anderem den im kommenden Jahr anstehenden Umzug des Verbandes und seiner Tochterunternehmen in die neuen Räumlichkeiten am Rheinufer vor.

Vor seiner Tätigkeit im PKV-Verband war Klaus-Detlef Dietz 28 Jahre lang Mitarbeiter der SPD-Bundestagsfraktion. Schon damals beschäftigte er sich hauptsächlich mit sozial- und gesundheitspolitischen Themen. So leitete er unter anderem über viele Jahre das Büro des Sozialexperten und seinerzeit



stellvertretenden Fraktionsvorsitzenden Rudolf Dreßler. Dreßler wie auch die amtierende Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt ehrten Dietz mit ihrer Teilnahme am Abschiedsempfang des Verbandes und wünschten ihm alles Gute für den (Un-) Ruhestand. Dem schließen sich die Kollegen der Verbandsführung und alle Mitarbeiter natürlich von Herzen an.

Rechenschaftsbericht 2008



Rechenschaftsbericht
der privaten
Krankenversicherung
2008



Der Verband der privaten Krankenversicherung hat seinen aktuellen Rechenschaftsbericht veröffentlicht. Er enthält das vorläufige Geschäftsergebnis sowie weitere Themen des vergangenen Jahres, die die private Kranken- und Pflegeversicherung betreffen.

Der Bericht enthält auch eine ausführliche Diskussion der gesetzlichen Neuregelungen in Folge der Gesundheitsreform. Weitere Themen sind nach den Aufgabenbereichen des Verbandes Leistung, Recht und Mathematik-Statistik gegliedert.

Der Bericht kann im Internet bestellt werden:
bestellungen.pkv.de/rechenschaftsberichte/

Verdienstkreuz für Reinhold Schulte

Der Bundespräsident hat Reinhold Schulte, Vorsitzender des PKV-Verbandes und der SIGNAL IDUNA Gruppe, das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse verliehen. Die Auszeichnung überreichte Nordrhein-Westfalens Ministerpräsident Jürgen Rüttgers am 18. Juni im Rahmen einer Feierstunde in der Düsseldorfer Staatskanzlei. Gewürdigt wurden Schultes vielfältige und ehrenamtliche Aktivitäten im öffentlichen Leben, mit denen er sich um das Gemeinwohl verdient gemacht hat.

Als Vorsitzender des PKV-Verbandes engagiert sich Schulte seit 2002 für eine nachhaltige und generationengerechte Reform des Gesundheitswesens. Zudem setzt er sich als Präsidiumsmitglied im Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft für Verbraucherschutz und geordneten Wettbewerb ein.



Ein besonderes Augenmerk Schultes gilt der Aus- und Weiterbildung: So ist er unter anderem Vorsitzender des Kuratoriums der International School of Management, Dortmund, engagiert sich im Hochschulrat der Technischen Universität Dortmund und ist Mitglied des Vorstandes der Gesellschaft zur Förderung des Institutes für Versicherungswirtschaft der Universität St. Gallen.



GASTKOMMENTAR

Plädoyer für eine starke private Krankenversicherung

Der Erste Vorsitzende des Verbandes der privatärztlichen Verrechnungsstellen, **Dr. Jochen-Michael Schäfer**, über die Bedeutung der privaten Krankenversicherung für das Gesundheitssystem.

Die Gesundheitsreform 2007 ist ein Generalangriff auf die private Krankenversicherung. Sie hat Regelungen eingeführt, die dieses bisher so erfolgreiche Versicherungsmodell ernsthaft gefährden können. Wir halten den vom Gesetzgeber eingeschlagenen Weg für falsch. Denn wir wissen, dass der hohe medizinische Versorgungsstandard in unserem Land wesentlich auch der privaten Krankenversicherung zu verdanken ist. Und wir wissen, dass wir künftig mehr Leistungen privat absichern müssen als bisher.

Die gesetzliche Krankenversicherung kann ihr uneingeschränktes Leistungsversprechen schon jetzt nicht mehr einlösen. Medizinische Leistungen werden bereits heute mehr oder minder versteckt rationiert, für die Finanzierung werden Schulden gemacht. Deshalb muss der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung auf eine medizinische Grundversorgung zurückgeführt werden. Über diese Grundversorgung hinausgehende Leistungen müssen dann individuell abgesichert werden. Wir brauchen die private Krankenversicherung aber nicht nur als Ergänzung zur Grundversorgung.

Die private Krankenvollversicherung garantiert den Versicherten den Zugang zu einer hochwertigen Medizin. Der Leistungsumfang ist vertraglich vereinbart und damit unabhängig von Wirtschaft und Politik. Die Honorierung ärztlicher Leistungen auf der Basis der amtlichen Gebührenordnung trägt der Freiberuflichkeit des Arztberufes Rechnung und sorgt für Kostentransparenz. Kostenerstattung und Selbstbehalte fördern eine verantwortungsvolle Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Das Kapitaldeckungsverfahren ist zukunftssicher und generationengerecht. All diese Gründe



Dr. Jochen-Michael Schäfer

ist Erster Vorsitzender des Verbandes der privatärztlichen Verrechnungsstellen. Der Verband vertritt mehr als 38.000 Mitglieder aus dem Kreise der niedergelassenen Ärzte, Chefärzte und Zahnärzte.

www.pvs-verband.org

sprechen für eine Stärkung der privaten Krankenversicherung; ihre Strukturelemente könnten auch in der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgreich eingesetzt werden.

Zu Recht haben die privaten Krankenversicherungen das Bundesverfassungsgericht angerufen, um die gegen sie gerichteten Regelungen der Gesundheitsreform überprüfen zu lassen. Die Richter haben die Klagen zwar abgewiesen, dem Gesetzgeber jedoch gleichzeitig eine Beobachtungspflicht auferlegt. Der Basistarif und die Erhöhung der Zugangshürden dürfen die private Krankenversicherung nicht gefährden. Das ist ein eindeutiges Bekenntnis zum bewährten Zwei-Säulen-Modell unseres Gesundheitssystems.

Es ist evident, dass demografischer Wandel und medizinischer Fortschritt auch auf die private Krankenversicherung Auswirkungen haben. Die Versicherer fordern deshalb, dass bei der Novellierung der Gebührenordnungen eine Öffnungsklausel eingeführt wird, mit der die amtlichen Gebührentaxen umgangen werden können. Wir wollen ausdrücklich vor einer solchen Klausel warnen. Denn mit einer Öffnungsklausel setzt die private Krankenversicherung gerade das aufs Spiel, wodurch sie sich positiv von der gesetzlichen Krankenversicherung abhebt. Damit droht die Gefahr, dass ihr Leistungsangebot an Konturen verliert. Den Wünschen der Privatversicherten würde das sicherlich nicht gerecht. Statt sich gleich zu machen, sollte die private Krankenversicherung auf ihre Stärken bauen.



„3 Menschen verdanke ich mein Leben.
Meiner Mutter. Meinem Vater. Meinem
Organspender.“

Sabine erkrankte an einer Venenthrombose, die ihre Leber zerstörte. Die Ärzte gaben ihr nur noch wenige Wochen. Zum Glück bekam sie schnell das Geschenk fürs Leben: ein neues Organ. Informieren Sie sich über Leben unter

www.fuers-leben.de

FÜRS LEBEN
FÜR ORGANSPENDE

