

Jahrespressekonferenz des PKV-Verbandes am 16. Juni 2011 in Berlin

Elektronische Pressemappe

Inhalt:

- Pressemitteilungen
 1. Reinhold Schulte als Vorsitzender des PKV-Verbandes bestätigt
 2. Die Private Krankenversicherung steht zum Aufbau einer ergänzenden, kapitalgedeckten Pflegezusatzversicherung bereit
- Statement des Verbandsvorsitzenden Reinhold Schulte auf der Pressekonferenz am 16. Juni 2011

***Fotos:** Unter der Internetadresse www.pkv.de, Menüpunkt „Presse“, sind Fotos des Verbandsvorsitzenden Reinhold Schulte sowie des Verbandsdirektors Dr. Volker Leienbach hinterlegt.*

Pressemitteilung

Berlin, 16. Juni 2011



Reinhold Schulte als Vorsitzender des PKV-Verbandes bestätigt

Im Rahmen der Mitgliederversammlung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. in Berlin ist **Reinhold Schulte**, Vorstandsvorsitzender der SIGNAL Krankenversicherung a.G., Dortmund, und des DEUTSCHER RING Krankenversicherungsverein a.G., Hamburg, erneut zum Vorsitzenden des PKV-Verbandes gewählt worden. Die Wahl Schultes, der damit in seine vierte Amtsperiode geht, erfolgte einstimmig.

Auch die übrigen Mitglieder des Vorstandes wurden als stellvertretende Vorsitzende (wieder)gewählt. Dies sind im Einzelnen:

- **Dr. h.c. Josef Beutelmann**,
Barmenia Krankenversicherung a.G., Wuppertal
- **Uwe Laue**,
Debeka Krankenversicherungsverein a.G., Koblenz
- **Thomas Michels**,
AXA Krankenversicherung AG, Köln
- **Dr. Clemens Muth**,
DKV Deutsche Krankenversicherung AG, Köln
- **Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Zachow**,
Landeskrankenhilfe V.V.a.G., Lüneburg
- **Dr. Maximilian Zimmerer**,
Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München
- **Dr. Volker Leienbach**
als geschäftsführendes Vorstandsmitglied

Pressesprecher
Stefan Reker

Telefon
(030) 204589-44

Telefax
(030) 204589-33

E-Mail
presse@pkv.de

Internet
www.pkv.de

Friedrichstraße 191
10117 Berlin

Dem PKV-Verband gehören 43 Unternehmen an, bei denen 30,8 Mio. Versicherungen bestehen: Rund 8,9 Mio. Menschen sind komplett privat krankenversichert, dazu gibt es ca. 21,9 Mio. Zusatzversicherungen.

Pressemitteilung

Berlin, 16. Juni 2011

Die Private Krankenversicherung steht zum Aufbau einer ergänzenden, kapitalgedeckten Pflegezusatzversicherung bereit

Anlässlich der PKV-Jahrestagung 2011 erklärt der Vorsitzende des Verbandes der privaten Krankenversicherung, Reinhold Schulte:

„Die PKV hat das Thema Pflege zum Schwerpunkt ihrer Jahrestagung 2011 gemacht. Wir wollen damit auf den großen politischen Handlungsdruck hinweisen: Angesichts der Alterung unserer Bevölkerung ist zusätzliche Vorsorge unabweisbar nötig. Noch ist es früh genug, um in die ergänzende Kapitaldeckung einzusteigen – so, wie im Koalitionsvertrag von Union und FDP vorgesehen.

Der Höhepunkt des demografischen Problems bei der Pflege wird etwa in den Jahren 2050 bis 2060 erreicht. Bis dahin kann Kapitaldeckung zu durchaus überschaubaren Beiträgen aufgebaut werden. Jedes weitere Zögern der Politik aber macht es am Ende für alle teurer.

Wenn das neue Element der Kapitaldeckung eine gute Wirkung entfalten soll, muss der Kapitalstock jedoch unbedingt außerhalb des staatlichen Einflussbereiches, also auch außerhalb der gesetzlichen Krankenkassen, angelegt werden. Nur so würde die Politik vor der Versuchung bewahrt, die Geldreserven für aktuelle Ziele in anderen Bereichen aufzubrechen, anstatt damit nachhaltig für die Pflege vorzusorgen. Beispiele für solche ‚Zweckentfremdungen‘ gibt es viele.

Die private Krankenversicherung ist mit 25 Jahren Erfahrung in der Kalkulation von Pflegezusatzversicherungen bestens dafür geeignet, die Verantwortung für den Aufbau eines kapitalgedeckten Zusatzelementes zu übernehmen. Kontinuierlich baut die PKV zudem ihre Kompetenz in der Pflegeberatung und -qualität aus.

Die Pflege wird eine immer wichtigere Säule unseres Sozialsystems. Zur Sicherung der Lebensqualität einer alternden Bevölkerung müssen wir stärker auf den Dreiklang aus Finanzierungssicherung, Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung setzen. Die PKV steht der Politik in allen diesen Bereichen als starker Partner zur Verfügung.“

Dem PKV-Verband gehören 43 Unternehmen an, bei denen 30,8 Mio. Versicherungen bestehen: Rund 8,9 Mio. Menschen sind komplett privat krankenversichert, dazu gibt es ca. 21,9 Mio. Zusatzversicherungen.

Pressekonferenz
Verband der privaten Krankenversicherung (PKV)
am 16. Juni 2011 in Berlin:
Statement Reinhold Schulte
– Vorsitzender des PKV-Verbandes –
Es gilt das gesprochene Wort.

Meine Damen und Herren,

wir haben in diesem Jahr das **Thema Pflege** zum Schwerpunkt der Jahrestagung des PKV-Verbandes gemacht. Damit wollen wir auch auf den großen politischen Handlungsdruck hinweisen. Wir müssen dringend vorsorgen für den demografischen Wandel, der die gesetzliche Pflegeversicherung mit großer Wucht treffen wird.

Das ganze Ausmaß des Problems lässt sich mit zwei Fakten beschreiben:

- Jeder Dritte über 80 Jahre ist ein Pflegefall
- und bis zum Jahr 2050 wird sich die Zahl der Über-80-Jährigen in Deutschland verdreifachen.

Hinter diesen unabweisbaren Zahlen steckt nicht nur eine schwere politische und volkswirtschaftliche Herausforderung, sondern auch eine moralische Dimension.

Lassen Sie mich das mit einem Zitat umreißen:

„Es ist eine zutiefst ethische Frage, ob wir die Kosten für unseren Wohlstand kommenden Generationen aufbürden wollen.“

Das sagte Prof. Klaus Töpfer als Vorsitzender der von Bundeskanzlerin Merkel berufenen Ethik-Kommission zur Überprüfung der Kernkraft. Er zielte natürlich auf die Kernenergie, aber dieselbe ethische Frage stellt sich in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, wo wir im bisherigen System der Umlagefinanzierung die Kosten ungebremst den kommenden Generationen aufbürden. In der Kranken- und Pflegeversicherung besteht der GAU nur eben nicht in einer Kernschmelze, sondern in einer maßlosen Überforderung der Beitrags- und Steuerzahler von morgen.

Weil diese Probleme schon heute präzise vorhersehbar sind, sind sie aber auch lösbar. Noch ist es früh genug, vorzusorgen und mit dem Aufbau einer Kapitaldeckung anzufangen, weil der Höhepunkt des demografischen Problems bei der Pflege erst etwa 2050 bis 2060 erreicht wird. Bei diesem wichtigen Thema Pflege sollte die Politik tunlichst auf die Leute hören, die etwas davon verstehen. Hier hat die private Krankenversicherung nachweislich eine vorbildliche Kompetenz.

Lassen wir die Fakten sprechen:

- Gesetzliche und private Pflegeversicherung sind 1995 auf gleicher Augenhöhe gestartet. Die private Pflegeversicherung verfügt heute bei jährlich etwa 2 Milliarden Euro Beitragsaufkommen über 21 Milliarden Euro Alterungsrückstellungen. Damit haben wir in der privaten Pflegeversicherung das Demografieproblem gelöst. Das hat übrigens nichts mit der (zugegebenermaßen) derzeit noch besseren Risikostruktur in der privaten Pflegeversicherung zu tun. Denn dieser Unterschied spielt finanziell nur eine kleine Rolle; und er wird sich zudem in den nächsten Jahren auch auswachsen.
- Die gesetzliche Pflegepflichtversicherung wird ihre anfänglich gebildeten Reserven schon aufgebraucht haben, bevor die demografischen Probleme überhaupt beginnen. Die Folge: Ihr Beitragssatz wird sich bis 2060 mehr als verdoppeln.

Das alles zeigt: **Kapitaldeckung** funktioniert gut und ist dem Umlageverfahren überlegen. Daran hat nicht einmal die Finanzkrise rütteln können. Kapitaldeckung ist bei der Pflege durchaus zu überschaubaren Beiträgen möglich, wenn die Politik nicht länger zögert. Denn je später man anfängt, desto teurer wird es für die Menschen. Deshalb ist es gut, dass sich die Koalition für diese Wahlperiode die Einführung einer ergänzenden kapitalgedeckten Pflegeversicherung vorgenommen hat.

Damit das funktioniert und am Ende wirklich die demografische Kostendynamik auffangen kann, muss dieser Kapitalstock unbedingt dem politischen Einflussbereich entzogen werden. Der Aufbau von Rückstellungen im staatlichen Umfeld, also auch im Rahmen der GKV, hätte in Wahrheit nichts mit Kapitaldeckung zu tun. Viele unrühmliche Beispiele aus der Vergangenheit zeigen, wie trickreich Regierungen sind, um vorhandene Geldreserven anzuzapfen, die eigentlich als Vorsorge für ganz andere Dinge vorgesehen waren:

- So musste die gesetzliche Pflegeversicherung Mitte der 90er Jahre über 500 Millionen Euro als „zinslosen Kredit“ für die Infrastruktur in Ostdeutschland abgeben. So wurde den Pflegeversicherten der Zinseffekt weggenommen.
- 2005 hat der damalige Finanzminister milliardenschwere Forderungen des Bundes gegenüber den Post-Nachfolgeunternehmen auf dem internationalen Finanzmarkt verkauft – mit großen Wertabschlägen. Das Geld sollte eigentlich die späteren Pensionsansprüche der Postbeamten abdecken. Diese Vorsorge wurde also vom Staat schon verfrühstückt, bevor die Leute überhaupt die Pensionsgrenze erreicht haben.
- Und auch die Rentenversicherung kann ein Lied davon singen, wie oft der Bund bei angespannter Finanzlage in ihre Kassen gegriffen hat, indem er eine sogenannte Abschmelzung der Schwankungsreserve erzwungen hat.

Das alles zeigt: Nur unter dem Eigentumsschutz privatwirtschaftlicher Verträge ist sichergestellt, dass das Geld am Ende wirklich zugunsten der Pflege verwendet wird.

Übrigens lohnt sich zu diesem Thema die Lektüre des Rechtsgutachtens zur Kapitaldeckung von Prof. Dr. Rolfs im Auftrag des GKV-Spitzenverbands. Darin wird eingeräumt, dass der Eigentumsschutz eines Kapitalstocks im öffentlichen Recht deutlich schwächer ist als im Privatrecht. Deshalb ist die Politik gut beraten, auf die Expertise der privaten Pflegeversicherung zurückzugreifen. Die PKV hat über 25 Jahre Erfahrung in der Kalkulation des Pflegerisikos und in der krisensicheren Anlage der kapitalgedeckten Rückstellungen. Sie zeigt jedes Jahr aufs Neue, wie verlässlich sie mit den ihr anvertrauten Geldern wirtschaftet.

Die PKV hat in Sachen Pflege nicht nur Finanzierungskompetenz bewiesen, sondern auch große Erfolge im Einsatz für mehr Qualität in der Pflege vorzuweisen:

1.) Die **private Pflegeberatung „COMPASS“** mit ihrem innovativen Konzept einer aufsuchenden Pflegeberatung bei den Betroffenen zuhause gilt inzwischen als vorbildlich. Heute sind bundesweit 170 „COMPASS“-Pflegeberater im Einsatz. Viele begeisterte und dankbare Briefe von Pflegebedürftigen und ihren Familien belegen das große Engagement und die hohe Kompetenz unserer Pflegeberater.

Die gesetzliche Pflegeversicherung setzt demgegenüber auf die Einrichtung von Pflegestützpunkten, in denen sich die Betroffenen einfinden müssen. Die Bilanz nach rund drei Jahren wurde in den Medien als „Flopp“ kommentiert, weil nur etwa ein Viertel der vorgesehenen Pflegestützpunkte eingerichtet ist. In Bayern bestehen nach Aussage der Sozialministerin von 60 geplanten Stützpunkten gerade mal 3 Stück.

Dieser Vergleich zeigt im Übrigen ganz generell, wie wertvoll der Systemwettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Versicherung für die Qualität des Gesundheitswesens in Deutschland ist. Diesem Wettbewerb verdanken wir zum Beispiel die vorbildliche Innovation der aufsuchenden Pflegeberatung.

2.) In ihrem Einsatz für eine Verbesserung der Pflegequalität hat die PKV überdies eine gemeinnützige Stiftung gegründet, das **„Zentrum für Qualität in der Pflege“**, kurz: ZQP.

Es arbeitet interdisziplinär, stellt alle seine Forschungsergebnisse der Allgemeinheit zur Verfügung und versteht sich als Netzwerk für alle an der Pflege Beteiligten. Das Zentrum hat sich in der Fachwelt und in der Pflegeszene schnell einen guten Namen gemacht.

Das ZQP hat zusammen mit der Bertelsmann-Stiftung kürzlich eine „Pflege-Checkliste“ erarbeitet, die Angehörige bei der Suche nach einem Pflegeheimplatz unterstützt. Dieses Internet-Instrument wurde in wenigen Wochen bereits von mehr als 100.000 Menschen genutzt. Diese Zahlen sprechen für sich.

3.) Die PKV engagiert sich auch mit großem Aufwand für die **Qualitätsprüfung von Pflegeeinrichtungen**. 100 bestens ausgebildete Qualitätsprüfer stehen bereit und können sofort mit der Prüftätigkeit beginnen.

Dieser Einsatz im Interesse der Pflegebedürftigen ist leider in den letzten Monaten von Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen mit manchen Tricks blockiert worden. Doch in der vergangenen Woche hat der Gesetzgeber die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass die Qualitätsprüfer der PKV jetzt endlich an die Arbeit gehen können. Auch hier wird der Wettbewerb allen Beteiligten gut tun, ähnlich wie es das Vorbild von TÜV und DEKRA bei der Fahrzeugsicherheit vorgemacht hat – ohne jegliche Abstriche bei den Qualitätsanforderungen, aber effektiver und mit besserem Service für die Beteiligten.

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen ist in seiner Leistungsfähigkeit in der Fachwelt ja durchaus umstritten, auch wegen seiner Zersplitterung in unterschiedliche Strukturen je nach Bundesland. Die PKV-Qualitätsprüfer werden hingegen bundeseinheitlich nach denselben Kriterien prüfen, in einem transparenten Verfahren mit hohen Standards.

Lassen Sie mich neben unserem Schwerpunktthema Pflege noch zu einigen aktuellen Fragen der **Gesundheitspolitik** Stellung nehmen.

Die Koalition hat sich ja erklärtermaßen vorgenommen, den Wettbewerb in der Krankenversicherung zu stärken. Die Rücknahme der willkürlichen 3-Jahres-Wartefrist war dazu ein Schritt in die richtige Richtung.

Doch leider gibt es auch gravierende Fehlritte. So würde der aktuelle Entwurf für ein **Versorgungsgesetz** zu neuen Übergriffen führen, mit denen die Krankenkassen als privilegierte öffentlich-rechtliche Körperschaften in einen funktionierenden privatwirtschaftlichen Markt eindringen.

In dem Entwurf ist nämlich vorgesehen, dass die sogenannten **Satzungsleistungen** der gesetzlichen Krankenkassen stark ausgeweitet werden. Das würde dazu führen, dass sie Leistungen anbieten, für die Versicherte bereits heute in maßgeschneiderten PKV-Ergänzungstarifen abgesichert sind. Das betrifft vor allem das große Feld der Zahnbehandlung. Wenn der Gesetzgeber das zulässt, wäre dies ein schwerwiegender Eingriff in einen funktionierenden Markt. Hier ist eine klare Abgrenzung erforderlich:

- Erstens: Alles, was als notwendige Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung angesehen wird, gehört in den gesetzlichen Pflichtkatalog, nicht aber in eine beliebig gestaltbare Satzungsleistung.
- Zweitens: Alles, was nicht zu den notwendigen Leistungen zählt, gehört auch nicht in eine soziale Pflichtversicherung, sondern in den privaten marktwirtschaftlichen Wettbewerb.

Wenn überdies auch Verträge der GKV mit „nicht zugelassenen Leistungserbringern“ erlaubt werden, könnten Krankenkassen auch die Versorgung in Privatkliniken und durch Privatärzte anbieten. Auch diesen massiven Eingriff durch eine staatliche Pflichtversicherung in freiwillige Angebote eines funktionierenden privaten Marktes lehnen wir entschieden ab.

Das gilt umso mehr, als die Koalition schon bei den **Wahl- und Zusatztarifen** gegen ihren eigenen ordnungspolitischen Kompass verstoßen hat. Nur aus politischer Opportunität hat sie ihre erklärte Absicht einer klaren Abgrenzung zwischen GKV und PKV bei den Wahl- und Zusatztarifen fallengelassen.

Das ist ein Fehler; übrigens auch mit negativen Folgen für den Verbraucherschutz. Denn der Versicherte ist in der GKV überhaupt nicht davor geschützt, dass seine Beitragsgelder quasi nutzlos verfallen, weil die Kassen diese Wahltarife später jederzeit stoppen können. Bei PKV-Tarifen gilt demgegenüber eine lebenslange vertragliche Leistungsgarantie.

Zusatzversicherungen wie Einbettzimmer oder Auslandsreiseschutz haben in einer sozialen Pflichtversicherung überhaupt nichts zu suchen.

Es droht sogar die Gefahr einer Quersubventionierung zu Lasten der vielen Pflichtversicherten, die sich selbst solche Zusatztarife gar nicht leisten können.

Diesem Fehler droht jetzt bei den Satzungsleistungen ein weiterer Fehler zu folgen. Davor können wir die Regierung nur warnen.

Es hat mit Marktwirtschaft nichts mehr zu tun, wenn die Krankenkassen als halbstaatliche Groß-Institutionen, rechtlich privilegiert und steuerbefreit, sich in einem privaten Markt breit machen können. Das hat auch mit fairem Wettbewerb nichts zu tun, denn die privaten Versicherungen müssen schließlich Steuern zahlen und ihre Angebote durch hohes Eigenkapital absichern.

Die Regierung ist schließlich auch dafür angetreten, mehr Generationengerechtigkeit in unsere Sozialsysteme zu bringen. Dann kann sie aber nicht Wahltarife und Satzungsleistungen zulassen, die wiederum nur im Umlageverfahren finanziert werden, also gerade nicht generationengerecht sind.

Wir erwarten, dass Bundesgesundheitsminister Bahr seinen überzeugenden Bekenntnissen zum Wettbewerb im Gesundheitswesen hier die entsprechenden Taten folgen lässt.

Wie belebend der Wettbewerb wirkt, zeigen die ersten Monate nach dem **Wegfall der 3-Jahres-Wartefrist**. Wie bereits berichtet wurde, gab es im ersten Quartal einen Netto-Neuzugang von etwa 40.000 Versicherten aus der GKV.

Wir freuen uns natürlich, wenn viele Versicherte ihre wiedergewonnene Wahlfreiheit dazu nutzen, sich für die PKV zu entscheiden. Und weil sie damit auch für ihre zukünftigen Gesundheitskosten kapitalgedeckt vorsorgen, ist das wiederum ein Beitrag für mehr Generationengerechtigkeit.

Mit marktwirtschaftlichem Wettbewerb hängt letztlich auch das Thema der **Abschlusskosten und Provisionen** zusammen, das die Politik und unsere Branche zurzeit stark beschäftigt.

Um es gleich vorweg zu sagen: Die Exzesse eines einzelnen Unternehmens, das mit seinem sogenannten Sex-Skandal in die Schlagzeilen geraten ist, haben mit seriösem Versicherungsvertrieb nichts zu tun. Davon kann ich mich hier für den PKV-Verband nur entschieden distanzieren. Solche Praktiken gehören nicht in unsere Branche. Punkt.

Uns ist natürlich klar, dass durch diesen Einzelfall das Ansehen des gesamten Versicherungs-Außendienstes in Mitleidenschaft gezogen werden kann.

Gerade deshalb möchte ich genauso klar betonen, dass ein qualifizierter Vertrieb, wie wir ihn in unserer Branche haben, bei dem sehr beratungsintensiven Produkt der Krankenversicherung ganz besonders wichtig ist.

Die vielen tausend Außendienst-Agenturen und Vermittler leisten wertvolle, ja unersetzliche Dienste für die Versicherten. Die Provisionen sind wiederum die Existenzgrundlage qualifizierter Vermittler und sichern somit eine gute Kundenbetreuung.

Gleichwohl hat die PKV-Branche das Problem teilweise sehr hoher Abschlussaufwendungen erkannt. Wie Sie wissen, habe ich das auch selbst schon mehrfach öffentlich thematisiert. Alle Beteiligten sehen, dass man hier im Interesse des Verbraucherschutzes Übertreibungen vermeiden muss.

Klar ist aber auch: Eine verbindliche Regelung durch den PKV-Verband selbst ist objektiv nicht möglich, weil dies gegen das Kartellrecht verstoßen würde. Denn grundsätzlich sind Provisionen ein wichtiges Instrument im Wettbewerb, da geben auch das Kartellamt und die BaFin kein Pardon.

Lassen Sie mich offen sagen, dass ich vor dem Hintergrund dieser Tatsache manche Kommentare in jüngerer Zeit, die uns hier Untätigkeit vorwerfen, nicht gerade als fair empfunden habe.

Denn sobald wir als Branche bei den Abschlusskosten irgendwelche Grenzen vorgeben würden, würden dieselben Politiker und Medien laut Alarm rufen und uns vorwerfen, hier wolle ein Versicherungs-Kartell missliebige Wettbewerber ausgrenzen.

Wir kommen bei diesem Thema wohl nicht um eine maßvolle gesetzliche Regulierung umhin.

Der neue Gesundheitsminister hat bekräftigt, dass es zu einer **Reform der ärztlichen Gebührenordnung GOÄ** kommen soll. Einige von Ihnen waren vermutlich beim Ärztetag in Kiel und haben wohl noch die schrillen Töne im Ohr, mit denen dort einmal mehr auf unsere Forderung nach einer Öffnungsklausel reagiert wurde.

Wir lassen uns davon nicht beeindrucken und laden die Ärzteschaft herzlich zum Dialog ein. Immerhin sind sich die PKV und die Bundesärztekammer darin einig, dass die jahrzehntealte GOÄ eine Reform dringend nötig hat.

Die private Krankenversicherung hat ein schlüssiges Konzept für eine Strukturreform der GOÄ erarbeitet:

- Es bietet transparente betriebswirtschaftliche Kalkulationen auf der Basis nachvollziehbarer Kostendaten.
- Es stärkt die persönliche ärztliche Zuwendung zum Patienten, und zwar durch eine relativ stärkere Honorierung der konkret aufgewendeten Zeit und eine relativ niedrigere Bewertung der Labor- und Apparatedizin.

- Wir unterstützen den Gedanken des Gesundheitsministeriums, ein unabhängiges Institut zu bilden, das die Basis für die betriebswirtschaftliche Kalkulation legen soll.
- Wir wollen medizinische Innovationen möglichst zeitnah in die Gebührenordnung integrieren. Auch dazu könnte ein solches unabhängiges Institut beitragen.
- Und wir wollen die besagte Öffnungsklausel für mehr Vertragsfreiheit zwischen PKV und Ärzten, um die medizinische Versorgung durch Vereinbarungen über gesicherte Qualitätskriterien verbessern zu können.

Ich lade den neuen Präsidenten der Bundesärztekammer, Herrn Dr. Montgomery, herzlich ein zu einem Dialog mit dem Ziel, einen fairen Interessenausgleich herbeizuführen, damit es in dieser Legislaturperiode noch zu einer Reform der GOÄ kommen kann.

Verbesserungen in der Qualität lassen sich nach unserer festen Überzeugung nicht gegen die Ärzte, sondern nur mit ihnen durchsetzen. Daher ist unser Konzept auf eine vertragliche Partnerschaft angelegt. Deshalb frage ich mich: Wovor fürchten sich die Ärztevertreter eigentlich?

Da wird immer von Dumping geredet. Das ist völlig unverständlich. In der Logik einer betriebswirtschaftlich kalkulierten Gebührenordnung kann eine Öffnungsklausel doch gar nicht zu Dumping führen, weil diese kalkulierten Sätze eben nicht unterschritten werden können.

Stattdessen soll es für mehr Qualität und mehr Service im Endeffekt sogar entsprechend mehr Honorar geben. Und jeder Vertrag, der ein solches Abweichen von der GOÄ regeln würde, könnte doch nur mit ausdrücklicher Zustimmung der Ärzte in Kraft treten. Außerdem muss im Einzelfall auch immer der Patient zustimmen.

Wir setzen unbeirrt auf den sachlichen Dialog. Denn es liegt im gemeinsamen Interesse von Ärzten und PKV, das Leistungsversprechen der privaten Krankenversicherung als budgetfreie Zone und Motor für Innovation werthaltig und zu tragbaren Kosten für unsere Versicherten einzulösen.
