

1. Auflage
Berlin 2009

Schriftenreihe
Band 8



Weiterentwicklung der privaten Krankenversicherung

Dokumentation des gemeinsamen Workshops
von Bundesärztekammer und PVS/Verband
am 23. April 2009



PVS / Verband
Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

| 8

Weiterentwicklung der privaten Krankenversicherung

**Dokumentation des gemeinsamen Workshops
von Bundesärztekammer und PVS/Verband
am 23. April 2009**



PVS / Verband
Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

Vorwort

PROF. DR. DR. H.C. JÖRG-DIETRICH HOPPE
Präsident der Bundesärztekammer

DR. JOCHEN-MICHAEL SCHÄFER
Vorsitzender des PVS/Verbandes

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Koexistenz von gesetzlicher und privater Krankenversicherung zählt zu den Besonderheiten und Stärken des deutschen Gesundheitssystems. Die Nachteile staatlicher Systeme mit langen Wartelisten, Einschränkungen der Patientensouveränität und die Entstehung „grauer“ Gesundheitsmärkte, aber auch die Risiken rein marktwirtschaftlicher Gesundheitssysteme mit Entsolidarisierung und Preiswettbewerb zu Lasten der Patienten konnten in Deutschland durch das Zwei-Säulen-System bislang vermieden werden.

Doch nachdem die Krise des GKV-Systems zum Dauerzustand geworden ist, wird nunmehr auch die private Krankenversicherung in Mitleidenschaft gezogen. Gemeinsam mit Vertretern aus Gesundheitspolitik, GKV und PKV, ärztlicher Selbstverwaltung, Krankenhausträgern sowie Experten für Gesundheitsökonomie und Verfassungsrecht wollen wir mit Ihnen diskutieren, welche Optionen für die Weiterentwicklung der privaten Krankenversicherungen bestehen:

- ▶ Ist die Schaffung eines einheitlichen Versicherungsmarktes der Königsweg zur Sanierung des angeschlagenen deutschen Gesundheitssystems?
- ▶ Welche Perspektiven ergeben sich aus dem Strukturwandel in der Versicherungslandschaft für die Versorgung der Patienten, den freien Arztberuf und die privatärztliche Honorarsituation?

Wir hoffen auf eine lebhafte und aufschlussreiche Diskussion!

Inhalt

Vorwort	3
Inhalt	5
Begrüßung	7
SAN.-RAT DR. FRANZ GADOMSKI:	
Begrüßung durch die Bundesärztekammer	8
DR. JOCHEN-MICHAEL SCHÄFER:	
Begrüßung durch den PVS/Verband	11
Einführung	13
PROF. DR. GERD HABERMANN: Verteilungs-	
gerechtigkeit und Wettbewerb im Gesundheitswesen	14
Themenblock 1: Wandel der Versicherungslandschaft:	
Fortbestand des Zwei-Säulen-Systems von PKV und GKV?	27
FRANZ KNIEPS: Die Vorteile eines einheit-	
lichen Versicherungsmarktes – Zur Zukunft von	
gesetzlicher und privater Krankenversicherung.	28
UWE LAUE: Argumente für die Koexistenz	
von PKV und GKV	41
Themenblock 2: Wettbewerbsfähigkeit der PKV unter	
neuen Rahmenbedingungen	53
PROF. DR. GREGOR THÜSING, LL.M.	
(HARVARD): Rechtliche Rahmenbedingungen	
des Wettbewerbs zwischen PKV und GKV	54
DR. ANDREAS KOTTMEIER: Vom Kostenerstat-	
ter zum Gesundheitsmanager – Strategische	
Neuausrichtung der PKV-Unternehmen	64
PROF. DR. NORBERT KLUSEN: Bedingungen für	
einen fairen Wettbewerb zwischen PKV und GKV	70
Themenblock 3: Perspektiven für einen freien Arztberuf	79
PROF. DR. STEFAN GRESS: Angleichung der	
Vergütungssysteme?	80
DR. REGINA KLAKOW-FRANCK: Zukunft der	
GOÄ und des Kostenerstattungsprinzips	87
PROF. DR. NORBERT ROEDER: Die Rolle des	
Arztes in der Gesundheitswirtschaft	99
Politische Abschlussrunde: Podiumsdiskussion	113
Impressum	136

| **Begrüßung**

Begrüßung durch die Bundesärztekammer



SAN.-RAT DR. FRANZ GADOMSKI
Vorstand der Bundesärztekammer

Meine sehr geehrten Damen, meine Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,
im Namen der Bundesärztekammer begrüße ich Sie herzlichst zu dieser gemeinsamen Veranstaltung von PVS/Verband und Bundesärztekammer.

„Weiterentwicklung der privaten Krankenversicherung“ haben wir den Workshop überschrieben, wohlwissend, dass in der politischen Diskussion auch Vorschläge beraten werden, die auf eine Abschaffung der privaten Krankenversicherung zumindest als Krankheitsvollversicherung und die Schaffung eines einheitlichen Krankenversicherungsmarktes hinauslaufen. Für die Bundesärztekammer ist dies nicht nachvollziehbar. Stellt doch die Koexistenz von gesetzlicher und privater Krankenvollversicherung eine der großen Stärken des deutschen Gesundheitssystems dar. Nach unserer Auffassung konnten durch das deutsche Zwei-Säulen-System bislang die Nachteile staatlicher Gesundheitssysteme mit langen Wartelisten, Ein-

schränkungen der Patientensouveränität und die Entstehung „grauer“ Gesundheitsmärkte verhindert werden. Zugleich wurden auch die möglichen Risiken rein marktwirtschaftlicher Systeme mit Entsolidarisierung und Preiswettbewerb zu Lasten der Patientinnen und Patienten vermieden.

Es scheint so, als ob hinter der Forderung nach Schaffung eines einheitlichen Versicherungsmarktes vor allem die zugespitzte finanzielle Krise der gesetzlichen Krankversicherung steht. Aber ist die Schaffung eines einheitlichen Versicherungsmarktes wirklich der Königsweg zur Sanierung des angeschlagenen deutschen Gesundheitssystems? Welche Perspektiven ergeben sich aus dem Strukturwandel in der Versicherungslandschaft für die Versorgung der Patientinnen und Patienten, den freien Arztberuf und die privatärztliche Honorarsituation?

Bei der Beantwortung dieser Fragen versprechen wir uns wichtige Impulse von dem heutigen Workshop. Zu lebhaften und aufschlussreichen Diskussionen wird dabei sicherlich auch die Bandbreite der Referentinnen und Referenten beitragen. Wie Sie dem Programm entnehmen können, haben wir Vertreter aus der Gesundheitspolitik, der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung, der ärztlichen Selbstverwaltung, der Krankenhausträger sowie Experten für Gesundheitsökonomie und Verfassungsrecht eingeladen.

Hinweisen möchte ich insbesondere auf die politische Abschlussrunde, die von Herrn Thomas Grünert geleitet werden wird. Gerade angesichts der nach der im September stattfindenden Bundestagswahl zu erwartenden grundsätzlichen Weichenstellung sehe ich der Diskussion mit den Vertretern der politischen Parteien mit Spannung entgegen. Aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte stehen wichtige Entscheidungen an, da nur unter fairen Bedingungen die legitimen Erwartungen der Patientinnen und Patienten auf eine individuelle, qualifizierte gesundheitliche Betreuung von den Ärzten erfüllt werden können.

Welche Erwartungen die deutsche Ärzteschaft an die künftige Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung hat,

hat sie in dem auf dem III. Deutschen Ärztetag 2008 verabschiedeten „Ulmer Papier“ dargelegt. Die Finanzierung ist so zu gestalten, dass sie einen verlässlichen und chancengleichen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung auf dem medizinisch angemessenen Niveau für den jeweiligen Zustand des Patienten ermöglicht.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, mit Spannung und großem Interesse sehe ich den Ausführungen der Referenten entgegen und wünsche uns allen einen guten Verlauf des Workshops.

Vielen Dank!

I Begrüßung durch den PVS/Verband



DR. JOCHEN-MICHAEL SCHÄFER
Vorsitzender des PVS/Verbandes

Meine sehr geehrten Damen und Herren,
nach Herrn Dr. Gadomski habe ich nun die Freude, Sie auch im Namen des PVS/Verbandes sehr herzlich zu begrüßen und Ihnen dafür zu danken, dass Sie an diesem etwas trüben Tage trotzdem so zahlreich hier erschienen sind, um sich eines Themas anzunehmen, das auf den ersten Blick wie eine Petitesse im Rahmen der großen Reformen erscheinen mag. Tatsächlich geht es aber um das Überleben und die Zukunft der privaten Krankenvollversicherung.

Als berufsständige ärztliche Gemeinschaftseinrichtungen beobachten wir seit Jahren eine politische Entwicklung, die darauf gerichtet ist, den privaten Markt systematisch zu verkleinern und zu diskreditieren. Wir erleben Anhebungen der Versicherungspflichtgrenze, mehr oder minder Zwangsabgaben der PKV an das GKV-System, die Einführung eines – wie wir finden – systemwidrigen Basistarifes mit erheblichen Negativauswirkungen auf die Bestandsversicherten, eine

Sperre für den Wechsel in die PKV von drei Jahren. Das alles geschieht unter der Überschrift „Wettbewerb“. Passt das?

Parallel leidet die Ärzteschaft, wie im Übrigen auch die PKV-Unternehmen selbst, seit vielen Jahren unter einer hoffnungslos veralteten Gebührenordnung. Sie ist Grund für vermehrt geführte rechtliche Auseinandersetzungen zwischen der PKV, den Versicherten und den Ärzten und damit auch den privatärztlichen Verrechnungsstellen. Kurz, es bedarf einer vollständigen Revision dieser politischen Agenda, weil wir als Vertreter der privat liquidierenden Ärzteschaft zutiefst davon überzeugt sind, dass nur eine starke private Krankenversicherung den Zugang zu medizinischen Innovationen sichert und damit auch die Stellung des deutschen Gesundheitssystems als Marktfaktor so stark bleibt, wie sie im Moment noch ist.

Ich freue mich auf spannende Referate. Ich hoffe, dass wir auch ein wenig kontroverse Meinungen hören und wünsche Ihnen einen für Sie gelungenen Vor- und Nachmittag. Dankeschön!

| Einführung

Verteilungsgerechtigkeit und Wettbewerb im Gesundheitswesen



PROF. DR. GERD HABERMANN
Direktor des Unternehmerinstituts der Arbeitsgemeinschaft
Selbständiger Unternehmer e.V. und Vorsitzender der „Friedrich
August von Hayek-Stiftung für eine freie Gesellschaft“

Betritt man das Gesundheitswesen in Deutschland, befindet man sich in einer Kampfzone unserer Gesellschaft. Es streiten zwei miteinander unvereinbare Ordnungsmodelle und die jeweiligen Gruppen, die sie vertreten. Es gibt hier ständig gefährdete Friedensgrenzen, eine unsichere „friedliche Koexistenz“, man hört Kampfrufe und Bitten um Gnade und sieht ein langsames Zurückweichen des Ordnungstyps I, von dem ich gleich sprechen möchte, durch z. B. die Erweiterung der Zwangskundschaft des Typs II, durch die Einschränkung der unternehmerischen Freiheit der Freiberufler, durch Manipulation von Preisen und Gebühren und mancherlei kleinkarierte Schikanen.

Der Ordnungstyp I ist die spontane Ordnung der Freiheit und des Wettbewerbs auf der Basis eines freien Vertrages privater Anbieter, freier Nachfrage von Gütern und Dienst-

leistungen. Mit anderen Worten, eine zwangsfreie Tauschordnung, eine Veranstaltung auf Gegenseitigkeit, die alle zu ihrem Vorteil friedlich vereinigt, die etwas benötigen, oder etwas verkaufen wollen. Basis dieser Tauschordnung sind die allgemeinen ethischen Spielregeln der Gerechtigkeit. Im Kern die Goldene Regel der Gegenseitigkeit, praktisch die wichtigsten der Zehn Gebote: Diebstahl, Betrug, Zwang und Gewalttat sind untersagt. Vertragstreue, Ehrlichkeit, Zuverlässigkeit sind die notwendigen Basisregeln, ohne die ein solcher Tausch nicht funktionieren kann. *Pacta sunt servanda!* Die Grundlage der Ökonomie ist Moral, auch Standesmoral, was manche unserer überspezialisierten Ökonomen übersehen.

Mein Eigeninteresse kann ich unter diesen Spielregeln nur fördern, indem ich meinen Tausch- oder Vertragspartnern nützliche Leistungen anbiete. Ich komme nur voran, indem ich meinem Nächsten (dem Patienten, dem Kunden) diene. Wichtig ist dabei in einer komplexen Ordnung wie heute der Preis als Ausdruck der Knappheitsverhältnisse, der darüber informiert, was am dringendsten gebraucht wird, wie und wo und in welcher Qualität, und so die Handlungen der Tauschpartner auch ohne Dazwischentreten eines zentralen Organisations koordiniert.

Der Wettbewerb spielt hier – als Wettbewerb im Dienst am Nächsten – eine entscheidende Rolle:

- ▶ Er motiviert, macht munter. Wer sich nicht im Dienst am Nächsten bewährt, nachlässig, betrügerisch oder unfähig ist, sieht sich bald durch Einkommenseinbußen bestraft und scheidet im äußersten Fall ganz aus. Dies gilt auch für Ärzte.
- ▶ Der Wettbewerb ist ein Entdeckungsverfahren: er erschließt neues Wissen, das wir ohne ihn nicht hätten, er ermittelt das beste Verfahren, den besten Standort, das beste Produkt, die beste Therapie. Er zeigt, wer was von uns am besten kann und was wirklich benötigt wird in einem ständigen Verfahren von Trial and Error.

- ▶ Dieser Wettbewerb ist ferner ein Entmachtungsverfahren. Er schafft Alternativen und Wahlmöglichkeiten, er zähmt auch die ökonomisch Starken. Auch die Größten scheitern, wenn die Abnehmer ihrer Dienstleistungen und Güter sich von ihnen abwenden. (So wahr es ist, dass derzeit Größtunternehmen von angeblicher „Systemrelevanz“ unfehlbar vom Bundesadler besucht werden, während der Pleitegeier sich gern bei den Kleineren niederlässt.)
- ▶ Der Wettbewerb zivilisiert den Umgang miteinander. Wir können niemanden zwingen. Jeder muss mit uns einen Vertrag abschließen, um seine Interessen zu fördern. Der deutsche Soziologe Georg Simmel meinte sogar einmal, dass Wettbewerb zu Wirkungen führt, die der Liebe verwandt sind: „Der Konkurrenz gelingt unzählige Male, was sonst nur der Liebe gelingt: Das Ausspähen der innersten Wünsche eines anderen, bevor sie ihm noch selbst bewusst geworden sind ... Die moderne Konkurrenz, die man als den Kampf aller gegen alle kennzeichnet, ist auch zugleich der Kampf aller um alle.“

Ein Monopolist kann sich dagegen alles erlauben. Nehmen wir einmal die „Einweisung“ in Restaurants für den einen Platz suchenden Gast. In der DDR war dies ein Machtinstrument, denn – bei allgegenwärtiger Knappheit – war es offenbar ein Privileg, überhaupt einen Platz zu bekommen. In den USA dagegen ist dies ein Teil des kundenfreundlichen Service. Man fragt den Kunden nach seinen Wünschen und weist ihm diesen Wünschen entsprechend einen Platz zu. Frühere Monopole wie die Post oder die Bahn, letztere noch heute monopolartig, konnten ihre Kunden als „Anstaltsbenutzer“ bezeichnen, als „Antragsteller“, um nicht zu sagen Bittsteller. Dies hat sich erfreulicherweise geändert. Die zivilisierende Wirkung ging hier vom Wettbewerb aus.

Der Ordnungstyp I ist die Basis unseres Wohlstandes. Es ist ihm in den letzten zweihundert Jahren gelungen, die Armut als Massenerscheinung zu überwinden und gleichzeitig eine Bevölkerungsvermehrung zu bewirken, wie wir sie vorher in

Europa nie gekannt haben. Und dieses Mehr an Menschen lebt weit besser als früher die relativ Wenigen.

Diese Ordnung ist auch die ökonomische Basis des darüber gebauten Umverteilungs- oder Wohlfahrtsstaates. Wer diese freie Ordnung verfallen lässt, sie zu stark einschränkt, zunächst ans Umverteilen und erst dann an das Hervorbringen denkt, schadet seinem Anliegen. Nie hat sich eine Ordnung so bewährt.

Kommen wir zum Ordnungstyp II: eine konstruierte, zentrale Ordnung. Das Grundprinzip ist hier die Anordnung, der gesetzliche Zwang oder Befehl. Man spricht auch von „Kommandowirtschaft“ (Wilhelm Röpke). Der Wettbewerb wird ersetzt durch Monopole und Kartelle oder ein Staatsmonopol. Der Preis als Knappheitsindikator ist ausgeschaltet oder wird politisch manipuliert. Stilprinzip des Miteinanderumgehens ist nicht die Koordination, sondern die Subordination. Es gibt zentrale Instanzen, die darüber entscheiden, was wann wo in welcher Qualität und Menge hergestellt werden soll und was zum Verbrauch bereitsteht. Menge und Qualität des Verbrauchs wird zentral bestimmt und auch die Bedingungen seiner Abnahme.

Das Gerechtigkeitsideal bei diesem Typ ist die sogenannte soziale Gerechtigkeit oder Verteilungsgerechtigkeit. Jedem wird zugeteilt, was er nach Ansicht der herrschenden Elite „verdient“, was ihm „zukommt“, was für ihn notwendig ist und was nicht, wird zentral bestimmt. Es gibt dafür keine objektiven Maßstäbe, nur die subjektiven Urteile der Herrschenden, der Zuteiler.

Das war das Modell des realen Sozialismus, der im Großen gescheitert ist. Trotz seines unvermeidlichen Scheiterns, herrschen aber einige seiner Prinzipien in wichtigen Bereichen unserer Gesellschaft weiter, die im Übrigen noch auf der Basis von Ordnungstyp I funktioniert. Die ethische Basis des Wohlfahrtsstaates und des Sozialismus ist identisch: „soziale Gerechtigkeit“.

Im deutschen Gesundheitswesen wird vor allem der Ordnungstyp II praktiziert, trotz aller schlechten Erfahrungen

und anhaltender Krisen von Anfang an. Dies allerdings in einem Umfeld, das weitgehend dem Typ I, der spontanen Ordnung, entspricht, daher die chronischen Konflikte und Krisen. So auch nur kann sich dieses System halten, es lagert auf dem Typ I auf. Das freie Element ist auf dem Rückzug, seit Bismarck die Arbeiterversicherung gegen den Widerstand der SPD, der Gewerkschaften und der Liberalen durchsetzte. Für den niedergelassenen Kassenarzt ist die Privatkundschaft, die er noch hat, dem privaten Landstück ähnlich, das der sonst kollektivisierte Bauer in der Sowjetunion außerhalb der Kolchose noch haben durfte. Dies war der einzige Teil der Landwirtschaft, der noch einigermaßen funktionierte, wie heute der freie Teil des Gesundheitswesens.

Wichtiges Element des Typ I im Gesundheitswesen ist die private Krankenversicherung und ebenso das, was an Freiberuflichkeit in diesem Bereich noch da ist: die Verantwortlichkeit für den Betrieb einer Praxis im Falle der Niederlassung. Die Betriebsmittel, das Personal etc. stehen in voller Eigenverantwortlichkeit mit klarer Kostenrechnung, während Einkommensmöglichkeiten, Verdienstchancen weitgehend politisch reguliert sind und von Finanzierungsnotwendigkeiten der Praxis praktisch absehen. Es gibt keine freie Vertragsbeziehung zum Patienten/Kunden. Es ist dies eine zwittrige, auf Dauer unhaltbare Stellung. Man vergleiche die Lage des bedrängten niedergelassenen Kassenarztes als „Freiberufler“ mit anderen Freiberuflern wie den Architekten, den Rechtsanwälten, Steuerberatern etc. Wie unglücklich muss sich der freiberufliche Arzt im Vergleich mit diesen Kollegen in anderen Branchen fühlen!

Im kollektivistischen Bereich des Gesundheitswesens, Typ II, soll, was die Patienten betrifft, „jeder nach seinen Bedürfnissen“ befriedigt werden oder doch die „gleiche Versorgung für alle“ herrschen. Zu diesem Zwecke ist ein Natural- oder ein Sachleistungssystem zum Nulltarif, also ohne Rechnung, und selbst weitgehend ohne Kostenkenntnis der Kunden/Patienten aufgebaut. Der Preis als Knappheitsindikator, Regulator,

spielt auf dieser Ebene keine Rolle (wie im Paradies). Die Ärzte werden aus einem gemeinsamen Topf bezahlt, dessen Menge politisch reguliert ist. Hier regiert die archaische Ethik des Teilens und der „Solidarität“.

Zum Thema „Solidarität“: freiwillige Solidarität in echten Menschengemeinschaften ist immer willkommen und lebenswichtig zum Überleben einer Gesellschaft. Aber es ist unsinnig, von dem Bürger zu verlangen, dass er mit allen anderen „solidarisch“ sein soll in der Bewältigung ihrer ganz einfachen persönlichen Lebensrisiken wie Krankheit, Unfall etc. Warum soll er „solidarisch“ mit jemandem sein, der für sich selbst verantwortlich sein kann? Warum müssen sich alle ständig um alle anderen, auch die Fernsten, kümmern?

Die Belohnung für Leistungserbringer geschieht hier nicht nach dem Wert ihrer Leistungen für andere, nach dem realen Grad ihrer Knappheit, sondern nach dem Ermessen der zuteilenden Elite. Das sind im Letzten die Regierung und das Parlament, die jedoch mangels freier Preisbildung gar nicht wissen können, welches die angemessene, das heißt knappheitsbezogene Honorierung z. B. der Ärzte ist. Eine „Anmaßung von Wissen“ seitens der Zuteiler oder anders gesagt: hier regiert das Prinzip der Willkür.

In einem Umfeld beweglicher, knappheitsbezogener Preise regieren im Gesundheitswesen in entscheidenden Bereichen festgesetzte Gebühren. Hinzu kommt ein globaler Preisstopp („Beitragssatzstabilität“) für die Gesamtbranche. Eine vollkommene Utopie! Wie wollen Sie in einem Teilbereich miteinander verbundener Märkte einen einzelnen Preis fixieren?

Hintergrund dabei ist auch die unsinnige Verbindung von Arbeitsvertrag und sozialer Sicherung: Zur Niedrighaltung der Arbeitskosten wird eine ganze Branche reguliert. Die Freiheit der Ärzte wird arbeitsmarktpolitischen Zielen der Regierung unterworfen. Törichtereres kann man sich kaum vorstellen. Aber im sogenannten Gesundheitswesen hat man sich offenbar daran gewöhnt.

Die Folgen: Verlust an Wissen und Information, die nur der Wettbewerb bringen kann, ein Verlust an Orientierung für

Patienten, die glauben, es gebe das Gesundheitsgut praktisch „umsonst“; Verlust auch an Motivation, namentlich der Leistungserbringer, eine enorme Fehllenkung von Energie und Ressourcen und ein vergiftetes Klima.

Die praktische Nulltarifillusion des Patienten schafft eine aufgeblähte Nachfrage, die nun wiederum durch

- ▶ Rationierung der Leistungen, z. B. durch Begrenzung auf das nach Ermessen der Bürokratie „Notwendige“
- ▶ lange Wartezeiten oder
- ▶ „eine Selbstausbeutung“ der Anbieter mit einer Überforderung der Ärzte bis zum Burn-out oder
- ▶ Leistungsverweigerung: Praxisschließung, Streik, Demonstration, Abwanderung

beantwortet wird.

Hinzu kommt dann noch ein unerfreulicher Kampf der verschiedenen Ärztegruppen miteinander um die Größe der zugewiesenen Portion und mit Krankenhäusern, Pharmaindustrie, Apotheken etc. und das politische Ausspielen dieser Gruppen gegeneinander. Preisstopp, Budgetierung, Regelleistungsvolumen, Fallpauschalen, unabhängig vom tatsächlichen Aufwand und allgemeiner Kostenentwicklung, das ist abenteuerlich! Die Fallpauschalen werden übrigens auch ohne Rücksicht auf örtliche Gegebenheiten, Höhe der regionalen Mietkosten, Lebenshaltungskosten festgesetzt, einheitlich von München bis ins Emsland, von Hamburg bis zur Uckermark.

Durch das wohl scherzhaft sogenannte Wettbewerbsstärkungsgesetz wird die vollständige Ausschaltung vom Typ I vorbereitet: die private Krankenversicherung ist ein fremdes Element, dem der „Gesundheitsfonds“, der Basistarif bis zur Einführung einer „Bürgerversicherung“ und schließlich ein staatlicher Gesundheitsdienst beikommen soll. Eine Sozialisierung nur wenige Jahre nach dem Scheitern des Sozialismus, der sich doch auch im Gesundheitswesen vollständig blamiert hat!

Man akzeptiert allenfalls einen „solidarischen“ Wettbewerb mit Risikoausgleich – aber das ist überhaupt kein Wettbewerb!

Gegenwärtig ist das relative Funktionieren von Typ II nur möglich, weil ein ergänzender privater Markt existiert. Eine volle Sozialisierung in diesem Bereich wird nur die Probleme vergrößern, die die prinzipiellen Probleme aller Plan- und Zwangswirtschaften sind, die man auch zu Recht als Mangelwirtschaften bezeichnet.

Hinter den beiden Ordnungstypen stecken auch zwei verschiedene Menschenbilder:

Hinter Typ I das Bild des selbständigen Menschen, der interessiert und wissend genug ist, seine einfachsten Lebensrisiken aus eigener Kraft zu meistern und der auch die Mittel dazu hat, weil man sie ihm belässt (ausreichend „Netto“!). Dieses Menschenbild liegt auch der Demokratie zugrunde. Dieser selbständige Mensch vermindert mögliche Informationsasymmetrien (zwischen Anbieter und Nachfrager) durch selbständige Informationsbeschaffung, die z. T. ja auch marktwirtschaftlich angeboten wird, durch Leistungen der privaten Versicherungen oder Stellen der Verbraucherberatung. Überdies hat jeder Anbieter auch im Gesundheitswesen eine „Reputation“ oder einen „Ruf“, der Auskünfte über sein Leistungsniveau, seine Freundlichkeit und Zuverlässigkeit gibt, auch bei den Ärzten.

Im Typ II wird das Bild des sozial schwachen und schlecht informierten Menschen vorausgesetzt, der geleitet, versorgt werden muss und zu langfristig orientierten Entscheidungen nicht in der Lage ist. Dies mag beim Proletarier des 19. Jahrhunderts zutreffend gewesen sein.

Aber: Passt es zu einer Demokratie und zu einer freien Gesellschaft, die Annahmen des Typs II zu machen? Wird die Masse der Menschen zunehmend sozial schwach und unwissend? Die Ausdehnung der Arbeiterversicherung auf praktisch die gesamte Gesellschaft stellt sich als eine Art Proletarisierungsprozess dar. Man muss sich natürlich fragen, wie es auf Dauer mit dem gleichen allgemeinen Stimmrecht aussieht, wenn man die Annahmen des Typ II macht. Können wir

jemandem zutrauen, dass er vernünftig über parteipolitische Alternativen abstimmt oder die politische Führung bestimmt, während er als dazu außerstande erklärt wird, seine einfachen persönlichen Lebensrisiken einzuschätzen und sich adäquat dagegen zu schützen (wie er das ja im Übrigen tut)?

Schon der Ausdruck „sozial schwach“ ist sehr unbestimmt. Ab welchem Ausbildungs- und Einkommensstand ist man denn „sozial schwach“? Seltsam ist auch das ständige Gerede von „Arm“ und „Reich“, während doch die weitaus größte Zahl der Bürger dazwischen liegt, irgendwo in der Mitte, weder arm noch reich ist. Ähnlich unklar ist das Gerede von „Besserverdienenden“. Es gibt wohl nur wenige, die nicht noch einen „Besserverdienenden“ vor sich sehen.

Es ist vielleicht eine Minorität von fünf bis zehn Prozent (hoch angesetzt), die wirklich „sozial schwach“ ist. Muss man, um diese Minorität zu schützen, alle anderen Bürger auch als „bedürftig“ ansehen und sie in die soziale Zwangsjacke stecken? Sie nach den Grundsätzen des Armenarztes des 18. Jahrhunderts behandeln? Denn unser Gesundheitswesen mit seinen Nulltarifen ist praktisch ja eine Universalisierung des Prinzips des Armenarztes, der nicht voraussetzen konnte, dass sein Patient in der Lage ist, die Kosten auch nur vorzustrecken.

Auch ich finde es unerfreulich, dass es eine „Zwei-Klassen-Medizin“ gibt, dass da zwei Systeme nebeneinander stehen. Es verträgt sich nur schwerlich mit dem Gedanken des allgemeinen gleichen Rechtes, der Kernidee des Rechtsstaates, dass es hier unterschiedliche Berechtigungen, praktisch, wo nicht zwei Klassen, doch zwei Stände gibt. Diese Spaltung ist durch einen einheitlichen Markt zu überwinden, aber natürlich nicht, indem man eine Systementscheidung zugunsten von Typ II, der Zwangsordnung, der rationierenden Mangelwirtschaft, sondern zugunsten von Typ I, der spontanen Ordnung, trifft. Warum nicht allen Bürgern die Vorteile der spontanen Ordnung auch in diesem Bereich zugänglich machen, die sie ja auch sonst genießen? Gewiss, nach über einhundert Jahren Sozialversicherungsgehorsam: mit Übergängen.

Die private Versicherung ist ja gerade für die, die für sich allein zu schwach sind, gewisse Einkommensrisiken bei schwerer Krankheit etc. zu tragen, erfunden worden. Die Privatversicherung ist die soziale Antwort einer freien Ordnung auf individuelle ökonomische Schwäche. Parallel dazu stehen die Reformideen von Raiffeisen, Schulze-Delitzsch usw., die Genossenschaftsbewegung.

Aber nun die Zentralfrage: Was machen wir unter diesen Umständen mit der Minderheit der „Armen“, die sich vorübergehend oder auf Dauer eine Privatversicherung nicht erlauben können? Überhaupt nicht, oder wenigstens nicht in Zeiten der Arbeitslosigkeit etc. Was machen wir mit den chronisch Kranken, die gleichzeitig arm sind?

Zweifellos greift für diese Minorität der Grundsatz der Staatshilfe, der steuerfinanzierten Zwangssolidarität, die über das Gebot der freien Solidarität der Nächstenliebe hinausgeht. Jedenfalls ist ein Standard an „Versorgung“ auch für Krankenbehandlung zu garantieren wie ja auch sonst unser Staat schon seit langer Zeit für ein konventionelles Existenzminimum geradesteht.

Das beste Mittel, die wirklich Bedürftigen zu erreichen, ist seit jeher die Direktunterstützung. Entweder indem man ihnen Geld oder einen Scheck gibt, damit sie sich auch eine private Versicherung kaufen können, oder indem man ihnen eine direkte medizinische Versorgung garantiert. „Subjekt- statt Objektförderung“, wie Wolfram Engels das nannte, oder auch die „Trennung von Produktion und Umverteilung“.

Man kann freilich diesen Problemen auch dadurch entgegenwirken, dass man auch in einem sonst freien System einen allgemeinen Versicherungszwang (statt einer Zwangsversicherung) und sogar einen Kontrahierungszwang der konkurrierenden Versicherungsunternehmen vorsieht. Dann brauchen wir auch keinerlei „Risikoausgleich“ und ähnliches. Das „soziale“ Gegenargument erledigt sich dann sofort, große Debatten darüber sind nicht mehr notwendig. Wenigstens für den Übergang sollte man diesen Zwang auch als Liberaler zugestehen.

Für die „Bedürftigen“ wird freilich nicht derselbe Versorgungsstandard gegeben sein wie für jene Glücklichen, die sich aus eigener Tasche eine überdurchschnittliche Versorgung darüber hinaus kaufen können. Wir haben nur die Alternative: Entweder Ungleichheit der Lebensmöglichkeiten bei hohem Lebensniveau und langer Lebenserwartung auch für die Armen (vgl. die allgemeine Verlängerung der Lebenserwartung!) oder gleiche Miserabilität für alle. Das übersieht die polemische Formel: „Weil du arm bist, musst du früher sterben“. Man schadet nur den Armen, indem man die sogenannten Reichen ausplündert. Eine kollektivierte Ordnung würde auch zu einem Stocken der Forschung, der Verbesserung der Behandlungsmethoden, der Medikamente und Therapien etc. führen.

Derzeit ist es fünf vor zwölf für die private Krankenversicherung und die Freiberuflichkeit. Ich finde es stark, was sich namentlich die niedergelassenen Kassenärzte an Demütigungen und Einschränkungen ihrer Selbständigkeit derzeit gefallen lassen müssen, offenbar, um sie zu vergrämen und zur „freiwilligen Aufgabe“ der letzten Elemente ihrer Selbständigkeit zu veranlassen. Ich denke da zum Beispiel an die „Fleißkärtchen“ in der Weiterbildung, die Auswüchse der Qualitätssicherung von oben, die auf pedantische Reglementierung hinauslaufen, die zunehmenden Einschränkungen der Therapiefreiheit durch vorgegebene Richtlinien der Kassenorganisationen oder Gesundheitsbürokratie, diese ganze schikanöse Bürokratisierung des Arztlebens. Betrachte ich die Stellung des niedergelassenen Arztes in Deutschland heute, so fällt mir ein bekanntes Zitat von Alexis de Tocqueville ein: „Der Souverän bedeckt die Oberfläche der Gesellschaft mit einem Netz verwickelter, äußerst genauer und einheitlicher kleiner Vorschriften, die die ursprünglichsten Geister und kräftigsten Seelen nicht zu durchbrechen vermögen, um sich über die Menge hinauszuschwingen; er bricht ihren Willen nicht, aber er weicht ihn auf und beugt und lenkt ihn; er zwingt selten zu einem Tun, aber er wendet sich fortwährend dagegen, dass man etwas tue; er zerstört nicht, er hindert, dass etwas entstehe; er tyrannisiert nicht, er hemmt, er drückt nieder, er

zermürbt, er löscht aus, er stumpft ab und schließlich bringt er jedes Volk so weit herunter, dass es nur noch eine Herde ängstlicher und arbeitsamer Tiere bildet, deren Hirte die Regierung ist.“

Meine Schlussfolgerung aus alldem: In der Debatte um das Gesundheitswesen muss prinzipiell argumentiert werden, es geht hier um eine fundamentale Richtungskorrektur in Richtung auf Typ I. Statt die Kollektivierung voranzutreiben, die gerade für die weniger Bemittelten sehr schmerzliche Folgen haben würde, sollte die Reform sich in die entgegengesetzte Richtung, die der Freiheit, bewegen. Es geht hier nicht nur um Honorarfragen, es geht auch um ein Menschen- und ein Weltbild, das zur Demokratie passt. Es geht um das sachlich und ordnungstheoretisch Richtige und es geht auch um die Gerechtigkeit.

Was darf die Politik eigentlich mit dem Bürger und Patienten und dem Arzt als Freiberufler machen? Wie weit darf deren Bevormundung gehen? Selbst wenn diese mit parlamentarischen Mehrheiten zustande gekommen ist: Wo sind die Grenzen von Mehrheitsbeschlüssen? Wo bleiben das Recht der Minderheiten, die Eigentumsgarantien, die Verfassungsgarantie der Vertragsfreiheit etc.?

Der wachsende Problemdruck (allein schon demografisch), die Abwanderung vieler Leistungsanbieter und nun auch die Finanzkrise lassen die Chance einer Grundsatzkorrektur wachsen. Dieses setzt freilich intensive Aufklärungsarbeit voraus, die im Wesentlichen die Intellektuellen, die Literaten, die Journalisten, die, die öffentliche Meinung bestimmen, leisten müssen. Sie müssen die Begriffe „richtig stellen“ und die richtigen Ideen in Umlauf setzen, in den Zeitungen, im Fernsehen, im Rundfunk und besonders im Bildungswesen, das ja derzeit leider auch etatistisch geprägt ist.

Das Totschlagargument: „Das ist politisch nicht möglich!“, lasse ich nicht gelten. Was ist in dem vergangenen Jahrhundert nicht alles „möglich“ geworden, übrigens auch im Negativen, was im 19. Jahrhundert noch für unmöglich erklärt worden wäre und unvorstellbar war, z. B. die sozialistischen

Experimente mit ihren Menschenopfern, die Torheiten der Planwirtschaft! Wer hätte vor 30 Jahren die Wiedervereinigung für möglich gehalten, den Zusammenbruch des sozialistischen Weltsystems? Wer hat die Steuerreform des amerikanischen Präsidenten Reagan seinerzeit für politisch möglich gehalten oder vorher Ludwig Erhards Coup? Oder die grundlegende Reform Neuseelands vor einigen Jahren? Ganz zu schweigen vom Internet, dem Flug zum Mond, der Privatisierung der Bahn, der Abschaffung des Postmonopols. All das wurde politisch für unmöglich erklärt. Ist es nicht gerade die Kunst der Politik und ihre höchste Aufgabe, das sachlich Notwendige politisch möglich zu machen? Das andere – das Durchwursteln – ist gar keine Kunst, das kann auch Lieschen Müller.

Die freiberuflichen Ärzte haben alle guten Argumente auf ihrer Seite. Darum: Auf in den Kampf! Ich möchte eine Lanze für die Zukunft der privaten Krankenversicherung und eines freien Gesundheitswesens brechen und besonders für die Freiberuflichkeit auch im medizinischen Sektor und damit auch für meine Freiheit als Patient und als Kunde werben. Es gibt kein verständiges Argument für das Weiterführen der Bismarckschen Erfindungen in ihrer ursprünglichen Gestalt und Absicht.

Themenblock 1:

Wandel der Versicherungslandschaft:
Fortbestand des Zwei-Säulen-
Systems von PKV und GKV?

Die Vorteile eines einheitlichen Versicherungsmarktes – Zur Zukunft von gesetzlicher und privater Krankenversicherung¹



FRANZ KNiePS

Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung,
gesetzliche Krankenversicherung, Pflegeversicherung
im Bundesministerium für Gesundheit, Berlin/Bonn

Als ich die Einladung zu dieser Tagung bekommen habe, habe ich amüsiert darüber nachgedacht, warum die private Krankenversicherung jetzt die massive politische Unterstützung der verfassten Ärzteschaft braucht, um sich im Wettbewerb mit der gesetzlichen Krankenversicherung zu behaupten und als zukunftsfähige Alternative darzustellen. Ich habe aber auch Zweifel am politischen Realitätssinn der verfassten Ärzteschaft bekommen. Sie stellt sich ungeniert auf die Seite einer Institution, die 10 % der Bürgerinnen und Bürger unseres

1 [Anm. d. Red.: Der Beitrag gibt die persönliche Auffassung des Verfassers wieder. Er ist keine Meinungsäußerung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Vortragsform wurde weitgehend beibehalten.]

Landes versichert, und schweigt zur Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung, die 90 % der Bevölkerung absichert. Und wenn die Ärzteschaft sich zur Zukunft der GKV äußert, dann beschwört sie, dass dieses System an ökonomische und ethische Grenzen gestoßen sei. Offenbar benötigt man zwei verschiedene Brillen, um die Kurzsichtigkeit im Blick auf die künftige Ausgestaltung des Gesundheitswesens zu beheben.

Wer sich mit der Zukunft der Versicherungssysteme befassen will, muss die Gegenwart analysieren. Deutschland ist das einzige Land, das sich ein Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung in der Vollversicherung leistet. Private Krankenversicherungen gibt es natürlich auch in anderen Ländern. Da ist allerdings die Abgrenzung der Systeme völlig anders organisiert als bei uns. Wer den Sinn dieses Nebeneinanders hinterfragt, wird keine politisch rationale Antwort finden, sondern wird in der Regel mit dem Verweis auf die Historie abgespeist. Ob allerdings diese Begründung die Basis für ein „Weiter so“ bilden kann, ist äußerst fraglich. Fragt man die wissenschaftliche Politikberatung, fällt die Antwort unterschiedlich, je nach Profession, aus. Der Verfassungsrechtler wird andere Antworten geben als der Gesundheitsökonom. Vor allem dürfte es aber entscheidend sein, wer der Auftraggeber von Gutachten ist und wie die Fragestellung lautet.

Schaut man in die politische Landschaft, wird man niemanden finden, der für die Abschaffung eines der beiden Systeme plädiert. Aber man wird eine Vielzahl von Stimmen hören, die der heutigen Abgrenzung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung keine stabile Zukunft voraussagt. Für einen einheitlichen Versicherungsmarkt plädieren Institutionen, die keineswegs des Sozialismus verdächtig sind, wie der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung oder die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). Diese Stimmen kommen zum Ergebnis, dass sich die tradierte Abgrenzung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung überlebt hat. Sie halten diese für effizienzschwächend und verweisen auf Potentiale

zur Rationalisierung und zur Verbesserung der Qualität. Außer den Unionsparteien, die sich im Wahlprogramm ausdrücklich für den Erhalt und zwischen den Zeilen für eine Stärkung der PKV aussprechen, findet die tradierte Abgrenzung keine Befürworter. Während die FDP eine Privatisierung der gesetzlichen Krankenversicherung anstrebt, plädieren SPD, Grüne und Linke für eine Bürgerversicherung, die sich wesentlich auf Elemente der gesetzlichen Krankenversicherung stützt, die aber die Fortexistenz der privaten Krankenversicherung nicht in Frage stellt.

Auch ich bekenne mich zu einer Konvergenz von GKV und PKV. Während der Verhandlungen um die letzte Gesundheitsreform habe ich mehrfach an die Politik die Frage gestellt, ob es nicht Zeit sei, erste Schritte in Richtung Konvergenz der Systeme zu unternehmen. Auch wenn die Zeit für eine ausdrückliche Zielbestimmung offenbar nicht reif war, sind meines Erachtens wichtige praktische Schritte in Richtung auf dieses Ziel gemacht worden. Stichworte wie Basistarif in der privaten Krankenversicherung, Wahltarife in der gesetzlichen Krankenversicherung, Bilanzierungsregeln des Handelsrechts und Insolvenzfähigkeit bei gesetzlichen Krankenkassen sind für mich mehr als deutliche Anzeichen dafür, dass in beiden Systemen eine Entwicklung eingeleitet wurde, die aufeinander zu und nicht voneinander weg führt.

Die jeweiligen Akteure wollen allerdings davon nichts wissen. Sie tragen eine ideologische Grundsatzdebatte aus, die sich auf der einen Seite auf die Begriffe Freiheit und Flexibilität stützt, auf der anderen Seite Gleichheit und Solidarität ins Feld führt. Die Debatte wird dabei in der Regel mit Todschlagargumenten geführt, während alltägliche Fragestellungen ausgeblendet werden.

Für mich ist die Fragestellung sehr einfach. Ist es verfassungsrechtlich gerechtfertigt und politisch akzeptabel, dass der Abteilungsleiter im BMG ein Recht hat, aus der gesetzlichen Krankenversicherung heraus zu optieren, der er nach wie vor angehört, seiner Sekretärin aber der Zugang zur privaten Krankenversicherung verschlossen ist? Da klingt es wie Hohn,

wenn die Grenze zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung als Friedensgrenze bezeichnet wird. Mir kommt diese Grenze vor wie ein Relikt aus dem Kalten Krieg. Vertreter der beiden Versicherungssysteme stehen sich ideologisch hoch gerüstet gegenüber und beschäftigen ein Heer von Wissenschaftlern, Lobbyisten und PR-Agenturen, um die jeweilige Position zu untermauern. Bisweilen drohen sie mit dem Druck auf den roten Knopf, wissen aber genau, dass sie im Fall des Falles im Krieg der Systeme nicht überleben werden.

Schiebt man diese ideologischen Auseinandersetzungen um Freiheit und Zwang, Individualität und Solidarität beiseite, wird relativ schnell deutlich, dass es einen großen Kern des Sicherungsversprechens gibt, der in der gesetzlichen wie in der privaten Krankenversicherung identisch oder zumindest sehr ähnlich ist. Das betrifft beispielsweise die Frage der Finanzierung, also das ideologische Hauptkampffeld um Kapitaldeckung versus Umlageverfahren. Auch die PKV hat erhebliche Umlageanteile in ihrem Finanzierungssystem. Die GKV sollte durchaus offen sein, ob wegen des demografischen Wandels nicht Teilelemente des Sicherungsversprechens kapitalgedeckt finanziert werden könnten. Dies gilt insbesondere für die Pflegeversicherung. Hier wäre das BMG durchaus bereit gewesen, eine kollektive Kapitalreserve aufzubauen, wenn der Koalitionspartner den Koalitionsvertrag erfüllt hätte und einen sozialen Ausgleich zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung eingeführt hätte. Denn es ist offensichtlich, dass die bei der Einführung der Pflegeversicherung getroffene Annahme, die Pflegerisiken würden sich gleichmäßig über beide Versicherungssysteme verteilen, nicht zutreffend war und ist.

Eine vollständige Umstellung von Umlageverfahren auf Kapitaldeckung, wie ihn einige Träumer fordern, erscheint mir dagegen vollständig unrealistisch. Nicht auszudenken, was passiert wäre, wenn man dem Rat einiger Wirtschaftswissenschaftler gefolgt wäre und eine Umstellung der gesetzlichen Krankenversicherung auf Kapitaldeckung vorgenommen hätte, dann wäre möglicherweise ein kleiner oder großer Teil

des Geldes in den schwarzen Löchern der Finanzkrise verschwunden. Ich darf deshalb daran erinnern, dass die private Versicherungswirtschaft sofort zur Stelle war, als es um die Rettung der Hypo Real Estate ging. Die Anlagemanager der Versicherungskonzerne wussten, dass sie bei einem Bankrott beträchtliche Anlagen verlieren würden. Ich darf auch daran erinnern, dass vor geraumer Zeit der Sachverständigenrat für die Entwicklung im Gesundheitswesen für Teilkapitaldeckung plädiert hat. Als Begründung gab er damals an, im Ausland ließen sich höhere Renditen erzielen, und empfahl, Versicherungsgelder in Asien anzulegen. Pech für den Rat, dass zwischen der Erstellung des Gutachtens und der Präsentation in der Öffentlichkeit drei Monate vergingen, in denen der asiatische Finanzmarkt zusammenbrach. Mit dieser Empfehlung hat der Rat sich lächerlich gemacht. Er ist deshalb nie mehr auf diese Frage zurück gekommen.

Gleichwohl ist die Debatte um eine nachhaltige Finanzierung der Versorgung nicht verstummt. Dabei beziehe ich mich nicht auf Fantasten, die ins Jahr 2080 schauen. Ich empfehle jedem, der eine Prognose wagt, den gleichen Zeitraum nach hinten zu schauen. Vorhersagen aus den 30er Jahren des 20. Jahrhunderts dürften wohl kaum die Zustände heute treffen. Die Debatte um eine nachhaltige Finanzierung der Gesundheitsversorgung betrifft nicht nur die Frage von Umlagefinanzierung versus Kapitaldeckung. Sie ist auch verwoben mit den Themen Solidarität und Subsidiarität, Effizienz und Qualität, Staat, Korporatismus und Wettbewerb. Kurzum: Wie optimiere ich die Steuerung des Gesundheitswesens?

Erfreulicherweise werden Steuerungsfragen im Gesundheitswesen heute weniger ideologisch diskutiert als noch vor einigen Jahren. So ist heute weitgehend unbestritten, dass bestimmte Bedingungen für eine ausschließlich marktliche Steuerung im Gesundheitswesen nicht gegeben sind. Das gilt etwa für annähernd gleiche Verhandlungsgewichte oder gleichen Informationsstand. Daher sind staatliche Regulierungen und staatliche Kontrollen im Prinzip anerkannt. Gestritten wird über die Reichweite wettbewerblicher Steuerungsinstru-

mente und staatlicher Verantwortung im Gesundheitswesen. Auch Regulierungsdichte und Regulierungstiefe sind Gegenstand der Auseinandersetzung. Wer dabei der Auffassung ist, diese seien im SGB V für die GKV bürokratischer als für Privatversicherungslösungen, dem rate ich zur Lektüre der Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder zu einem Blick auf die Vertragsregelungen in anderen Ländern. Beispielhaft steht für mich dabei der bürokratische Aufwand im Gesundheitssystem der USA. Dort sehnen sich viele nach unserem Vertragsarztrecht.

In Deutschland scheint mir die Debatte, wie das Versicherungs- und Versorgungssystem in Zukunft aussehen soll, durch inkrementale Gesundheitsreformen seit 1989 bestimmt zu sein. Wer einen längeren Bogen zieht, dem ist spätestens seit Lahnstein 1992 klar, dass der Versicherte der Souverän gesundheitspolitischer Entscheidungen ist. Seine Wahl der Versicherung und des Anbieters ist das bestimmende Merkmal für strukturelle Entscheidungen. Zugleich muss das Gesundheitssystem Qualität, Effizienz und Solidarität gewährleisten. Anhand dieser Parameter wird zu hinterfragen sein, welche Elemente aus dem Steuerungssystem der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung sich grundsätzlich eignen, in einen einheitlichen Ordnungsrahmen für die Krankenversicherung überführt zu werden. Monetäre und institutionelle Interessen der beteiligten Organisationen sollten dabei keine Rolle spielen.

Speziell die Erfahrungen anderer Länder in Europa, die wie die Schweiz oder die Niederlande ein duales System kennen, könnten berücksichtigt werden. Das soll nicht heißen, dass Gesundheitssysteme anderer Länder kopiert werden sollten. Aber positive wie negative Erfahrungen gerade in den Ländern, die ein ähnliches Gesundheitssystem wie Deutschland aufweisen, sollten auch die Debatte in unserem Land befruchten. So könnten etwa Erfahrungen einbezogen werden, wie sie die Niederlande mit der Umgestaltung der öffentlich-rechtlichen Organisation der Krankenkassen in privatrechtliche, nicht gewinnorientierte Organisationsformen gemacht haben.

Auch für die Ausgestaltung des Verhältnisses von Krankenversicherung zu Leistungserbringern lassen sich interessante Rückschlüsse aus den Reformen in beiden Ländern ziehen. Nicht zuletzt deshalb hat die Führung des Bundesgesundheitsministeriums vor den letzten Reformschritten stets den Blick über nationale Grenzen hinaus gewagt und die Erfahrungen mit Reformen in anderen Ländern ausführlich diskutiert.

Wer eine Konvergenz unterschiedlicher Systeme anstrebt, der muss wissen, dass es nicht den Big Bang einer fundamentalen Veränderung geben wird, sondern dass viele kleine Schritte in diese Richtung unternommen werden müssen. Allerdings dürften diese Schritte nicht vom Ziel wegführen. Deshalb haben wir die Vorstellung des PKV-Verbandes im Vorfeld der letzten Gesundheitsreform zurückgewiesen, die PKV für alle freiwillig Versicherten mit einem Standardtarif zu öffnen. So dumm waren wir nicht zu erkennen, dass die Realisierung eines solchen Vorschlags zum Abwandern überwiegend guter Versicherungsrisiken aus der GKV führen würde. Daher haben wir diesem Konzept einen ganz anderen Drall gegeben und die PKV verpflichtet, Personen wieder aufzunehmen, die aus ihrem System ausgeschlossen und jetzt ohne Versicherungsschutz waren. Aus dem Standardtarif haben wir einen Basistarif gemacht, der einen ähnlichen Leistungsumfang wie in der GKV umfasst und nicht teurer als der GKV-Schutz sein soll. Der Verband selbst hat also – wenn auch unbeabsichtigt – eine Steilvorlage für die PKV-Reform geboten.

Es besteht aber kein Zweifel, dass wir gerne weitere Schritte in Richtung einheitlicher Ordnungsrahmen gegangen wären. So haben wir im Vorfeld der letzten Reform mit Kennern der PKV Gespräche geführt, inwieweit die private Krankenversicherung mit ihrem bestehenden Geschäftsmodell in den Gesundheitsfonds integrierbar ist. Wir haben uns auch darüber unterhalten, inwieweit es möglich und sinnvoll ist, die PKV, deren Klientel ebenfalls altert (obwohl sie deutlich jünger ist als in der GKV), in den Risikostrukturausgleich zu integrieren. Entsprechende Ideen wurden zwar vom überwiegenden Teil der Versicherungswirtschaft massiv bekämpft, von

einzelnen Unternehmen aber durchaus positiv betrachtet. Für uns ist es nichts Neues, dass Antworten auf schwierige Fragen häufig unterschiedlich ausfallen, je nach dem, ob das Mikro an oder aus ist, je nach dem, ob man einen Verbandsvertreter oder einen Unternehmensvertreter befragt. Spricht man vertraulich mit Vorständen der Unternehmen, wird schnell deutlich, dass bestimmte Behauptungen aus der PKV-Sphäre ins Reich der Mythen gehören (Ähnliches lässt sich auch über viele Behauptungen und Prognosen der GKV sagen).

Das gilt etwa für die flächendeckende Ausfinanzierung durch die Kapitaldeckung oder die Unbegrenztheit des Leistungsversprechens. Selbst der PKV-Verband hat im Nachgang zur Reform eingeräumt, dass auf Dauer die PKV mit einer Gebührenordnung ohne Mengensteuerung und ohne Fallmanagement unfinanzierbar wird. Das ist auch kein Wunder, denn viele Ärzte reizen bei Privatpatienten den gesamten Leistungskatalog aus.

Ich bin deshalb sicher, dass die Herausforderungen einer älter werdenden Gesellschaft und einer pulsierenden Gesundheitswirtschaft die Positionierung der privaten Krankenversicherung deutlich verändern wird. Dies gilt erst recht vor dem Hintergrund, dass einzelne Unternehmen sehr unterschiedlich von diesen Herausforderungen betroffen sind. So kann mir niemand weiß machen, dass gutverdienende Angestellte, die meisten Selbständigen und viele Beamte schlechtere Risiken darstellen als die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Auch wird die PKV ohne Versorgungs- und Fallmanagement auf Dauer nicht bestehen können. Ich weiß, dass das bestehende Kartellrecht es für den PKV-Verband schwierig oder gar unmöglich macht, Kollektivvertragsvereinbarungen zu treffen. Deshalb ist das Thema Öffnungsklausel bei der Neuordnung von GOÄ und GOZ ein äußerst brisantes. Zudem will ich nicht verkennen, dass die PKV versucht, mittels der Tarifgestaltungen Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten zu nehmen. Ansonsten könnte die PKV in Sachen Management viel von der GKV lernen. Dies gilt insbesondere für die Bereiche Care- und Casemanagement.

Der Druck, Rationalisierungspotentiale im Gesundheitswesen durch eine bewusste und zielgerichtete Ausgestaltung der Vertragsbeziehungen zu den Leistungserbringern zu heben, wird die Konvergenz der Systeme vorantreiben.

Hinzu tritt, dass die tradierte Ordnung im System der gesetzlichen Krankenversicherung ebenfalls im Fluss ist. Wer mich etwas besser kennt, weiß, dass Organisations- und Betriebsformen bei Versicherungen und Versorgungseinrichtungen eines meiner Steckpferde in der Gesundheitspolitik sind. Spätestens seit Lahnstein ist die ständische Ordnung durch Einführung eines freien Kassenwahlrechtes überholt. Also war es konsequent, die traditionellen Verbände der Krankenkassen durch einen einheitlichen GKV-Spitzenverband zu ersetzen und gleichzeitig den Krankenkassen versorgungsrelevante Wettbewerbsparameter an die Hand zu geben. Die wichtigsten Punkte sind dabei eine differenziertere Tarifgestaltung bei Wahrung eines einheitlichen Leistungskatalogs und die Ausweitung von Einzelvertragsmöglichkeiten, selbst wenn dies mit Verlusten im Kollektivvertrag verbunden ist. Ich verweise nur auf die Möglichkeiten der §§ 73a – c sowie 140 a – f SGB V. Auch das Leistungserbringerrecht wurde – insbesondere durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – flexibilisiert. Dabei ist mir wichtig, dass neue Möglichkeiten eine wettbewerbliche Ausdifferenzierung und nicht neue Monopolbildungen – weder beim Hausärzterverband noch bei MEDI – ermöglichen sollen. Von einem Wettbewerb um die bessere und effizientere Versorgung wird dann auch die PKV profitieren.

Wer die Reformpolitik der letzten 20 Jahre analysiert und daraus Reformpfade entwickelt, muss fast unweigerlich zum Schluss kommen, dass die bisherige Zweiteilung des Versicherungsmarktes nicht länger haltbar ist. Es ist sozialpolitisch nicht legitimierbar, dass Gruppen von Personen ein Opting-Out aus der Solidarität haben. Es ist auch nicht hinnehmbar, dass gesundheitlich Benachteiligten der Zugang zu Versicherungen verwehrt wird. Die fast schon naiv anmutenden Äußerungen einer führenden PKV-Vertreterin vor dem Bundestagsausschuss für Gesundheit haben in der Politik den

letzten Zweifel daran beseitigt, dass man am dualen System etwas ändern müsse. Die Vertreterin hatte auf Vorhaltungen von Abgeordneten, die PKV akzeptiere keine Versicherten, die früher einmal psychisch krank waren, geantwortet, man nehme auch keine Leute mit Herzfehlern. Die Äußerung spricht für sich. Und solche Äußerungen erzeugen Druck, zu einer einheitlichen Ordnung zu kommen, zumal die Systeme erhebliche Ressourcen im Kampf gegeneinander verbrauchen.

Dieser Druck wächst weiter unter den demografischen Veränderungen, die mit Verzögerung auch die PKV treffen werden. Der Druck wächst weiter unter dem Zwang, Ressourcen dorthin zu lenken, wo sie am dringendsten benötigt werden. Ich habe Verständnis dafür, dass die verfasste Ärzteschaft bei einer einheitlichen Rahmenordnung für GKV und PKV bestimmte Privilegien schwinden sieht, die sie heute bei der Abrechnung Privatversicherter hat. Wer sich aber die Mittelflüsse im Gesundheitswesen etwas genauer ansieht, wird leicht erkennen, dass die aus diesen Privilegien erzielten Überschüsse nicht dorthin fließen, wo die größten Versorgungsprobleme existieren. In den Gebieten mit Unterversorgung und Arbeitsüberlastung der Gesundheitsberufe ist der Anteil Privatversicherter in der Regel klein. Diese konzentrieren sich eher in urbanen Ballungsgebieten in Hamburg, auf der Rhein-schiene, in Frankfurt, Stuttgart oder München. Der Rest der Welt schaut in die Röhre. Dies gilt insbesondere für die neuen Bundesländer. Von daher dürfte die Debatte auch innerhalb der Ärzteschaft an Schärfe gewinnen und zu Fragen führen, wo denn das PKV-Geld hinfließt und welche Bedeutung dieses Geld in der Versorgung hat.

Die dabei häufig geäußerte These von der Quersubventionierung der GKV durch die PKV ist seit Langem nicht mehr haltbar. Zum einen ist eine entsprechende Studie, die das Wissenschaftliche Institut der PKV vorgelegt hat, methodisch äußerst fragwürdig, da sie beispielsweise die Beihilfe einge-meindet. Zum anderen wird unzureichend berücksichtigt, welche Bedeutung Steuerungselemente wie das Fallpauschalensystem in der stationären Versorgung oder das Festbetrags-

system bei der Arzneimittelversorgung für die PKV haben. Im Übrigen könnte kaum ein Arzt von der PKV leben, wenn es die GKV nicht gäbe. Umgekehrt leben viele Ärzte ausschließlich von der GKV. Und in vielen Gebieten nicht einmal schlecht.

Damit kein Missverständnis aufkommt: Die Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen für GKV und PKV soll nicht zum Mittelabfluss aus der Versorgung führen. Daher werden alle, die begeistert die Bürgerversicherung als eine Ausdehnung der GKV ansehen, sich mit dem Gedanken anfreunden müssen, dass sie für die Angleichung der Systeme in die Tasche greifen müssen. Umgekehrt wird das gesamte System bei Einführung eines übergreifenden Risikostrukturausgleiches natürlich dadurch entlastet, dass dann auch Besserverdienende in einem stärkeren Ausmaß zur Solidarität herangezogen werden.

Schließlich halten mich auch verfassungsrechtliche Argumente nicht davon ab, den Weg zu einer einheitlichen Rahmenordnung für unumkehrbar zu halten. Der Versuch, über Rechtsgutachten und durch den Gang nach Karlsruhe bestehende Verhältnisse zu zementieren, ist untauglich. Mein Standardspruch („Der Weg nach Karlsruhe ist eine 8-spurige Autobahn, der Weg zurück ist ein Feldweg, der in der Regel mit zerfetzten Reifen bewältigt werden muss.“) gilt auch nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zum Basistarif und zum Kontrahierungszwang.² Die höchststrichterliche Entscheidung enthält entgegen der Propaganda der Versicherungswirtschaft keine Bestandsgarantie für die private Krankenversicherung, sondern nur Aussagen, wie das Verhältnis in einem dualen System zu organisieren ist. Entscheidende Bedeutung kommt dabei der Grundauffassung des Gerichtes zu, dass die private Krankenversicherung soziale Standards ertragen muss. Das ganze schöne Gebäude von der Schutzbedürftigkeit als entscheidendem Trennungskriterium zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung hat das Gericht nicht beeindruckt. Zu grundsätzlichen Systemfragen hat das

2 [Anm. d. Red.: Der Beitrag wurde nach der Urteilsverkündung des Bundesverfassungsgerichtes am 10. Juni 2009 aktualisiert.]

Gericht im Übrigen keine Hinweise gegeben. Für mich ist es nach wie vor äußerst zweifelhaft, ob das Grundgesetz noch eine hinreichende Basis für die Trennung in zwei Systeme bietet und ob die allgemeine Handlungsfreiheit nach Artikel 2 Abs. 1 Grundgesetz eine ausreichende Legitimation bietet, bestimmten privilegierten Bevölkerungsgruppen das Opting-Out aus der Solidarität zu ermöglichen. Auch habe ich meine Zweifel, ob es verfassungsrechtlich korrekt ist, dass Beamte faktisch gezwungen werden, die GKV zu verlassen und neben der Beihilfe eine private Versicherung abzuschließen. Möglicherweise wird es eine meiner Beschäftigungen nach Ende meiner Angestelltentätigkeit im BMG, verfassungsrechtlich zu erkunden, ob sich aus meiner allgemeinen Handlungsfreiheit ableiten lässt, dass ich statt der Beihilfe den üblichen Arbeitgeberbeitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung erhalte. Ich habe es in unmittelbarer Nähe miterlebt, wie die heutige Rechtslage durch Intervention einer Partei zur Bedienung von Klientelpolitik in der Versicherungswirtschaft geschaffen wurde. Ich habe auch diverse Debatten um die Abschaffung dieser Regelung miterlebt. Diese waren nie von ordnungspolitischer Konsistenz oder freiheitlichem Gedankengut getragen, sondern das schlichte Ergebnis aggressiver Lobbypolitik.

Ich bin also persönlich, politisch und juristisch davon überzeugt, dass die Systemtrennung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung überholt ist und nicht mehr lange fortbestehen wird. Sie wird zugunsten eines einheitlichen Systems überwunden werden, das durchaus die Geschäftsmodelle der privaten Krankenversicherung respektieren und fördern kann. Allerdings wird die Umgestaltung weder die gesetzlichen noch die privaten Krankenversicherungen besonders erfreuen. Eine solche Öffnung mit einem umfassenden Wettbewerb in einem einheitlichen System wird den Druck auf alle Akteure im Versicherungsmarkt erhöhen. Und bekanntlich begrüßen die meisten Wettbewerb nur, wenn er andere betrifft. Anders kann ich mir die abwehrende Haltung der Versicherungswirtschaft gegenüber einem Wettbewerb um Bestandskunden nicht erklären. Zumindest für Neuverträge hat der Gesetzgeber die

Übertragung von Teilen der Alterungsrückstellungen ermöglicht. Die Debatte, ob dies nicht auch für Altverträge dauerhaft machbar ist, hält an.

Dagegen wird die Debatte um die Ausgestaltung der einheitlichen Rahmenbedingungen bisher noch als offene Feldschlacht geführt. Viel Geld wird für Gutachten, Ratschläge, Symposien und Tagungen ausgegeben, um eine Betonmauer gegen politische Veränderungen zu errichten. Wer am Bau dieser Mauer mitarbeitet, sollte einen Seitenblick auf das Schicksal der historischen Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen werfen. Dort hat die Politik gezeigt, dass sie sich letztlich von der Lobbymacht der Akteure im Gesundheitswesen nicht beeindrucken lässt, sondern notwendige Veränderungen notfalls auch in Dissens mit diesen durchführen wird. Ich rate also allen, schon jetzt darüber zu streiten, wie eine einheitliche Rahmenordnung für gesetzlich und private Krankenversicherungen aussehen soll und in welchen Schritten sie zu erreichen ist. Ich bin zutiefst davon überzeugt, dass der Versicherungsmarkt im Jahre 2020 vollständig anders aussieht als heute.

| Argumente für die Koexistenz von PKV und GKV



UWE LAUE
Vorstandsvorsitzender der Debeka

Guten Morgen, meine Damen und Herren,
die gesetzliche Krankenversicherung ist wie die Sozialversicherung überhaupt in Deutschland nicht als Volksversicherung ausgestaltet. Es existierte bis zur jüngsten Gesundheitsreform durch das GKV-WSG im Bereich der Krankenversicherung noch nicht einmal eine generelle Versicherungspflicht. Die Existenz eines privaten Krankenversicherungssektors mit eigenständigen Versicherungsmöglichkeiten neben der GKV kann ökonomisch und, wie ich meine, verfassungsrechtlich nur sehr schwer in Frage gestellt werden. Zwar wurden immer wieder Legitimationsprobleme dieses Doppelstandards artikuliert, trotzdem hat die jahrzehntelange Existenz der PKV wirtschaftlich und rechtlich Konsequenzen und führt millionenfach zu Tatbeständen des Vertrauensschutzes. Bis zur Großen Koalition 2005 waren dementsprechend auch bei den kritisch gegenüber der PKV eingestellten Politikern die Bedenken gegen eine massive Einschränkung der PKV zu

groß. Es gab ein weitgehend stagnierendes Verhältnis zwischen GKV und PKV. Eine Wende bekam die Diskussion um die Rolle der PKV durch die programmatische Forderung der SPD und der Grünen nach einer Bürgerversicherung. Zunächst blieb die Position der SPD zur PKV, ich nehme an mit Absicht, etwas diffus. Jetzt, nach Inkrafttreten des GKV-WSG, lässt die Bundesgesundheitsministerin keine Gelegenheit aus zu betonen, dass ihr Ziel sowohl in der Krankenversicherung als auch in der Pflegeversicherung die Umsetzung einer Bürgerversicherung – also einer Einheitsversicherung – ist, und dass die Bestimmungen der jüngsten Gesundheitsreform die ersten Schritte in diese Richtung seien. In der Tat hat es bisher noch keine Reform gegeben, die so massiv in die Rechte der PKV und ihrer Versicherten eingegriffen hat. Auf Einzelheiten brauche ich hier nicht einzugehen, sie sind Ihnen allen bekannt. Das Ziel, die PKV zu schwächen und über kurz oder lang ganz abzuschaffen, ist unverkennbar. Die Befürworter einer Abschaffung der PKV führen in erster Linie – und wir haben es gerade eben wieder gehört – folgende Argumente an: Die Koexistenz von PKV und GKV ist international ohne Vorbild. Die PKV entsolidarisiert. Die GKV-Schutzbedürftigkeit und die Versicherungspflichtgrenze haben sich überlebt, und Gesundheitsökonomie kennt keine Solidarität. Dem gegenüber sprechen sehr viele Argumente für eine Koexistenz von GKV und PKV. Ich will mit den Stichworten Systemwettbewerbsvielfalt und Wahlfreiheit beginnen.

Wettbewerb ist kein Selbstzweck, sondern ein Instrument zur Generierung von Effizienz unter der Voraussetzung, dass hinlänglich funktionsfähige Wettbewerbsbedingungen bestehen. Hier und heute geht es um den Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV. Die Intensivierung dieses Wettbewerbs und die Erweiterung der Wahlfreiheit sind wichtige Beiträge, um die Effizienz im Gesundheitswesen zu steigern. Beide Krankenversicherungssysteme sind historisch gewachsen und funktionieren nach jeweils eigenen Prinzipien. Sie stehen nicht isoliert nebeneinander, sondern greifen ineinander. Konstitutiv für die GKV sind das Umlageverfahren,

die gesetzlich festgelegten Leistungskataloge und die Pflichtmitgliedschaft. Die PKV ist durch das Anwartschaftsdeckungsverfahren und die vertraglich vereinbarte Versicherung des Leistungsumfangs vom Grundsatz bis zum Spitzenschutz sowie von dem Grundsatz der Freiwilligkeit der Mitgliedschaft geprägt. Statt den Wettbewerb zwischen beiden Systemen zu fördern, wird er von staatlicher Seite zu Gunsten der GKV verbessert. Es werden Steuer- und Haushaltsmittel in das GKV-System geleitet, um dort den Beitragssatz zu senken. Dieses Heruntersubventionieren des GKV-Beitrages mag aus volkswirtschaftlichen Gründen durchaus sinnvoll sein, führt aber zu einer relativen Preisverzerrung zu Lasten der PKV, die keine Bundeszuschüsse erhält. Es vermindert darüber hinaus die Obergrenze für den Arbeitgeberzuschuss zur Krankenversicherung für PKV-Versicherte, obwohl diese keine Beitragsreduktion erfahren. Außerdem werden die PKV-Versicherten mit ihren Steuerzahlungen mit zur Finanzierung der Zuschüsse zur GKV und der damit verbundenen Zins- und Tilgungslasten herangezogen.

Wahlfreiheit ist ein Teilaspekt des Wettbewerbs. Wahlfreiheit müsste bedeuten, dass der Bürger die Wahl zwischen verschiedenen Versicherungsträgern und zwischen verschiedenen Produkten hat. Nach dem Start des Gesundheitsfonds gibt es lediglich folgende Wahlfreiheiten und damit folgenden Wettbewerb: Es gibt einen perspektivischen Wettbewerb zwischen gesetzlichen Kassen um die Höhe des Zusatzbeitrages, einen Wettbewerb innerhalb der PKV um unterschiedliche Versicherungsprodukte und Beitragshöhen und einen Systemwettbewerb zwischen PKV und GKV um Versicherte, der stark eingeschränkt ist, weil er nur für freiwillig Versicherte besteht und eine Rückkehr von der PKV zur GKV grundsätzlich ausgeschlossen ist.

Darüber hinaus besteht ein Systemwettbewerb um unterschiedliche Problembewältigungskompetenzen, z.B. bei der Bewältigung des demografischen Risikos und der allgemeinen Kostenentwicklung. Die PKV ist der Garant für wirkungsvollen Wettbewerb, denn der Wettbewerb zwischen PKV und GKV

ist maßgeblich für den hohen medizinischen Versorgungsstandard in Deutschland. Dieser Wettbewerb definiert einen gemeinsamen Maßstab, welche Leistungen es in welcher Qualität geben soll. Freie Arzt- und Krankenhauswahl, Zugang zu medizinischem Fortschritt für jeden sind der allgemeine verbindliche Maßstab. Ohne den Wettbewerber PKV hätte die Politik es in der Hand, den Leistungsstandard in der Medizin frei zu definieren. In fast allen europäischen Ländern ohne eine private Krankheitskostenvollversicherung wird versucht, die Kosten zu Lasten der Versicherten durch eine gezielte Verknappung des Versorgungsangebotes in den Griff zu bekommen. Eine Wartelistenmedizin gehört in vielen Ländern zum Standard. Bei uns lässt der Wettbewerb zwischen PKV und GKV das nicht zu. Da kann man nur sagen, gut, dass wir vom internationalen Standard abweichen, dass es bei uns eine Koexistenz von PKV und GKV gibt.

Der nächste Grund, warum die PKV unverzichtbar ist, ist die Kapitaldeckung. Die Kapitaldeckung ist die einzig richtige Antwort auf den demografischen Wandel. Im Umlageverfahren der GKV ist eine Rücklagenbildung nicht vorgesehen. Daher kann die Generationengerechtigkeit immer weniger gewährleistet werden. Eine nicht mehr tragbare Belastung der nachwachsenden Generationen ist vorprogrammiert und verschiedene Studien von Beske, Hof und auch vom WIP haben ergeben, dass der erforderliche Beitrag zur GKV im Jahre 2050 zwischen 25,3 und 27 % betragen wird. Davon entfallen vier bis fünf Prozentpunkte auf die demografische Entwicklung. Im Kapitaldeckungsverfahren der PKV dagegen sorgt jede Generation für sich selbst vor. Eine Belastung unserer Kinder und Enkelkinder erfolgt nicht. Die PKV-Versicherten haben durch ihre eigenen Beiträge Alterungsrückstellungen mit Stand Ende 2008 von rund 111 Milliarden Euro in der Krankenversicherung und rund 18,5 Milliarden Euro in der Pflegeversicherung, also insgesamt 130 Milliarden Euro angesammelt. Das ist generationengerecht und solidarisch gegenüber den nächsten Generationen. Man kann guten Gewissens sagen, jeder Versicherte, der in die PKV wechselt, sorgt für ein Stück

mehr Generationengerechtigkeit und auch für eine geringere Belastung der GKV. Ein erster Schritt in diese Richtung könnte sein, bestimmte Leistungsbereiche aus der GKV auszugliedern und dem kapitalgedeckten System der PKV zuzuordnen.

Es wird immer wieder von den privilegierten reichen PKV-Versicherten gesprochen, aber die PKV ist kein Einkommensprivileg, sondern ein Verbotsprivileg für andere. Der Gesetzgeber hat die soziale Schutzbedürftigkeit sehr weit ausgelegt. Die Grenzziehung zwischen GKV und PKV ist heute so, dass Beamte und Selbständige, die unter dem Gesichtspunkt der Schutzbedürftigkeit und des Bedarfs nicht der GKV verbunden sind, prinzipiell der PKV zugewiesen werden. Arbeitnehmer können sich dann für die PKV entscheiden, wenn ihr Jahreseinkommen drei Jahre hintereinander die sogenannte Friedensgrenze oder Versicherungspflichtgrenze überschritten hat. 2009 sind das 4.050,00 Euro monatlich. Im Jahr 2002 waren es noch 3.375,00 Euro. 2003 wurde diese Grenze überproportional auf 3.825,00 Euro erhöht. Nebenbei bemerkt hat dies eindeutig nicht zu einer Verbesserung der Finanzsituation der GKV geführt. Auch vor diesem Hintergrund müsste diese außerordentliche Anhebung eher rückgängig gemacht werden. Legt man diese Grenzziehung zu Grunde, gilt in Deutschland der Großteil der Bevölkerung als sozial schutzbedürftig. Ist man das wirklich, wenn man 4.000,00 Euro brutto monatlich verdient? Jedenfalls sind über 75 % der Menschen in der GKV pflichtversichert, unter Einbeziehung der freiwillig Versicherten umfasst die GKV sogar rund 85 % der Bevölkerung. Wie sieht es mit der Einkommensstruktur der PKV-Versicherten nun aus? Die PKV ist keinesfalls ein Sammelbecken von Spitzenverdienern, wie immer wieder behauptet wird. Natürlich sind bei uns auch sogenannte Besserverdiener versichert, aber längst nicht so viele wie in der GKV. Wir haben auch den kleinen Selbständigen oder den Beamten im mittleren Dienst mit knapp 2.500,00 Euro brutto. Insgesamt haben 55 % der PKV-Versicherten ein Einkommen unter 30.000,00 Euro im Jahr. In Wahrheit ist das vermeintliche Einkommensprivileg einer Privatversicherung nämlich

eine Verbotsregelung für andere. Schon deshalb ist es falsch, wenn das Bundesgesundheitsministerium davon spricht, dass sich Privilegierte wegen ihres hohen Einkommens privat versichern können. Richtig ist, dass sich mehr Menschen auch mit einem niedrigen Einkommen in der PKV versichern könnten, wenn die Versicherungspflichtgrenze abgesenkt und die dreijährige Wartefrist abgeschafft würde. Die Verbotsregelung findet ihren Ausdruck auch im Zugangsergebnis der PKV bei den Vollversicherungen von Arbeitnehmern. Die Gesundheitsreform hat zu einem Rückgang des Nettozugangs in der PKV von 116.000 Krankheitskostenvollversicherungen im Jahr 2006 auf 59.000 im Jahr 2007, also einem Minus von 48 % geführt. Denn ab 2007 wurden die Wartefristen auf drei Kalenderjahre verlängert, die Hürde für gesetzlich Versicherte in die PKV zu wechseln schlagartig verdreifacht. Diese negative Tendenz setzt sich fort. Wir haben 2008 einen Nettoneuzugang von 48.900 Krankenvollversicherungen, überwiegend Beamte. Dies ist ein Minus von 18 % gegenüber dem Vorjahr und sogar von 58 % gegenüber dem Beginn der Reform. Hinzu kam im Jahr 2008 ein einmaliger Sondereffekt, ebenfalls als Auswirkung der Gesundheitsreform. Immerhin 18.500 Personen, die bisher noch überhaupt nicht versichert waren und nun aufgrund der gesetzlichen Änderung die Möglichkeit hatten, in die alte Tarifwelt der PKV aufgenommen zu werden, fanden Zugang zur PKV. Außerdem kamen 2.400 vorher nicht versicherte Personen in den sogenannten modifizierten Standardtarif. Diese Versicherten wurden zum 1. Januar 2009 in den neuen Basistarif überführt. Das sind die neu Versicherten durch gesetzlichen Zwang.

Häufig heißt es, die PKV entsolidarisiert die GKV, aber diese Entsolidarisierung der GKV durch die PKV ist ein Mythos. In der PKV gelten uneingeschränkt die Grundsätze der Solidarität, verbunden mit der Subsidiarität und der Eigenverantwortung. Da ist zum einen die Solidarität zwischen Gesunden und Kranken. Erst durch die Beitragszahlung der Kranken wie der Gesunden ist es überhaupt möglich, die Leistungen für die Erstgenannten ausreichend zu finanzieren. Hierin

stimmen wir mit der GKV überein. Wogegen sich allerdings in der GKV niemand darauf verlassen kann, dass er später im Krankheitsfall noch dieselben Leistungen wie der heutige Kranke bekommt. Zu viele Leistungskürzungen hat es schon durch die verschiedenen Gesundheitsreformen gegeben. In der PKV gilt hingegen uneingeschränkt das Vertragsprinzip. Was einmal vertraglich vereinbart wurde, gilt auch in Zukunft. Die PKV verhält sich auch zum gesamten Gesundheitssystem solidarisch, denn Selbstzahler bzw. Privatpatienten zahlen beim Arzt für die gleichen Leistungen fast dreimal soviel wie die GKV für die Behandlung von Kassenpatienten. Beispiele: Für eine MRT-Aufnahme des Kopfes zahlt die GKV 120,25 Euro, die PKV 461,00 Euro; für ein Belastungs-EKG zahlt die GKV 19,81 Euro, die PKV 59,66 Euro. Die Zahlen sprechen für sich. Im Krankenhaus zahlen die Privatpatienten jährlich Milliardenbeträge für Wahlleistungen. Diese Beträge dienen zum großen Teil dazu, dass Krankenhäuser die allgemeinen Pflegeleistungen finanziell stützen oder dafür, dass sie medizinische Geräte anschaffen können, für die ansonsten kein Geld zur Verfügung steht. Meines Wissens wird ein hoher Teil der privaten Chefarztvergütungen auch in einen sogenannten Krankenhauspool abgeführt, um beispielsweise die Überstundenvergütung der Assistenzärzte mitzufinanzieren. Die PKV-Versicherten subventionieren das deutsche Gesundheitswesen auf diese Weise jährlich mit rund 10 Milliarden Euro. Kaum ein Arzt oder Krankenhaus wäre ohne Privatpatienten dauerhaft wirtschaftlich leistungsfähig. Außerdem reagiert die PKV früher als die GKV auf medizinische Innovationen. Schon heute werden bei Privatversicherten modernste Behandlungsmethoden angewandt. Dies ist auch zum Nutzen der GKV-Versicherten, da hierdurch ein umfassender Nachweis der Wirksamkeit und Effektivität der Behandlungsmethoden erbracht und die Aufnahme in den Leistungskatalog der GKV erleichtert bzw. beschleunigt wird.

In der GKV wächst aufgrund der Finanzierungssituation der Rationalisierungsdruck. Leistungskürzungen sind seit Jahrzehnten ein Versuch der Politik, die GKV finanzierbar

zu halten. Bisher ist dies jedoch nicht gelungen, denn die Beiträge steigen trotzdem weiter und liegen zurzeit trotz der Steuerzuschüsse auf einem Rekordniveau. Würden die Beiträge stabil bleiben oder könnten sie sogar gesenkt werden, wären Leistungskürzungen und Rationierungen für die Versicherten leichter und besser zu verkraften. Explizite Rationierungen in der GKV sind z.B. die Zuzahlung bei den Arzneimitteln, der Ausschluss der auf einer Negativliste genannten Arzneimittel und der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel aus der GKV, die extremen Leistungseinschränkungen bei Brillen, die Praxisgebühr und seit kurzem die Leistungsausschlüsse bei selbstverschuldeten Krankheiten. Des Weiteren gibt es implizierte Rationierungen, wie z.B. die Kürzungen der Ausgaben für Arzneimittel, ambulante Behandlungen und Heilmittel aufgrund der Budgets, die Einführung von arztgruppenspezifischen und fallzahlenabhängigen Praxisbudgets respektive Mengenbegrenzungen sowie die Nutzenbewertung von Gesundheitsleistungen und schließlich noch den Einstieg in die Kosten-Nutzen-Analyse für Arzneimittel. All diese staatlichen Rationierungen und Leistungsverknappungen bewirken über kurz oder lang, dass sich die GKV zum Grundversorger entwickeln wird. Die Politiker haben aber nicht den Mut, die Illusion von der Rundumversorgung zu beenden. Dabei wäre es zwingend notwendig, dass sich die GKV auf ihre Kernaufgaben konzentriert und sich vor allem finanziellen Spielraum verschafft, um den medizinisch-technischen Fortschritt in den Kernbereichen der Medizin für alle bereitstellen zu können. Die privatrechtliche Leistungssicherheit in der PKV ist ein Korrektiv für willkürliche Eingriffe des Staates. Die PKV steht für eine Produktwelt, die sich auch in Zukunft uneingeschränkt zu Innovation, Diagnostik und Therapie und zum Wachstum im Gesundheitswesen bekennt. Es gibt keine Leistungskürzungen oder Rationierungen. Der Vertrag beinhaltet einen unkündbaren verlässlichen Leistungskatalog, dessen Umfang – bis auf den des Basistarifs – nicht von der Politik eingeschränkt oder verändert werden kann. Der Vertragsinhalt ist nicht starr, sondern erweitert sich um den medizinischen Fortschritt.

Und damit komme ich zum Basistarif, als Beleg für die Schwäche einer GKV-Konstruktion innerhalb der PKV. Der Basistarif muss als Fremdkörper im freiheitlichen PKV-System erst einmal verkraftet werden. Zum Glück für unsere Versicherten und langfristig auch für die Leistungserbringer im Gesundheitswesen gibt es keinen starken Zulauf. Denn der Basistarif ist nicht attraktiv. Das liegt an den gesetzlichen Vorgaben, an die wir uns streng gehalten haben. Dieser Tarif muss bekanntlich im Umfang und hinsichtlich der Leistungen der GKV vergleichbar sein. Aufgrund der politischen Vorgaben ist der Basistarif mit alten und kranken Versicherten gestartet. Es kommt nicht zu der für das Versicherungsprinzip erforderlichen Risikomischung. Der Basistarif ist also von seiner Anlage her subventionsbedürftig, was auf Kosten aller PKV-Versicherten, auch der Bestandsversicherten, geht. Im Interesse aller am Gesundheitswesen Beteiligten muss es liegen, das Leistungsversprechen der PKV werthaltig und zu tragbaren Kosten für unsere Versicherten einzulösen, auch im Basistarif. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist bisher leider nicht zu einer Vereinbarung über eine GKV-analoge PKV-Vergütung im Basistarif bereit. Wir haben deshalb die Schiedsstelle angerufen, müssen aber zunächst nach den gesetzlichen Vorgaben den 1,8-fachen Satz der GOÄ zahlen, was die Kosten des Basistarifs zusätzlich in die Höhe treibt. Der Basistarif kann erhebliche Konsequenzen für das Sicherungsmodell der PKV haben. Durch Beitragslimitierungen und Wegfall von Risikozuschlägen sowie Leistungsausschlüssen halten eine GKV-typische Art von Einkommensausgleich und die nicht risikoäquivalente Kalkulation Einzug in das System der PKV. Damit erfolgt ein Einstieg der GKV-Fremdkörper in der PKV. Es kommt zu einem Wettbewerb zwischen der klassischen PKV und der GKV im Basistarif unter dem Dach der PKV, der ordnungspolitisch abzulehnen ist.

Genauso abzulehnen sind die Übergriffe des GKV-Systems in die PKV-Welt durch die Wahltarife. Wahltarife sind in der PKV systemkonform, in der GKV eigentlich systemwidrig. Sie sind in erster Linie Lockvogelangebote für freiwillig Versicher-

te, um sie am Verlassen der GKV zu hindern. Die GKV scheidet als Anbieter von Wahlтарifen aus verschiedenen Gründen aus. Quersubventionierungen zwischen Grund- und Zusatzversicherungen sind in einer nicht risikoäquivalent kalkulierten Krankenversicherung nicht zu vermeiden. Ordnungspolitisch ist es nicht zu rechtfertigen, wenn die GKV mit dem Aufgabenverständnis einer staatsnahen Körperschaft in Konkurrenz zur PKV tätig wird. Das Adressmonopol verschafft der GKV im Wettbewerb mit der PKV einen durch nichts zu rechtfertigen Wettbewerbsvorsprung. Europarechtlich ist die strikte Einhaltung des Solidarprinzips die Voraussetzung für die Sonderstellung der GKV als öffentlich-rechtliche Körperschaft. In der GKV ist keine kapitalgedeckte Absicherung möglich. Für uns ist es nicht hinnehmbar, wenn die gesetzlichen Kassen ihre öffentlich-rechtliche Autorität und ihre Privilegien für Zusatzversicherungsgeschäfte nutzen. Die GKV wird mit diesem Angebot schnell an ihre Grenzen stoßen, denn sehr viele Versicherte werden diesen Tarif zum Vorteilshopping nutzen, indem sie beispielsweise als gute Risiken durch Wechsel in einen Selbstbehalt- oder Beitragsrückerstattungstarif Beitragsnachlässe zu Lasten der Versichertengemeinschaft realisieren. Werden sie krank, können sie nicht nur problemlos ohne Nachteile in den normierten GKV-Schutz zurückkehren, sondern sie können auch kurzfristig in eine von der GKV angebotene Zusatzversicherung wechseln. Diese systematischen Fehler führen bei Wahl- und Zusatzтарifen in der GKV zu Risikoselektionen mit der Folge, dass die Beiträge alter und kranker GKV-Versicherter zusätzlich steigen werden. Anders sieht es in der PKV aus. Schließt ein Versicherter eine Zusatzversicherung ab und kündigt sie, verändert sich der Beitrag risikoäquivalent. Mitnahmeeffekte einzelner Versicherter auf Kosten der Versichertengemeinschaft sind in der PKV nicht möglich. Wahl- und Zusatzтарife sind auch deshalb in der PKV systemkonform und in der GKV systemwidrig.

Die PKV steht für Individualität. Individualität ist ein wichtiges Gut, dem gerade im Gesundheitswesen immer größere Bedeutung zukommt. Einheitsschutz passt nicht in

eine moderne Gesellschaft. Die PKV erhebt auch nicht den Anspruch, der Rolls-Royce unter den Krankenversicherungen zu sein. Eine der zentralen Leitideen der PKV ist, sich vom Basisschutz bis hin zum Spitzenschutz ganz nach seinen persönlichen Bedürfnissen versichern und damit auch Einfluss auf die Beitragshöhe nehmen zu können. Den GKV-Versicherten steht demgegenüber nur ein einheitlicher Leistungskatalog mit einem vereinheitlichten Beitrag zur Verfügung, der auch trotz der neuen Wahl- und Zusatztarife wenig Spielraum für persönliche Bedürfnisse zulässt.

Die PKV hat auch in der privaten Pflegeversicherung einen eigenen Weg eingeschlagen. Seit dem 1. Januar 2009 bieten wir mit der Compass Private Pflegeberatung einen eigenständigen bundesweiten Service für die rund 9,3 Millionen privat Pflegeversicherten. Compass bietet eine aufsuchende Pflegeberatung bei Pflegebedürftigen und deren Angehörigen zu Hause und unterscheidet sich damit deutlich von den Pflegestützpunkten der gesetzlichen Pflegeversicherung. Unser Ansatz als private Qualitätsversicherung ist, dass der Klient nicht in eine Beratungsstelle kommen muss, sondern in einem persönlichen Gespräch in seiner häuslichen Umgebung Hilfe erhält. Die mobilen Pflegeberater sind neutrale und unabhängige Lotsen.

Ein Fazit: In Deutschland verfügen wir, insbesondere im internationalen Vergleich, über eine exzellente Gesundheitsversorgung. Sie hat auch ihren Preis. Denn medizinischer Fortschritt und steigendes Lebensalter fordern ihren Tribut. Die Kosten werden weiter steigen. Alle Versicherten, und zwar sowohl in der GVK als auch in der PKV, müssen sich darauf einstellen, dass sie künftig höhere Gesundheitskosten zu tragen haben. Um die Leistungsfähigkeit und Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig zu gewährleisten, ohne die Wettbewerbsfähigkeit der Volkswirtschaft zu gefährden, muss die Eigenverantwortlichkeit des Einzelnen gestärkt, der Wettbewerb im bestehenden System forciert und das Finanzierungssystem stärker auf die sich ändernden Altersstrukturen der Bevölkerung ausgerichtet werden. Eine zunehmend staatlich geförderte GKV braucht ein liberales

Wettbewerbspendant, denn der Wettbewerb zwischen beiden Systemen bedeutet auch das Vorantreiben besserer Lösungen. Ohne die PKV würde dem deutschen Gesundheitswesen ein entscheidender Impulsgeber für eine bessere Versorgung der Versicherten fehlen. GKV und PKV haben in der Vergangenheit gemeinsam bis zum heutigen Tag für einen international herausragenden Ordnungsstandard gesorgt. Deshalb darf diese Koexistenz nicht angegriffen, sondern das bestehende System muss weiterentwickelt werden. Davon profitieren sowohl GKV- als auch PKV-Versicherte und unser gesamtes Gesundheitswesen mit allen Akteuren. Ein zukunftsfestes, für die nachwachsenden Generationen solidarisches Gesundheitswesen kann es nur mit einer starken PKV geben, denn die PKV ist Garant für Wettbewerb. Und die PKV funktioniert. Die PKV ist ein Korrektiv für staatliche Eingriffe in die Gesundheitsversorgung. Die PKV belastet die nachfolgenden Generationen nicht. Die PKV forciert medizinische Innovationen und den Wachstumsmotor Gesundheit. Die PKV ist solidarisch und die PKV steht für Vielfalt und ist gegen eine Staatsmedizin.

Vielen Dank!

Themenblock 2:

Wettbewerbsfähigkeit der PKV
unter neuen Rahmenbedingungen

Rechtliche Rahmenbedingungen des Wettbewerbs zwischen PKV und GKV



PROF. DR. GREGOR THÜSING, LL.M. (HARVARD)
Institut für Arbeitsrecht und Recht der Sozialen
Sicherung, Universität Bonn

Meine Damen und Herren,

wir haben heute Morgen schon etwas über die Verfassungsbeschwerde gehört, die momentan in Karlsruhe anhängig ist und bei der es das eine oder andere Ergebnis geben mag. Die Tatsache, dass man immer noch diskutiert, zeigt, dass es mit der Entscheidung wohl nicht so leicht ist. Einfache Entscheidungen kann man schnell treffen. Bei den Dingen, die sehr umstritten sind und bei denen verschiedene Richter um die Entscheidung ringen, dauert es länger. Insofern bin ich genauso wie Herr Knieps gespannt, was tatsächlich von Karlsruhe gesagt werden wird. Am 11.6. wissen wir es. Das Bild mit der achtspurigen Autobahn und dem Feldweg mag zutreffen. Die Frage ist nur, für welche Partei. Ich bin da optimistisch.

Sie sind gekommen, um zu hören, was ich zu sagen habe, aber ich bin vor allem auch gekommen, um zu hören, was Sie zu sagen haben. Deswegen gebieten schon die Höflichkeit und

die Tatsache, dass wir der Zeit ein bisschen hinterher hängen, die Ausführungen, die ursprünglich geplant waren, etwas zu verkürzen. Das führt zu einer holzschnittartigen Darstellung der Ausführungen. Wenn Interesse besteht, kann in der anschließenden Diskussion gern Fehlendes nachgereicht werden. Jetzt aber möchte ich vier Thesen zur Diskussion stellen.

Die erste These hat mit der Überschrift zu tun, unter welche man das Thema meines Vortrags gestellt hat: Rechtliche Rahmenbedingungen des Wettbewerbs zwischen PKV und GKV. Wenn Sie das Thema so formulieren, dann dürfte es dieses Sujet eigentlich nicht geben – zumindest aus dem Blick des Europarechts. Die bisherige Situation, die wir durch die massive Parteinahme, staatliche Subventionen und zahlreiche gesetzliche Regelungen zu Gunsten der gesetzlichen Krankenversicherung, nach denen insbesondere der GKV ein bestimmter Teil der Bevölkerung als Versicherungsnehmer garantiert ist – nichts anderes heißt ja die Friedensgrenze –, haben, ist europarechtlich nur zulässig, weil der Europäische Gerichtshof in der Vergangenheit davon ausgegangen ist, dass kein Wettbewerb zwischen dem umlagefinanzierten und auf Solidarität ausgelegten System der gesetzlichen Krankenversicherung und dem der privaten Krankenversicherung besteht. Eben weil kein Wettbewerb besteht, waren in der Vergangenheit zumindest die Krankenkassen eben nicht als Unternehmen zu klassifizieren. In dem Moment, wo man sagt, es gibt einen Wettbewerb auf einem einheitlichen Markt für Gesundheitsabsicherungen, käme man nicht umhin zu sagen, dass auch die gesetzlichen Krankenkassen Unternehmen sind, auch wenn sie öffentlich-rechtlich organisiert sind. Dies wird dann wiederum das Tor öffnen zu einem ganz anderen weiten Feld rechtlicher Kontrolle, nämlich dem des Europarechtes. Dann müsste nicht nur verfassungsrechtlich, wie das gerade geschieht, überprüft werden, ob die Vergünstigungen, die sich ausschließlich auf die GKV beziehen, verfassungskonform sind, sondern dann müsste auch auf europäischer Ebene in Luxemburg beim Europäischen Gerichtshof geprüft werden, ob denn das europäische Wettbewerbsrecht die einseitige

staatliche Parteinahme toleriert oder erlaubt. Insofern ist, wenn der Gesetzgeber selbst in seiner Begründung zum WSG GKV ausdrücklich sagt, er wolle den Wettbewerb zwischen der GKV und der PKV, zu fragen, ob er sich gut überlegt hat, was er eigentlich will.

Zur zweiten These möchte ich an eine Übereinstimmung anknüpfen, die ich mit Herrn Knieps und Herrn Laue teile: Wettbewerb ist kein Selbstzweck. Dass es Wettbewerb gibt, ist kein Wert an sich, wie es Ehrlichkeit und Liebe sind. Wettbewerb ist nur ein Mittel und kein Ziel, es ist ein Mittel zu einer effizienteren Marktgestaltung und damit ein Mittel zur Wohlstandsmehrung. Wettbewerb ist ein Mittel, das verbraucherfreundliche Ergebnisse und Effekte erzeugen kann. Dort wo kein Wettbewerb besteht, gibt es diese Verbraucherfreundlichkeit häufig nicht. Insofern muss auch die Wertigkeit des Wettbewerbs nicht nach dem Ausmaß des Wettbewerbs selbst beurteilt werden, sondern nach den Ergebnissen bemessen werden, die er generiert. Das scheint mir in der bisherigen Diskussion zuweilen zu kurz gekommen zu sein. Jedenfalls ist das so in der Begründung des WSG GKV, die diese Hilfsfunktion des Wettbewerbs nicht klar genug herausgestellt hat.

In meinem dritten Punkt möchte ich wiederum an das anknüpfen, was Herr Knieps vor mir gesagt hat. Er sagt, er könne die Argumentation vom Staatssozialismus nicht mehr hören. Mein Hinweis darauf wäre, dass Sozialismus immer Staatssozialismus ist. Einen marktwirtschaftlichen oder privat orientierten Sozialismus gibt es nicht. Und konkreter: Wenn es das Ziel ist, den Wettbewerb zwischen GKV und PKV zu erhöhen, dann muss man sich fragen, ob das systemstimmig überhaupt geschehen kann. Das ordnungspolitische Ziel des Wettbewerbs spiegelt sich verfassungsrechtlich in der Berufsfreiheit der Marktteilnehmer. Ein Wettbewerb „öffentlich rechtlich gegen privat“ ist kein solcher Wettbewerb. Vielmehr gibt es eine Grundentscheidung des Gesetzgebers zur Subsidiarität, dass „privat vor Staat“ gilt. Die Formel vom Wettbewerb zwischen GKV und PKV suggeriert die Gleichwertigkeit und die gleiche Berechtigung beider Institutionen. Das ist nicht

richtig, denn beide Institutionen verdanken ihre Existenz unterschiedlicher Grundlage. Insofern ist es auch nicht ganz richtig, wenn hier suggeriert wird: „Ich kann nicht verstehen, warum denn nur die Besserverdienenden, die Reichen, das Privileg haben sollen, sich aus der gesetzlichen Krankenversicherung heraus zu bewegen in die private Krankenversicherung“. Der Grundgedanke, warum es die gesetzliche Krankenversicherung überhaupt gibt, ist die Vorstellung, dass es einen Solidaritätsverband geben muss, der gegen das Risiko von Krankheit absichert, dass wir Bevölkerungsschichten, bei denen wir typisierend davon ausgehen können, dass sie das Risiko der Krankheit nicht selber tragen können, dazu verpflichten, Vorsorge zu leisten. Diese sollen sie als solidarische Vorsorge in der gesetzlichen Krankenversicherung leisten. Und es gibt eben solche, die so viel verdienen, dass wir nicht mehr typisierend sagen können, dass sie gegen Krankheit abgesichert sein müssten. Anders gewendet: Es gibt Personengruppen, die so viel verdienen, dass man sagen kann, diese können die Krankheitskosten und die Arztkosten aus eigenem Vermögen bezahlen. Der Gedanke der gesetzlichen Krankenversicherung ist der, dass derjenige, der auf Solidarität angewiesen ist, auch Solidarität zeigen muss – und derjenige, der nicht auf Solidarität angewiesen ist, auch nicht zur fremdnützigen Solidarität verpflichtet werden kann. Insofern ist es eine natürliche Konsequenz, dass es eine Friedensgrenze gibt, und dass der Arbeitnehmer oder andere Verdienstete, die sich nicht mehr typisierend in diese Kategorien einordnen lassen, die Möglichkeit haben, ihr Krankheitsrisiko auf eigene Kosten zu tragen. Insofern ist es schon ein Schritt weg vom ursprünglichen System, den man im WSG GKV gegangen ist. Man hat eine Versicherungspflicht für jedermann eingeführt. Die eine Begründung, die man dafür angeführt hat, ist die, dass jeder krank werden kann. Das ist unbestreitbar. Die zweite Begründung lautet: Die Kosten der Krankheit sind so unberechenbar, dass sie jeden überfordern. Ich wage zu behaupten, dass es Personen gibt, die so wohlhabend sind, dass sie durch die Kosten für Krankheit nicht finanziell

überfordert sind. Es ist anhand dieses Argumentes nicht einzusehen, warum Dagobert Duck sich versichern sollte. Hier greift die klassische Begründung für eine Versicherungspflicht nicht. Hierbei handelt es sich freilich um ein Randproblem der verfassungsmäßig konformen Ausgestaltung, das hier nicht weiter vertieft werden muss, aber es verstellt natürlich den Blick in zentraleren Positionen, nämlich wo die Berechtigung der Friedensgrenze liegt.

Das Argument, man könne den Hinweis auf die Staatsmedizin nicht mehr hören, kann man juristisch viel präziser herunterbrechen, wenn man sich das Kommunalrecht ansieht. Ein beliebtes Examensthema ist die privatwirtschaftliche Betätigung der Kommunen. Die klassische Prüfungsfrage lautet: „Unter welchen Voraussetzungen darf eine Kommune Dinge überhaupt anbieten, die sonst Private anbieten können?“ Dann ist da der strenge Grundsatz der Subsidiarität, auf den man verweisen kann. Man muss die Formel des Bundesverwaltungsgerichts kennen, dass die Kommune nur da tätig werden darf, wo eine entsprechende Leistung nicht ebenso effektiv durch Private erbracht werden kann. Genau dieser Nachweis ist im Hinblick auf die PKV nicht geführt worden. Das heißt, die ganze freiheitliche Grundordnung, die unseren Rechtsstaat bildet, geht von einem Vorrang der Freiheit gegenüber der staatlichen Lenkung aus. Der Staat ist in der Begründungspflicht, warum er Regelungen schafft, nicht der Private, der sein Grundrecht in Anspruch nimmt, sich auf Grund eigener Verantwortung, in eigener vertraglicher Gestaltung gegen das Risiko abzusichern. Hier verschiebt sich das Bild weg von dem, was eigentlich juristisch richtig ist: dass staatliche Interventionen begründet werden müssen, im Gegensatz zu freiheitlicher Selbstentfaltung. Es gibt Entscheidungen der Rechtssprechung, die nah sind an dem, was wir hier gerade diskutieren, beispielsweise eine Entscheidung des BGH. In der Vergangenheit waren die gesetzlichen Krankenkassen dazu übergegangen, eigene Selbstabgabestellen für Brillen zu gründen. Der BGH hat damals gesagt: Das dürft ihr nicht, denn dafür gibt es keinen Bedarf. Das hat mit eurem Solidaritätsauftrag

nichts mehr zu tun, das ist nicht mehr von eurer spezifischen Daseinsberechtigung, eurer öffentlich-rechtlichen Grundlage gedeckt, und hier können wir den Privaten nicht Konkurrenz machen, weil der Gedanke, aus dem ihr erwachsen seid, das nicht rechtfertigt. Das heißt, der Staat ist trotz seiner Allregelungswünsche, in der Rechtfertigungspflicht, wenn er in die private Gestaltung eingreift; nicht die PKV muss begründen, warum sie weiter bestehen will.

Die vierte These geht dahin, dass Wettbewerb nur durch die Gleichbehandlung der Wettbewerber durch den Gesetzgeber stattfinden kann. Das spezifische Thema, zu dem ich Stellung nehmen sollte, sind ja die rechtlichen Rahmenbedingungen des Wettbewerbs. Da kann man viel sagen. Man kann die rechtlichen Rahmenbedingungen dahingehend hinterfragen, warum es einen Zuschuss für die gesetzliche Krankenversicherung seitens des Staates gibt, nicht aber einen ähnlichen Zuschuss für die private Krankenversicherung. Wenn das damit begründet wird, dass wir beitragsfremde Leistungen in der GKV haben, und zu diesen beitragsfremden Leistungen gehört die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder in der GKV, dann erlaube ich mir den kurzen Hinweis, den ich empirisch durch meine eigene Biographie untermauern kann: auch privat Versicherte haben Kinder und statistisch nicht weniger als gesetzlich Versicherte. Wenn es denn ein legitimes Ziel ist, diese Kinder in der GKV beitragsfrei zu stellen, dann muss es auch ein legitimes Ziel sein, dass Kinder in der privaten Krankenversicherung beitragsfrei zu stellen sind. Denn Kinder, ob sie in der GKV oder in der PKV groß werden, sind nicht nur eine unglaubliche Bereicherung für die Eltern, sondern auch für das Gemeinwesen. Wir sind auf Kinder angewiesen und deswegen kann dieses Ziel, wenn es tatsächlich das legitimierende Ziel des Gesetzgebers für diesen Staatszuschuss ist, genauso in der PKV realisiert werden. Das ist ein anschauliches Beispiel für unterschiedliche Rahmenbedingungen, deren Berechtigung nicht nachgewiesen ist. In dem Moment, in dem der Staat unterschiedlich behandelt, muss er das begründen – und hier ist es offensichtlich, dass er es nicht begründen kann. Eben ist

gesagt worden, dass in der PKV ja nur die Gesunden versichert seien, während dann folglich in der gesetzlichen Krankenversicherung die – ich mag es salopp überspitzen – „Alten, Kranken, Schwachen und Lahmen“ versichert wären. Das ist ein verzeichnetes Bild. Es ist nicht richtig, weil der GKV durch die Friedensgrenze garantiert ist, dass der ganz überwiegende Teil der Jungen, die ja typischerweise die Gesunden sind, zur GKV kommt. Die haben gar nicht die Wahl, sich zur PKV zu schleichen, um dort ihre eigenen Vorteile zu optimieren. Sie sind zwangsweise eingebunden in den Solidaritätsverband der GKV. Diese Gesunden, die der GKV garantiert sind, sind der PKV nicht garantiert. Dass es anderer Auswahlmechanismen bedarf, um eine zukunftsfähige Versicherung zu gestalten, liegt in der Hand des Systems, auch in der Hand der rechtlichen Rahmenbedingungen. Wären der PKV in gleicher Weise die Gesunden als Zuweisung garantiert, dann könnte sie vielleicht bei der Gesundheitsprüfung andere Maßstäbe anlegen.

Das Ganze lässt sich, wenn es tatsächlich um die rechtlichen Rahmenbedingungen geht, noch einmal verdichten in den Regelungen zu den Wahlтарifen. Denn in den Wahlтарifen selbst offenbart sich meines Erachtens die Intention des Gesetzgebers, hier gleichwertige oder funktional austauschbare Produkte zwischen GKV und PKV zu schaffen. Ob ich einen Wahlтариф wähle oder eine Zusatzversicherung in der PKV abschließe, es ist jeweils mein Ziel, mich über ein bestimmtes Maß der Krankenversicherung mit zusätzlichen Leistungen abzusichern. Insofern sind das substituierende Instrumente, die auf einem einheitlichen Markt angeboten werden. Wenn ich als Gesetzgeber diesen Wettbewerb, der durch die Substitutionsfähigkeit gegeben ist, will und fördere, dann muss ich das als Wettbewerb zu gleichen Bedingungen tun. Diese gleichen Bedingungen existieren nicht. Wir haben das in Karlsruhe geltend gemacht. Das beginnt mit der Einführung von Tarifen. Jeder von Ihnen, der sich einmal mit einem Aktuar einer privaten Krankenversicherung unterhalten hat, der wird merken, dass das eine schwierige Materie ist, mit großem Regelungsaufwand und großer Regelungsintensität. Wenn die

GKV Wahltarife einführt, dann ist sie nur, so das Bundesversicherungsamt, zu einer Plausibilitätsdarstellung verpflichtet. Eine Plausibilitätsdarstellung bei den Wahltarifen ist das, was bei der PKV eine auf Grundlage der Kalkulationsverordnung sicher errechnete und empirisch unterlegte risikoadäquate Prämienfestsetzung ist. Plausibilität ist kein gesetzgeberischer Begriff. Diese Konkretisierung findet sich im WSG GKV nicht. Plausibel mag vieles sein, was nicht stimmt. Es gibt viele verschiedene Grade der Plausibilität. Es gibt die Plausibilität „ja, da ist was dran“, „das könnte sein“, „das hört sich nicht unplausibel an, wissen tue ich es nicht, aber ich kann es jetzt nicht von vornherein widerlegen“. Das ist nicht der gleiche Maßstab wie der in der PKV eingeforderte. Insofern mache ich schon bei der Geburt der Wahltarife wesentliche Unterschiede aus gegenüber den Zusatzversicherungen der PKV. Das zeigt sich dann in den Folgen einer möglichen Unterkalkulation. Die Unterkalkulation, die deswegen eingetreten sein mag, weil ein solcher Tarif vielleicht plausibel, aber doch nicht richtig ist, muss letztlich von der Gemeinschaft der Versicherten innerhalb der GKV gezahlt werden. Es gibt keine Möglichkeit, hier die im Wahltarif Versicherten nachträglich für die vergangenen Zeiträume noch einmal zur Kasse zu bitten. Das wiederum ist klar verfassungswidrig. Denn § 53 Abs. 6 SGB V sagt, dass es keine Quersubventionierung durch die regulären Tarife geben darf. Die Zwangsversicherung in der GKV ist nur möglich, wenn jeder aufgrund des Beitrags dasselbe bekommt. Mit anderen Worten: Ich kann nicht verpflichtet werden, Zwangsbeiträge zu leisten, um zusätzlichen Versicherungsschutz einiger, die einen besonderen Versicherungsschutz gewählt haben, zu finanzieren. Das heißt, es darf aufgrund des Zwangsversicherungssystems der GKV keine Quersubventionierung geben. Wenn Sie aber sehen, dass eine Quersubvention eben nicht ausgeschlossen werden kann, dann fußt dieses System auf einer Annahme, die sich letztlich nicht realisieren lässt.

Das Gesagte lässt sich plastisch machen: Im vergangenen Jahr war auf eine kleine Anfrage der FDP hin eine Anhörung von Experten im Bundestagsausschuss für Gesundheit

anberaumt worden. Zugewogen war auch ein Vertreter der AOK Rheinland. Insbesondere wurde gefragt: „Was passiert, wenn es zu einer Unterkalkulation in den Wahlтарifen kommt?“ Diese Frage wurde dem AOK-Vertreter von Herrn Bahr viermal gestellt. Viermal wand er sich um die Antwort. Wichtig auch: Eine Privatversicherung kann einen einmal angebotenen Zusatzversicherungstarif nicht einfach schließen. In der GKV können die Wahlтарife geschlossen werden. Sieht man sich die Preise an, dann stellt man fest, dass die Wahlтарife in der GKV für junge Versicherte deutlich niedriger sind als private Zusatzversicherungen. Das ist so, weil die Wahlтарife im Gegensatz zu den Zusatzтарifen keine Alterungsrückstellungen beinhalten. Wenn ich eben von Herrn Knieps gehört habe: „Seien wir froh, dass wir keine Kapitaldeckung in der GKV haben, denn dann wäre uns in der Finanzkrise alles weggeschreibelt worden“, dann erinnert mich das an einen Obdachlosen, der sieht, wie ein Sturm die Schindeln vom Dach eines Hauses trägt und sich freut, dass er kein Haus hat. Die Tatsache, dass es einen Sturm gibt, der Häuser beschädigt, heißt nicht, dass Häuser nicht grundsätzlich sinnvolle Dinge sind und wir alle obdachlos sein sollten. Insofern glaube ich, dass dieses ausfinanzierte Element ganz wesentlich ist. Wo es fehlt, wo also rein umlagefinanziert wird, werden Tarife wie bei der AOK Rheinland entstehen. Als 63-Jähriger ist der Tarif bei der AOK Rheinland für das Zweibettzimmer im Krankenhaus elfmal teurer als der Einstiegstarif für 30-Jährige. Das trifft eine Person, die in Rente gegangen ist, die dann also typischerweise über weniger Geld verfügt. Folglich wird der Versicherte sich diesen Wahlтарif genau dann nicht mehr leisten können, wenn er älter und darauf angewiesen ist.

Es gibt viele Gründe, warum man sagen könnte, dass so unterschiedliche Behandlungen zwischen der GKV und PKV nicht zulässig sind. Ich könnte das weiter ausführen, will aber die Kürze der Zeit einfach dazu nutzen, Werbung für mein eigenes Buch zu machen. Sie können hier alles nachlesen. „Vertragsfreiheit und Wettbewerb in der privaten Krankenversicherung“, 176 Seiten. Hier sind meine Ausführungen noch ein

wenig ausführlicher beschrieben. Jetzt aber freue ich mich auf eine Diskussion.

Vom Kostenerstatter zum Gesundheitsmanager – Strategische Neuausrichtung der PKV-Unternehmen



DR. ANDREAS KOTTMEIER
Leiter Strategisches Gesundheitsmanagement, DKV AG

Guten Tag, meine Damen und Herren,
eigentlich könnte ich es mir leicht machen und sagen: gehen Sie auf www.dkv.com, dort können Sie ausführlich nachlesen, was wir an Aktivitäten zum „full-service“-Gesundheitsanbieter bereits auf den Weg gebracht haben. Aber viel lieber stelle ich Ihnen persönlich vor, was die DKV als „Unternehmen Gesundheit“ im Innersten bewegt und gebe Ihnen gern einen Einblick in den „Maschinenraum“, für den ich stehe. Wir haben in meinem Verantwortungsbereich, dem Strategischen Gesundheitsmanagement, in den letzten Jahren einiges entwickelt. Der Gesundheitsmarkt ist in Bewegung, die Kundenanforderungen an tradierte Rollen von Versicherungsunternehmen verändern sich und wir sind gut beraten, uns dementsprechend zu positionieren.

Die DKV AG, das „Unternehmen Gesundheit“, ist die renommierte Spezialmarke für Gesundheit im ERGO-Konzern. Auf der Basis dieser Spezialistenkompetenz für Krankenversicherungsprodukte haben wir uns im Jahr 2001 die Frage gestellt: Was können wir zusätzlich zu unserem Kerngeschäft „Versicherungen“ anbieten? Was sind Aktivitäten, die uns inspirieren können – sowohl im Inland als auch im Ausland? Aus unserer Sicht gibt es ein zunehmendes Zusammenwachsen von komplementären Versicherungsservices und medizinischen Versorgungsangeboten. Deshalb haben wir entsprechende Versicherungsprodukte entwickelt, die genau das beinhalten. Damit waren wir die erste private Krankenversicherung, die diesen Weg gegangen ist. Die Qualitätsansprüche der Versicherten sind enorm gestiegen. Das merken wir gerade daran, dass zunehmend nachgefragt wird: Wo bekomme ich denn die beste medizinische Versorgung? Und das bezieht sich auf alle Bereiche der medizinischen Indikationen. Der kritische Patient, der eine durchgängig hohe Versorgungsqualität erwartet, war unsere Inspiration, uns mit diesem Thema intensiv zu beschäftigen. Sowohl Transparenz als auch Service werden immer wichtiger. Alle diese Faktoren und Erkenntnisse führten zu unserer Strategie aus dem Jahr 2001, die wir „Unternehmen Gesundheit“ genannt haben. Dahinter verbergen sich viele verschiedenartige Bereiche, einzelne Tochtergesellschaften, insgesamt sind es jetzt 18 GmbHs, die dafür sorgen, dass unsere Versicherten immer bestmögliche und bezahlbare Medizin erhalten.

Wir haben daher sowohl Krankheitsvollversicherungen als auch Ergänzungs- bzw. Zusatzversicherungen mit „integrierten Mehrwerten“. Im Service bieten wir all das an, was Kunden zu Recht erwarten dürfen: vom Gesundheitstelefon bis hin zu Gesundheitsprogrammen. Unter den privaten Krankenversicherungen sind wir diejenigen, die gerade ihre Gesundheitsprogramme selbstständig anbieten und nichts hinzukaufen.

Wir wollen unseren Kunden „ein Leben lang“ zur Seite stehen und das heißt eben auch, nicht erst dann in Aktion zu treten, wenn der Schadensfall, die Krankheit, da ist.

Wenn der Kunde dann doch ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen will oder muss, haben wir interdisziplinär eine breite Angebotspalette. In Ballungsgebieten betreiben wir unsere goMedus Gesundheitszentren. Unter dem Namen miCura sind wir im Bereich der Pflege tätig. Wir waren die erste Krankenversicherung, die Franchisesysteme für Zahnärzte/Ärzte entwickelt hat.

Diese (zahn)medizinischen Netzwerke haben wir unter dem Aspekt der präventiv orientierten und qualitätsbasierten Versorgung etabliert, die wir systematisch weiter aufbauen, um eine gute Flächendeckung zu erreichen.

Bei goDentis war das erste, mit dem wir uns beschäftigt haben, der Bereich der Zahnprophylaxe. Inzwischen arbeiten wir mit über 750 behandelnden Zahnärzten zusammen, deren Leistungen wir unseren Versicherten empfehlen. Mittlerweile bieten wir nicht nur Prophylaxe-Aktivitäten respektive entsprechende Qualitätskompendien für die Ärzte an, sondern auch Zahnersatz und Zahnbehandlung insgesamt. Die Vorteile für den Kunden sind: Die Kunden erhalten eine wirklich gute präventionsorientierte Zahnbehandlung, das evaluieren wir mit entsprechenden Instrumenten. Unsere Kunden nutzen immer intensiver unsere qualitätsorientierten Behandlungernetze. Auch für die Partnerärzte ergeben sich Vorteile, denn wir unterstützen sie im Qualitätsmanagement und empfehlen unsere Versicherten dorthin, wenn die Ärzte unsere Anforderungen erfüllen.

Unter der Marke goMedus haben wir zunächst eigene Gesundheitszentren aufgebaut, das erste in Köln und zwei weitere sind im letzten Jahr in Berlin und Düsseldorf gefolgt, die nächsten beiden stehen bis Mitte nächsten Jahres an. Hier bieten wir eine Medizin der „kurzen Wege“, also eine fachübergreifende medizinische Versorgung für unsere Versicherten unter einem Dach, an. Diese Versorgungszentren sind grundsätzlich interdisziplinär konzipiert und haben die klassischen Fachdisziplinen wie Orthopädie, Kardiologie, Dermatologie und Urologie. Das Angebot kann von Standort zu Standort unterschiedlich sein. Im letzten Jahr haben wir das

Zentrenkonzept weiter verbessert: Zur guten Erreichbarkeit in weniger stark besiedelten Regionen und zur Arrondierung der medizinischen Fachgebiete wurde das goMedus Konzept mit niedergelassen Ärzten in eigenen Praxen für eine qualitativ hochwertige ambulante Versorgung erweitert. Schon heute haben wir in dieses goMedus Partnerarzt Netzwerk 300 Ärzte eingebunden. Den Versicherten werden bestimmte Vorteile gewährt, wenn sie diese Ärzte wählen. Dazu zählt auch, dass spezielle Terminvereinbarungen eingehalten werden. Wir haben dazu passende neue Versicherungstarife herausgebracht, die unseren Netzwerken eine besondere Rolle zuweisen und unseren Versicherten Erstattungsvorteile gewähren, wenn sie diese in Anspruch nehmen.

Und auch die kooperierenden Ärzte profitieren: Die goMedus Gesundheitszentren bieten den Ärzten den Vorteil, dass sie dort hochwertige Privatmedizin anbieten können. Alle Ärzte, die dort tätig sind, sind nicht angestellt, wie man das aus den MVZs kennt. Wir sorgen durch den organisatorischen Überbau dafür, dass die Ärzte sich vornehmlich auf die Patienten konzentrieren können. Damit schaffen wir eine entsprechende Wirtschaftlichkeit und daran partizipieren natürlich auch die Ärzte. Vorteile für unsere Versicherten sind, dass sie eine hochwertige, übergreifende medizinische Versorgung erhalten. Selbstverständlich haben wir auch dort den Bereich der Zahnmedizin mit einer goDentis Einheit integriert.

Wir haben innovative Praxisinhaber eingebunden, die medizintechnisch sehr gut ausgestattet sind. Hinzu kommen noch gut funktionierende interdisziplinäre Kooperationen. Denn wir haben für die goMedus Zentren Partner in ergänzenden stationären Leistungsbereichen gesucht. Das heißt, dass wir an jedem Standort Kliniken haben, mit denen wir indikationsbezogen zusammenarbeiten, darüber hinaus Reha-Einrichtungen und Pflegeeinrichtungen. Unsere kooperierenden Ärzte verstehen sich als Gesundheitsmanager für die Patienten, die sie durch den Dschungel des Gesundheitswesens zu führen versuchen.

Nicht nur den Patienten in den frühen Jahren seines Lebenszyklus haben wir im Focus. Die demografische Entwicklung und die alternde Gesellschaft sind auch für uns Thema: Wir haben mittlerweile zwölf eigene ambulante Pflegedienste unter der Marke miCura und werden weitere aufbauen. Wir sehen hier den Bedarf, weiter zu multiplizieren, so dass wir auch hier ein Franchisesystem begründen werden. Wir bieten nicht nur die direkte ambulante Pflege, sondern auch eine sogenannte Arztassistenten an und das entsprechende Überleitungsmanagement für die Akutkrankenhäuser zur besseren Betreuung der Patienten. Zusätzlich haben wir, sozusagen als zentrale Kompetenzzentren für das Thema „Betreuung im Alter“, zwei eigene Residenzen in Bremen und Münster.

Wenden wir uns jetzt dem zu, was wir auch als Netzwerkmanagement bezeichnen. Wir haben insbesondere für einen Tarif, den wir 2002 unter dem Namen „BestCare“ herausgebracht haben, ein Topspezialistennetzwerk aufgebaut. Zu diesem Spezialistennetzwerk gehören bundesweit über 80 Topmediziner. Wir sichern jedem, der diesen Tarif abgeschlossen hat, bei schwerwiegenden Erkrankungen zu, dass er innerhalb von drei bis fünf Tagen eine Behandlung oder eine Second-Opinion erhält. Dieses BestCare Netzwerk hat schon vielen unserer Versicherten im „Krisenfall“ eine schnelle und hochqualitative Behandlung ermöglicht. Mittlerweile bieten wir das nicht nur im Inland an, sondern zunehmend auch im Ausland. Versicherte, die im Ausland rückversichert sind, können dann auch in Deutschland behandelt werden, oder von den deutschen Fachärzten eine Second-Opinion einholen.

Eine weitere Auslandsaktivität unter der Rubrik Gesundheitsmanagement ist die Modellregion Denia in Spanien. Das heißt, wir haben dort ein kleines Krankenhaus gebaut und versorgen über einen 15-Jahresvertrag die dort ansässigen Menschen. Diese Versorgungsmodelle werden auch in anderen Ländern, nicht nur innerhalb Europas, diskutiert und auf ihre Umsetzbarkeit geprüft. Wie funktioniert das bisher in Denia in Spanien? Wir erhalten eine cápita, einen entsprechenden Beitragssatz pro Monat und Versichertem. Dafür erbringen wir

dann die komplette ambulante und stationäre Versorgung. Es gibt Qualitätskriterien, die relativ einfach zu messen sind. Sind unsere Versorgungsleistungen nicht gut und der Versicherte in Denia ist unzufrieden, dann kann der Versicherte sich anderweitig behandeln lassen. Uns geht dann seine cápita verloren.

Wie sieht unser Ausblick, unsere Strategie 2012 aus? Wir bleiben auf Kurs: Wir wollen unsere Netzwerke und Gesundheitszentren noch schneller ausbauen als in den letzten Jahren. Bis 2012 wollen wir in der goDentis 1500 Partnerärzte haben. Zwölf goMedis Zentren sollen es bis 2012 sein; hinzu kommen 2400 bis 2500 niedergelassene goMedus Ärzte. Das Topspezialistennetzwerk wollen wir von 80 auf 120 Teilnehmer ausbauen. Unser Ziel ist, dann 17 Pflegedienste im Angebot zu haben.

Weitere Versorgungsthemen, mit denen wir uns derzeit beschäftigen, liegen insbesondere im stationären Bereich. Über diese werden Sie sicherlich innerhalb der nächsten Wochen und Monate Kenntnis erhalten, wenn wir die entsprechenden Aktivitäten bzw. Verträge abgeschlossen haben und auf den Markt gehen können.

Vielen herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Bedingungen für einen fairen Wettbewerb zwischen PKV und GKV



PROF. DR. NORBERT KLUSEN
Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse

Meine Damen und Herren,

was ist fair? Seit ich in diesem System arbeite, bin ich mir manchmal nicht mehr sicher. Unsere Gesetze, unsere Gesundheitsreformen sind natürlich geprägt von Kompromissen – zuweilen von großen Kompromissen. Im Koalitionsvertrag wurde unter anderem von einem fairen Wettbewerb zwischen privaten Krankenversicherungen und gesetzlichen Krankenversicherungen gesprochen. Der eine oder andere ist sicherlich der Auffassung, dass es fair wäre, die private Krankenversicherung abzuschaffen. Wem gegenüber wäre das fair? Die Ergebnisse der Gesundheitsreform sind uns allen bekannt. In manchen Bereichen hat sie zu noch mehr Verwirrung geführt und das Verhältnis von PKV und GKV noch unklarer gemacht. Herr Knieps hat heute gesagt, dass er sich eine private Lösung für das Gesundheitssystem vorstellen könnte, das kann auch ich. Die Frage ist aber: Wie könnte man denn privatisieren? Und was hieße dann privat?

Ein allgemeingültiges, privatwirtschaftliches Krankenversicherungsmodell, gestaltet nach dem Muster der PKV, wird es sicher nicht geben. Die heutige PKV ist ein Nischenmodell, sie könnte nicht für ein ganzes Land Krankenversicherungen mit Kapitaldeckung anbieten. Kapitaldeckungselemente zu berücksichtigen, hielte ich zwar für richtig, nur müsste dann die jetzige Generation dieses Kapital aufbringen. In den USA wird die Krankenversicherung aktuell neu gestaltet. Leute, die Obama jetzt beraten, sagen mir, eine Kapitaldeckung für das ganze Land käme nicht in Frage. Ein Staatssystem, wie das in England, sei ebenfalls keine Option. Das Gesundheitssystem in den USA ist immens teuer. Es ist etwa zur Hälfte, z.B. Medicaid und Medicare, steuerfinanziert und verschlingt immer größere Summen. Man hat bisher zu verhindern versucht, diese Krankenversicherungssysteme für noch mehr Bürger zu öffnen. Nach wie vor sind in den USA sehr viele Menschen ohne Krankenversicherung. Ein Grund dafür sind auch die großen Freiheiten der Leistungserbringer, etwa der Pharmaindustrie, welcher weitgehend Marktpreise gezahlt werden. Hier wird es Einschränkungen geben.

Die FDP hat im Jahr 2005 gesagt, der Gesundheitsfonds sei das Einfahrtstor für die Einheitskasse. Was ist das eigentlich, die Einheitskasse? Das wäre wohl die Bundesanstalt für Krankenversicherungen nach dem Muster der Rentenversicherung. Ich bin jedes Mal wieder erstaunt, dass ich bei Veranstaltungen mit Ärzten mit dem Wunsch konfrontiert werde: „Hört auf mit diesem ganzen Kassenunsinn. Eine Krankenversicherung und dann ist das alles in Ordnung. Dann haben wir Ruhe.“ Ja, in der Tat, denn dann gäbe es kein besser oder schlechter, dann gäbe es niemanden, der nach besseren Lösungen strebt – der eigentliche Sinn von Wettbewerb. Was die Bezahlung betrifft, ergäbe sich eine Situation wie in England. Man hat im National Health Service an den Ärztevergütungen gespart, bis sie so niedrig waren, dass kaum noch ein Arzt bereit war, für diese Vergütung zu arbeiten. Viele englische Ärzte sind ausgewandert, vor allem nach Amerika. Nachdem keiner mehr Arzt

werden wollte, gab es vor einigen Jahren einen Schub in der Bezahlung.

Deshalb brauchen wir in dieser Hinsicht eine gewisse Pluralität. 1990 hatten wir in Deutschland gut 1.000 Krankenkassen, zehn Jahre später noch gut 400, heute sind es noch 196. In der nächsten Zeit wird diese Zahl weiter sinken. Der Gesundheitsfonds ist ganz unbestreitbar ein zentralistisches Element. Und wenn man ein ganz stark staatsgesteuertes System einführen will, dann ist der Gesundheitsfonds dazu ein ganz entscheidendes Instrument. Man müsste die Kompetenzen des GKV-Spitzenverbandes nur noch erweitern und wäre dann de facto bei einem solchen System. Die Krankenkassen muss man dazu gar nicht auflösen. Es entstünde ein System, das weder für die Versicherten noch für die Leistungserbringer von Vorteil wäre. Der Gesundheitsfonds hat den Krankenkassen die Autonomie in der Beitragsfestsetzung genommen. Das Ergebnis: Der Beitragssatz ist so hoch wie nie zuvor. Nach Schätzungen des Spitzenverbandes wird das Geld des Fonds dennoch nicht reichen, auch nach unseren Schätzungen reicht es nachvollziehbar nicht. Jetzt haben wir eine Finanzkrise in einem zuvor nicht denkbaren Ausmaß. Bevor dieses erkennbar war, erhielten wir eine Einnahmengarantie vom Staat, verbunden mit der Verpflichtung, das Geld aus dieser Garantie später wieder zurückzuzahlen. Es wird eine große Kunst der zukünftigen Gesundheitsministerin oder des zukünftigen Gesundheitsministers sein, dafür zu sorgen, dass die Krankenkassen entweder von der Rückzahlungspflicht befreit werden oder eine weitere Stundung erhalten. Machen wir einen Vergleich mit dem französischen Krankenversicherungssystem, stellen wir fest, dass die französische Einheitsversicherung stets staatliche Kredite erhält, wenn sie ins Minus gerät. Deshalb steht sie mit ungefähr 50 Mrd. Euro in der Kreide. Bei uns haben schon sehr viel geringere Defizite als in Frankreich große Gesundheitsreformen ausgelöst, um die Finanzen der Krankenversicherungen wieder zu stabilisieren. Dies macht deutlich, zu welchen Problemen der Fonds führen wird.

Auf der anderen Seite hatten wir als Krankenkassen noch nie so viele Freiheiten wie jetzt. Wir können Einzelverträge schließen und verfügen auch über andere Wettbewerbsinstrumente. Man gab uns die Möglichkeit, Integrationsversorgung zu lernen, finanziert aus dem einprozentigen Abschlag von der Gesamtvergütung bzw. den einzelnen Krankenhausrechnungen. Ich war immer dafür, dass diese Anschubfinanzierung wirklich nur eine Anschubfinanzierung ist. Denn wir müssen Versorgungsmodelle planen, die sich irgendwann auch rechnen – ohne für Leistungen doppelt zu bezahlen. Man kann investieren, aber irgendwann muss es sich rechnen oder es muss zumindest bei gleichem Preis eine bessere Versorgungsqualität erreicht werden.

Die Wahltarife, die wir für die Versicherten anbieten können, haben nicht die Bedeutung, die ihnen von Seiten der PKV beigemessen werden. Die Wahltarife bedrohen die PKV in keiner Weise in ihrer Existenz. Sie sind in einem Versuchsstadium, in dem herauszufinden ist, was unsere Versicherten wünschen. Die Wahltarife müssen sich zudem selbst tragen und dürfen nicht aus den Solidarbeiträgen für die Krankenversicherung finanziert werden. Wir nehmen diesen Aspekt sehr ernst, das macht auch die Bundesaufsicht über die Ersatzkassen.

Unsere Einstellung zur PKV und zu unseren Kooperationspartnern hat sich zum Positiven verändert. Wir arbeiten sehr gut, sehr kooperativ, sehr vernünftig zusammen. Unser Partner macht Angebote, die dem Bedarf der Versicherten entsprechen. Das ist dann in der Regel kein Klassiker-Angebot der PKV, denn unsere GKV-Versicherten denken ein wenig anders. Auf der anderen Seite kann solch ein System nur wirtschaftlich sein, wenn es mit Risikoprüfungen und Risikoäquivalenz arbeitet. Es können diese Prinzipien also nicht völlig ausgeschaltet werden. Man muss Kompromisse finden und es gibt sehr kreative Tarife, die von den privaten Partnern mit uns zusammen konzipiert wurden und die sehr erfolgreich betrieben werden. Hier kommen sich GKV und PKV näher und ich würde sagen, die PKV hat eine Menge von der GKV gelernt.

Bei der TK gehen jedes Jahr 18 Millionen Anrufe von Versicherten ein, für dieses Jahr erwarten wir sogar 20 Millionen. Wir haben insgesamt 80 Millionen persönliche Kundenkontakte pro Jahr, alleine in der TK. Das verläuft professionell und freundlich und wir bekommen gute bis hervorragende Bewertungen. Die GKV steht den Menschen sehr nah. Offensichtlich ist die Krankenkasse Ansprechpartner bei vielen Problemen des Lebens. Einen vergleichbaren Umfang an Kundenanfragen, an Kundenkontakten und an verschiedensten Anliegen kennt die PKV nicht, auch nicht die Nähe zu den Menschen.

Das Vorhandensein einer PKV ruiniert nicht die GKV, auch wenn sie der GKV die Gesündesten wegnimmt. Nun wird gesagt, in einem Land, das sich für eine solidarische Krankenversicherung entschieden hat, könne es kein solches System geben, das zu Lasten des anderen existiert. Solidarität heißt, dass die Starken für die Schwachen da sind. Wenn die Starken aber weggehen, weil sie in der PKV weniger Beitrag zahlen müssen, ist das ein evidentes Gerechtigkeitsproblem. Nun ist mir bewusst, dass die Lösung eines Gerechtigkeitsproblems nicht selten fünf neue aufwirft. Die PKV gibt es seit 100 Jahren, sie besitzt alte Rechte, die man nicht einfach beiseite schieben kann. Auf der anderen Seite ist es aber ebenso wenig richtig, dass die PKV die GKV subventioniert.

Innerhalb der PKV, da gebe ich Herrn Knieps Recht, besteht kaum Wettbewerb – heute etwas mehr als früher. Auch wenn es einige Wechsel von jüngeren Menschen geben mag, ist dies kein Vergleich zu dem Wettbewerb, den wir in der GKV um unsere Versicherten haben. Einen Wettbewerb um Bestandsversicherte gibt es in der PKV nach wie vor nicht.

Ist eine Annäherung der Systeme gewünscht, sollte man die Krankenversicherungen völlig öffnen und das Spiel neu definieren. Schrittweise sind dann die Bevorzugungen auf Seiten der GKV wie auf Seiten der PKV abzuschaffen.

Die Veränderungen, die der Gesetzgeber hervorgerufen hat, sind zum Teil nicht konsequent. Man sieht, dass es in einer großen Koalition schwierig ist, Einigungen herbeizuführen. Man hat mit dem Gesundheitsfonds etwas Bedeutendes

geschaffen, er verändert die Rahmenbedingungen für die gesetzliche Krankenversicherung erheblich. Ulla Schmidt hat immer gesagt, der Fonds mache nur Sinn, wenn die privaten Krankenversicherungen auch einzahlen müssten. Doch dies ist ausgeblieben und jetzt bleibt den privaten Krankenversicherungen sogar erspart, sich dem Wettbewerb um Bestandsversicherte zu stellen. Wir müssen im Gegensatz zur PKV unsere Mitgliederentwicklung ständig im Blick haben. Der Wettbewerb verpflichtet uns dazu, unsere Kunden mit überzeugenden Argumenten an uns zu binden, denn sie haben die Möglichkeit zu wechseln, auch Altversicherte. Und natürlich werben wir Krankenkassen uns die Mitglieder gegenseitig ab. Verlieren wir Mitglieder, hat das Konsequenzen für unsere Arbeitsplätze: Wenn ich ein Defizit von 100.000 Mitgliedern hätte, dann würde das auch bedeuten, dass 100 oder 120 Mitarbeiter ihren Arbeitsplatz verlieren würden. Das heißt, wir müssten dann das Unternehmen entsprechend anpassen.

Auch innerhalb der GKV gibt es Bedingungen, die völlig inakzeptabel sind: Die unterschiedlichen Aufsichtspraktiken zwischen Bund und Ländern führen dazu, dass AOKen ganz andere Dinge dürfen als wir, dennoch stehen wir miteinander im Wettbewerb. Und man hat den Eindruck, dass bei den Wahlтарifen hier und da in manch einem Land nicht so genau beachtet wird, ob sie denn auch wirtschaftlich sind. Das ist nur ein Aspekt. Ein weiterer ist das Kartellrecht: Es kann doch nicht sein, dass eine Ortskrankenkasse mit 40 bis 50 Prozent Marktanteilen einkauft. Mancherorts werden jetzt Ärzte mit lukrativen Verträgen geködert, Patienten in die AOK zu schicken. Wissen die Ärzte eigentlich, was sie damit tun? Auf Dauer schaffen sie damit einen noch Mächtigeren auf der anderen Seite, bis sie damit das wettbewerbliche Element ganz eliminiert haben. In einigen Jahren schlägt das gegen die Ärzte zurück, dennoch verhalten sie sich, wie die AOK es sich erhofft, und sie tun dies aus pekuniären Interessen. Ich fordere das Kartellrecht, das für die PKV gilt, auch für die GKV, und zwar voll und ganz in allen Bereichen, als Fusionskontrolle, aber auch als Verhaltenskontrolle.

Wenn man jetzt den Weg der Konvergenz der beiden Systeme weitergehen will, so dass am Ende nur eine Art Krankenversicherung in Deutschland übrig bleibt, dann sind auf diesem Weg eine ganze Menge Probleme zu lösen. Unterschiedliche Kriterien müssen in Übereinstimmung gebracht werden. Das ist schwierig, aber machbar.

Die Kapitalrückstellungen der Privaten müssten eigentlich tabu sein. Wer an rechtsstaatliche Prinzipien und an die Verfassung glaubt, der kann es nicht gut heißen, wenn versucht wird, die Kapitalrückstellungen zu vereinnahmen, die für die zukünftige Versorgung von Menschen gebildet worden sind.

Bei der Entwicklung der Leistungsausgaben erkennen wir, dass diese in der PKV sehr stark steigen. Vermutlich wird hier vieles kompensiert, was in unserem Bereich nicht mehr bezahlt wird. Dies ist auch aus Sicht meiner Kollegen in der PKV sehr besorgniserregend. Deshalb sage ich nochmals: Würde in Deutschland eine PKV eingeführt werden nach dem Prinzip „alles müsste privat werden“, wäre das System nicht mehr bezahlbar. Die PKV funktioniert mit Risikoprüfung und Risikoäquivalenz, die GKV funktioniert nicht so und sie kann den Ärzten auch nicht solche Einkommen bieten wie die PKV. Die PKV als Nischensystem gefährdet weder die GKV noch die Versorgung in Deutschland. Dennoch wird die Frage immer wieder gestellt werden: Es kann doch nicht sein, dass hier manche privat versichert sind, und dass so praktisch Milliarden an Versicherungsbeiträgen der gesetzlichen Krankenversicherung entzogen werden.

Sowohl die PKV als auch wir haben sehr viele anspruchsvolle Versicherte. Die Tageszeitung „Die Welt“ machte kürzlich eine interessante Umfrage. Danach war die Zufriedenheit der PKV-Versicherten niedriger als die der GKV-Versicherten. Das mag bei den einzelnen Krankenkassen und einzelnen Unternehmen dann sicherlich sehr unterschiedlich sein. Dennoch zeigt es, wie sehr sich die GKV durch den Wettbewerb seit 1996 im Bereich der Kundenbindung und Kundenorientierung entwickelt hat.

Unser Partner, die Central Krankenversicherung AG, hat ausschließlich für unseren Versichertenbestand die ENVIVAS Krankenversicherung AG als Anbieter für private Zusatzversicherungen gegründet. Wir haben vieles voneinander gelernt. Wir haben zum Beispiel gelernt, wie man die Ansprüche der gesetzlich Versicherten mit den Angeboten der privaten Versicherung in Übereinstimmung bringen kann. Wir sind mit dieser Kooperation sehr zufrieden, sie ist gut und konstruktiv. Die Mitarbeiter arbeiten hervorragend zusammen. Das ist auch bei anderen Krankenkassen so und es war für die Versicherten insgesamt von großem Vorteil. Die Versicherten wollen Krankenversicherungsangebote aus einer Hand, und das können sie bei uns auf diese Art und Weise auch bekommen. Eine noch intensivere Zusammenarbeit ist durchaus vorstellbar. Am Beispiel der Allianz sehen Sie, dass innerhalb der privaten Krankenversicherungswelt keine Einigkeit mehr besteht, wie das Geschäftsfeld der Privaten in der Zukunft aussehen soll. Das Gesundheitssystem entwickelt sich weiter, Veränderungen werden kommen. Sie könnten den Basistarif betreffen – eine Zeitbombe für die PKV – möglich ist auch eine Konvergenz, indem man die Systeme zusammenbringt und alles privatisiert. Ich kann mir gesetzliche Krankenkassen sehr gut als Non-Profit-Unternehmen in einer privaten Rechtsform vorstellen. Die Freiheitsgrade würden steigen und man könnte individueller auf seine Kunden eingehen. Die PKV ganz abzuschaffen, wird nicht möglich sein. Ein anderer Weg könnte sein, die PKV stärker auf den Zusatzversicherungsschutz zu begrenzen und die GKV die normale Grundversorgung übernehmen zu lassen. Solche Denkspiele gibt es in den politischen Parteien, doch am Ende werden wieder Kompromisse stehen.

Ich persönlich würde mir eine Konvergenzlösung wünschen. Ich würde mir wünschen, dass man die gesetzlichen und die privaten Krankenversicherungen in einen echten Wettbewerb miteinander bringt, dass sie sich auch zusammenschließen können und dass sie das aber als Unternehmen machen, so wie es in der Schweiz geregelt ist. Und ich würde mir wünschen, dass sie eine staatliche Verpflichtung erhielten,

das Gesundheitssystem zu managen, wie in Holland. Ich verspreche mir eine zunehmende Managementkompetenz bei den Krankenkassen, wenn man sich mehr aus dem öffentlichen System herauslöst und größere Freiheitsgrade erhält. Mir ist dieser Gedanke sympathischer als immer mehr staatlich zu regulieren. Der Staat würde sich selbst überfordern.

| **Themenblock 3:**

Perspektiven für einen freien Arztberuf

| Angleichung der Vergütungssysteme?



PROF. DR. STEFAN GRESS

Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie, Hochschule Fulda

Meine Damen und Herren,

ich bedanke mich sehr für die Einladung. Ich habe gesehen, im Programm ist der Titel meines Vortrages mit einem Fragezeichen versehen. Ich habe mir erlaubt, ein Ausrufezeichen dahinter zu setzen und den Titel ein wenig zu variieren: Argumente für eine Angleichung der Vergütungssysteme in den beiden Versicherungssystemen GKV und PKV! Ich vertrete in Lehre und Forschung nicht nur die Versorgungsforschung, sondern auch die Gesundheitsökonomie. Insofern sind das die beiden Perspektiven, unter denen ich mich diesem Thema annähere. Vieles ist heute schon gesagt worden und deswegen versuche ich, mich kurz zu fassen und meine zentralen Argumente in Thesen vorzubringen, die wir dann in der Diskussion hoffentlich mit genügend Zeit vertiefen können. Es sind im Wesentlichen fünf Thesen. Davon beschreiben drei die Gegenwart aus meiner Sicht und zwei deuten dann in die Zukunft. Vielleicht nicht in dem 15-Jahreshorizont, den Herr Knieps heute Morgen angesprochen hat, vielleicht eher

in einer mittelfristigen Perspektiven von vier bis acht Jahren, wenn wir in Legislaturperioden denken.

Die erste These, die heute auch Herr Klusen schon angesprochen hat, ist die These des verzerrten Systemwettbewerbs. Meine These in diesem Zusammenhang ist, dass sich die private Krankenversicherung die doch relativ großzügigen Honorierungen für die Behandlung der privatversicherten Patienten nur auf der Grundlage oder als Resultat dieses verzerrten Systemwettbewerbs leisten kann. Ich werde das gleich noch ein wenig ausführen.

Die zweite These bezieht sich auf die sehr stark divergierenden finanziellen Anreize in der Arztpraxis. Auf der einen Seite stehen die Vergütungen für die Behandlung der gesetzlich versicherten Patienten und Patientinnen, auf der anderen Seite die Honorare für die privat versicherten Patienten und Patientinnen. Das führt natürlich zu einer bevorzugten Behandlung privat versicherter Personen. Ich glaube, das ist relativ unstrittig. Strittig ist die Beurteilung der Konsequenzen. Geht es hier nur um eine Frage des Komforts oder des Services, oder führt es nicht mehr in Richtung massiver Zugangsbeschränkungen und darüber hinaus? Ein zweiter Aspekt als Effekt dieser finanziellen Anreize, der in der öffentlichen Diskussion nicht so stark im Vordergrund steht, ist der, dass natürlich diese unterschiedlichen finanziellen Anreize auch Regionen mit einem geringen Anteil privat versicherter Personen unattraktiv machen. Ja, das gilt nicht nur im Ost-West-Vergleich, das ist nicht nur der Gegensatz Stadt-Land, das ist auch innerhalb von bestimmten Metropolen der Fall. Ich selbst wohne in Essen. Dort gibt es die typische Unterteilung „nördlich der Bahngleise“ und „südlich der Bahngleise“. Nördlich der Bahngleise liegt das alte Arbeiterviertel mit einem sehr geringen Anteil von Privatpatienten, im Süden, der landschaftlich ein bisschen schöner ist, liegen die Trendstadtteile. Es besteht natürlich ein extremes Einkommensgefälle und auch ein Gefälle hinsichtlich des Anteils der Privatpatienten. Kinderärzte, Kinderärztinnen kann man beispielsweise kaum noch dazu bewegen, sich im Norden niederzulassen.

Die vierte These weist in die Zukunft. Auch sie ist heute bereits angesprochen worden. Es geht um die Frage, ob sich denn die PKV dieses großzügige System auf Dauer noch leisten kann? Herr Klusen hat schon darauf hingewiesen, dass die privaten Versicherungsunternehmen diese hohen Honorare ja nicht gern zahlen. Eine Einzelleistungsvergütung ohne Mengengrenzung ist eine Option für eine Nische, aber sicher nicht für die Gesamtbevölkerung und meine These ist, dass es auch für diese Nische auf Dauer keine realistische Option sein kann.

Und die letzte These befasst sich damit, wie eine Angleichung der Vergütungssysteme aussehen müsste. Natürlich wird diese Angleichung der Vergütungssysteme nicht auf der Ebene der GKV stattfinden können, sondern sie wird die GKV belasten müssen, um durchsetzbar zu sein. Sie wird, um finanziert werden zu können, kompensiert werden müssen.

Nun zu den Thesen im Einzelnen. Es wurde heute schon mehrmals angesprochen, dass es in GKV und PKV unterschiedliche Kalkulationsprinzipien gibt, was die Beiträge bzw. die Prämien angeht. Es ist für den Versicherten höchst rational, auf der Basis der individuellen gesundheitlichen, familiären und Einkommenssituation abzuwägen, ob er sich in der GKV oder in der PKV besser aufgehoben fühlt. Wir sehen anhand der Empirie, etwa am sozioökonomischen Panel, dass es überwiegend Personen mit einem überdurchschnittlich hohen Einkommen sind, die sich für die PKV entscheiden. Selbst wenn wir die Beamten und die Selbständigen mit einrechnen, ist das durchschnittliche Einkommen der PKV-Versicherten immer noch deutlich höher, als das der GKV-Versicherten. Das mag in der Debeka, wie heute angesprochen, anders sein, weil da sehr viele Beamte versichert sind. Wenn wir die PKV insgesamt im Durchschnitt betrachten, dann ist das so und natürlich sind die PKV-Versicherten im Durchschnitt auch gesünder. Heute wurde mehrfach angesprochen, dass man diese künstliche Trennung, Friedensgrenze, Versicherungspflichtgrenze, wie immer man sie nennt, doch eigentlich aufheben könnte, um allen die Möglichkeit zum Wechsel einzuräumen. Unter den

gegebenen Voraussetzungen halte ich dies nicht für sinnvoll. Damit würde das Potential der Risikoselektion zu Lasten der GKV ausgeweitet werden. Verbunden damit ist auch die These, dass sich die PKV eine GOÄ ohne Mengenbegrenzung nur als Konsequenz der Risikoselektion zu Lasten der GKV leisten kann. Wenn ich mich nämlich entscheide, von der GKV in die PKV zu wechseln, dann geht es in erster Linie um die Frage, ob ich ein gutes gesundheitliches Risiko bin. Der Aspekt, dass die Kosten für die Vergütung der ärztlichen Leistungen in der PKV sehr viel höher sind als in der GKV, spielt dann eine sehr geringe Rolle. Ja, Herr Knieps hat schon gesagt, er kann das mit der Quersubventionierung nicht mehr hören. So weit würde ich nicht gehen. Die These von der Quersubventionierung ist auf den ersten Blick sicherlich sehr plausibel. Aber diese These verkennt den Ursprung dieser unterschiedlichen Vergütungsansätze.

Wenden wir uns nun der These von der bevorzugten Behandlung von Privatpatienten zu. In der Praxis sind Ärztinnen und Ärzte täglich mit den sich wirklich sehr extrem unterscheidenden finanziellen Anreizen konfrontiert. Als Ökonom weiß ich, dass finanzielle Anreize wirken, wenn diese Anreize auch sehr, sehr stark abgeschwächt werden, insbesondere durch ethische und professionelle Standards. Als Ökonom würde ich prognostizieren, dass die Ungleichbehandlung viel stärker wäre, wenn wir nur die in der Ökonomie übliche Abwägung zwischen Einkommensmaximierung und Freizeitmaximierung zu Grunde legen würden. Offensichtlich spielen da noch viele andere Aspekte eine Rolle, die sehr stark unterschiedlich abschwächend in ihren Konsequenzen sind. Meine These ist aber auch, dass es bei der bevorzugten Behandlung von Privatpatienten nicht nur um Service und Komfortleistungen geht; vor fünf bis sechs Jahren hätte ich dem noch zugestimmt. Inzwischen geht es auch um massive Zugangsbeschränkungen in manchen Regionen. Wir wissen, dass Zugangsbeschränkungen, die Aufschiebung von Behandlungen negative gesundheitliche Konsequenzen haben. Ich möchte ein Argument ansprechen, das in diesem Zusammenhang oft genannt wird.

Es wird oft darauf hingewiesen, dass es in der GKV inzwischen auch Selektivverträge, Regelungen, in denen bevorzugte Behandlung von GKV-Patienten festgeschrieben wird, gebe. Die Techniker Krankenkasse hat dieses Modell mit speziellen medizinischen Versorgungszentren, in denen bestimmte bevorzugte Zugänge festgeschrieben werden. Könnte man sagen, das ist ja auch eine Form der Zwei-Klassen-Medizin? Dem widerspricht, dass jeder GKV-Versicherte die Möglichkeit hat – unter einer halbwegs funktionalen Wettbewerbsordnung und mit Wahlrechten ausgestattet – zu dieser Kasse zu wechseln, wenn er das möchte. Das ist in der PKV eben nicht gegeben. Ein paar Worte noch zu den regionalen Wirkungen. Es ist sicherlich so, dass eine Ursache, sicherlich nicht die einzige, aber eine Ursache, des Trends, den wir sehen, ist, dass dieser Trend auch mit dem Anteil der Privatversicherten in einer Region zu tun hat. Gleichzeitig sehen wir auch Regionen, in denen es eher eine Überversorgung mit bestimmten ärztlichen Fachrichtungen gibt. Das hat, wie gesagt, mit Stadt und Land zu tun, auch mit West oder Ost, aber sicherlich auch mit einem Einkommensgefälle. In diesem Zusammenhang glaube ich, dass dieses Gefälle alleine durch Modifikationen in der GKV-Vergütung, wie jetzt in den letzten Jahren geschehen, nicht behoben werden kann. Dazu bedarf es auch Modifikationen in dem Vergütungsverhältnis zwischen GKV und PKV.

Kommen wir nun zu den beiden Thesen, die eher in die Zukunft weisen. Die GOÄ ist im Prinzip eine Einzelleistungsvergütung ohne Mengenbegrenzung, also ohne Budget, ohne Regelleistungsvolumina, ohne irgendwelche Obergrenzen. Wenn wir schauen, ist das sicherlich etwas sehr Ungewöhnliches, nicht nur in Deutschland, sondern auch im internationalen Vergleich. Das birgt massive Anreize zu Leistungsausweitungen und Überversorgung. Ganze Heerscharen von Gesundheitsökonomen haben sich mit den Effekten von Einzelleistungsvergütungen ohne Mengenbegrenzung auseinandergesetzt und haben nachgewiesen, dass dieser Effekt eintritt, auch wenn er methodisch schwer nachzuweisen ist. Meine These in diesem Zusammenhang ist, und das kann

noch nicht nachgewiesen werden, da es hier um Zukünftiges geht, dass der daraus resultierende Ausgabenzuwachs auch für die PKV auf die Dauer nicht mehr finanzierbar sein wird, zumal der Druck natürlich auch für die PKV immer stärker wird. Belastungen, ich nenne nur die Belastungen durch den Basistarif, wirken sich natürlich durch die Umlage des Defizits auch auf den Normalversicherten aus und auch der Rückgang des Neugeschäfts, der heute schon angesprochen war, wird sich für viele, aber auch wiederum nicht für alle privaten Krankenversicherungsunternehmen, als Problem erweisen. Und mittelfristig wird auch die PKV nicht ohne Mengenbegrenzung auskommen, das hat der Vertreter der DKV heute gesagt, und natürlich auch nicht ohne eine stärkere Leistungssteuerung. Nun zur Frage der Angleichung der Vergütungssysteme. Aus dem was ich gesagt habe, bevorzugte Behandlung privat Versicherter, Probleme in der Planung, in der ausreichenden Versorgung, insbesondere im ländlichen Bereich aber auch in einkommensschwachen Regionen, aus dieser Diagnose folgt die Therapie: Diese finanziellen Anreize müssen neu justiert werden. Man kann sich verschiedene Ansätze vorstellen. Man könnte alles auf das GKV-Niveau herunter regeln, oder man könnte das Ganze auf PKV-Niveau anheben. Beides sind Extreme, die wahrscheinlich in der Debatte nicht durchsetzbar sein werden, insofern wird eine Lösung irgendwo dazwischen liegen. Selbst wenn man sich überlegt, dass das Ganze aufkommensneutral durchgeführt wird, aufkommensneutral für die Gesamtheit der Ärzteschaft, hieße das natürlich innerhalb der Ärzteschaft, dass es Gewinner und Verlierer geben würde. Insbesondere Praxen mit vielen Privatpatienten würden Umsatzverluste machen und Regionen mit vielen Privatpatienten ebenso. Andererseits hieße das aber natürlich auch, dass es Gewinner gäbe und das wäre in diesem Fall auch der beabsichtigte Steuerungseffekt. Die PKV würde insgesamt entlastet werden, aber auch, und das ist in diesem Zusammenhang von Bedeutung, die Beihilfeträger. Ein Großteil der Vergütungen wird durch die Beihilfeträger finanziert und auch die Bundesländer leiden unter zunehmenden finanziellen Restriktionen.

Natürlich, wenn man das politische Geschäft kennt, wird auch davon auszugehen sein, dass diese Belastungen für die GKV kompensiert werden müssen, beispielsweise durch den Einbezug der Privatversicherten in den Risikostrukturausgleich, beispielsweise über einen Einkommensausgleich. Selbst als Ökonom wäre ich immer der Auffassung, dass ich die Frage, wie denn das Vergütungssystem letztendlich ausgestaltet würde, ob mit einer Vollpauschale, einer Kopfpauschale, einer Einzelleistungsvergütung mit Budget, einer erfolgsorientierten Vergütung, was man sich nicht alles vorstellen kann, auf dem Markt geklärt wird, indem die Krankenkassen und die Krankenversicherungen Verträge mit den Leistungsanbietern schließen. Aber, das gelingt erst, wenn gleiche Wettbewerbsbedingungen herrschen und die PKV nicht mehr von der Risikoselektion zu Lasten der GKV profitiert. Das sind meine fünf Thesen für die Diskussion nachher. Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit und freue mich auf die Diskussion.

I Zukunft der GOÄ und des Kostenerstattungsprinzips



DR. REGINA KLAKOW-FRANCK
Stellvertretende Hauptgeschäftsführerin der Bundesärztekammer

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

bevor ich in aller Kürze versuche, Herrn Professor Greß zu widerlegen, erlauben Sie mir aus Sicht der Bundesärztekammer und der überwiegenden Mehrheit unseres Parlaments, des Deutschen Ärztetags, darzustellen, wie wir zur Zukunft des Zwei-Säulen-Systems stehen. Welches ist das von uns präferierte Modell für die Weiterentwicklung? Ich weiß nicht, ob unseren heutigen Gesprächspartnern wirklich so klar ist, was die Spitzenorganisation der Ärzteschaft dazu meint. Es wurden Einzelstimmen von ärztlichen Kollegen zitiert, die sich wünschen, dass es nur noch eine einzige Versicherung gäbe. Es wurde indirekt auf den Hausärzteverband verwiesen, der möglicherweise durch seine Politik geradezu einer Einkaufsmodell-Politik durch die gesetzlichen Krankenkassen Vorschub leistet. Dies ist nicht die Position der Bundesärzte-

kammer und nicht die Position der überwiegenden Mehrheit des Deutschen Ärztetags.

Lassen Sie mich an den Beitrag von Herrn Knieps anknüpfen, der jetzt leider nicht mehr anwesend ist, und somit mein Kompliment nicht hören kann: Die Politik des BMG ist, und seitdem Herr Knieps dort Abteilungsleiter ist, gilt das ganz besonders, keinesfalls planlos, ganz im Gegenteil. Dahinter steckt System. Die Wurzeln für diese Entwicklung wurden mit der Grundsatzentscheidung von Lahnstein gelegt. Damals wurde entschieden, dass man einheitliche Rahmenbedingungen für GKV und PKV einführen möchte, mit einem Wettbewerb der Krankenversicherungen untereinander. Den zweiten Aufschlag zur Schaffung dieser einheitlichen Rahmenbedingungen haben wir in jüngster Zeit durch die Große Koalition erfahren. Es mussten zwei unterschiedliche Modelle miteinander versöhnt werden: Die Vorstellung der SPD, eine Bürgerversicherung einzuführen, musste in Einklang gebracht werden mit dem Leitgedanken der CDU, die Lohnabhängigkeit der GKV abzuschaffen und die solidarische Gesundheitsprämie einzuführen. Inzwischen gibt es ein Synthesemodell sowie eine wissenschaftliche Untermauerung dieser politisch gewollten Zielsetzung, das Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung von 2008. Es trägt die schöne Überschrift: „Soziale Sicherung: Wider die Halbherzigkeit“. Hier sind die verschiedenen Einzelbausteine, die gebraucht werden, um einheitliche Rahmenbedingungen zu schaffen, genannt: die Einführung der allgemeinen Versicherungspflicht, die Aufhebung der Segmentierung in GKV und PKV, die Einführung einer einkommensunabhängigen Bürgerpauschale plus einen steuerfinanzierten sozialen Ausgleich. Das wäre also die Synthese zwischen den Vorstellungen von SPD und CDU: Man will grundsätzlich am Umlageverfahren festhalten; man will die Absicherung differenzieren in eine Basisversicherung, für die dann Kontrahierungszwang besteht, und eine fakultative Zusatzversicherung, für die dann auch risikoadjustierte Beiträge erhoben werden dürfen. Für die private Krankheitsvollversicherung müssen natürlich gewisse

Übergangsregelungen gewährleistet werden. Soweit die Synthesevorstellungen des Sachverständigenrats.

Wie weit sind wir schon auf dem Weg in diese Vereinheitlichung? Es ist beachtlich, was bereits auf den Weg geschickt wurde. Wir haben die offene Infragestellung der Dualität des deutschen Versicherungssystems. Wir haben in der Tat schon jetzt den Einstieg in eine allgemeine Versicherungspflicht, indem nämlich die bisher nur in der GKV bestehende Versicherungspflicht erweitert wurde zu einer allgemeinen Versicherungspflicht. Wir haben den Basistarif als Testfall für die Basisversicherung im Sinne einer Grundabsicherung der medizinisch notwendigen Versorgung. Wir haben einen zunehmenden Wettbewerb zwischen GKV und PKV, indem die GKV mit PKV-Instrumenten ausgestattet wurde, zum Beispiel mit Selbstbehalttarifen oder Wahltarifen mit Kostenerstattung auf Basis der GOÄ, und indem die PKV, wenn sie zwar untereinander noch nicht so stark konkurriert, GKV-Instrumente erhalten hat. Hierzu gehören die Möglichkeit zur Direktabrechnung mit Ärzten, durch Änderung des Versicherungsvertragsgesetzes im Jahr 2007, oder des selektiven Kontrahierens mit einzelnen Ärzten oder Ärzteguppen. Diese Möglichkeit wird von der PKV – wenn auch noch in bescheidenem Umfang – schon genutzt, wie wir von der DKV heute schon gehört haben. Die Möglichkeit, Einkaufsmodelle zu betreiben, wird sich in der PKV potenzieren, wenn sie denn die Öffnungsklausel so bekommen sollte, wie es im Moment noch im Referentenentwurf für die GOZ steht. Die jeweils komplementäre Ausstattung des einen Versicherungssystems mit Steuerungsinstrumenten des anderen soll vordergründig den Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen untereinander sowie den Wettbewerb der Systeme fördern. Letztendlich wird damit eine Angleichung der Versicherungssysteme vorangetrieben. Insgesamt hat das Ministerium doch schon Erhebliches zur Schaffung eines einheitlichen Versicherungsmarktes auf den Weg gebracht.

Was haben wir nicht? Wir haben meines Erachtens keine überzeugende Antwort für eine nachhaltige, generations-

gerechte Sanierung der Finanzierungsbasis der GKV. Die jetzige Dualität unseres Systems wird zwar als versicherungsökonomisch nicht begründbar bezeichnet, so der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, aber auch das neue Modell wird in keiner Weise versicherungsökonomisch begründet. Es ist eine politische Setzung, eine ideologisch begründete Option, die versucht wird, wissenschaftlich zu untermauern. Die versicherungsökonomischen Antworten dafür, dass dieser Weg der Königsweg ist, sind uns Herr Knieps und auch der Sachverständigenrat schuldig geblieben. Das einzige, was man meines Erachtens sehen kann, ist ein „Schmalspurlösungsansatz“. Man erhofft sich eine Verbreiterung der GKV-Einnahmebasis durch die sogenannten „guten Risiken“ der PKV. Mehr Lösungsansatz oder Beitrag für eine tatsächliche Sanierung der GKV-Krise kann ich in diesem Modell nicht entdecken. Das BMG treibt diese Zielsetzung jedoch weiter und setzt auf Destabilisierung und Zersplitterung der PKV (Basistarif, Einführung einer dreijährigen Wartezeit für GKV-Versicherte vor Wechsel in die PKV, Portabilität der Altersrückstellungen, GKV-Wahltarife in Konkurrenz zu PKV-Zusatzversicherungen u. v. m.). Es setzt auch, und dies durchaus erfolgreich, auf Zersplitterung der Ärzteschaft, gegen die wir uns als Bundesärztekammer strikt wenden.

Wie war nun die Position der Ärzteschaft auf dem Ärztetag 2008 in Ulm hierzu? Unser „Ulmer Papier“ wurde von der Presse überwiegend zurückhaltend aufgenommen. Dabei steckt in dem Papier mehr, als wahrgenommen wurde. Wir haben Prüfsteine aufgestellt für die Weiterentwicklung des Krankenversicherungssystems und ein klares Bekenntnis für die Koexistenz von PKV und GKV verabschiedet, weil wir von einem sinnvollen Zusammenwirken dieser beiden unterschiedlichen Versicherungssysteme zum Nutzen des Gesamtsystems überzeugt sind. Dennoch wurde unsere Position eher dahingehend ausgelegt, dass dies wieder nur eine konservative bis restaurative Denkweise sei: Die Ärzteschaft sage mal wieder, alles solle so bleiben wie es ist. Mitnichten! Es ist ein

bewusstes Bekenntnis zu einer Dualität des Systems auch in Zukunft, wobei nicht alles so bleiben kann, wie es ist. Vielmehr haben wir Vorschläge für eine strukturelle Weiterentwicklung der GKV-Säule formuliert. Viele dieser Ideen finden Sie jetzt auch in den Konzepten unterschiedlicher politischer Couleur wieder.

Hier noch einmal die Begründung des letzten Deutschen Ärztetags gegen die Zwangseingliederung der PKV in eine GKV-Systematik: Kurzfristig mag es zwar Entlastungseffekte durch die Verbreiterung der Einnahmebasis geben, langfristig würde aber die neue Einheitsversicherung von den aus der GKV übernommenen Strukturdefiziten wieder eingeholt werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn keine Demografie-reserve in dieses System eingebaut wird. Dass das Ganze nicht daran gesunden kann, dass mehr so genannte „gute Risiken“ eingeschleust werden, erkennt man daran, dass wir schon jetzt in der GKV 11,4 % freiwillig Versicherte haben, ohne dass die GKV damit ihre Probleme in den Griff bekäme. Wir haben uns 2008 beim Deutschen Ärztetag, und wir werden dies auch in diesem Jahr wieder tun, gegen die Schwächung der privaten Krankheitsvollversicherung, der wichtigsten Säule der PKV, gewandt. Mit Spannung sehen wir daher den noch zu erwartenden Urteilen des Bundesverfassungsgerichtes entgegen.

Die PKV muss, dies soll nicht bestritten werden, modernisiert werden. Es gehört schon lange zu den Forderungen des Deutschen Ärztetags und der Bundesärztekammer, dass von den bestehenden Tariffdifferenzierungsmöglichkeiten mehr Gebrauch gemacht wird, auch wenn dies erst einmal nur für Neukunden gilt. Es wäre weit mehr Tarifvielfalt möglich, als derzeit entwickelt wird. Wir halten es für überlegenswert, in individuellen Tarifangeboten besondere Versorgungsformen, z. B. für privat versicherte Chroniker oder auch bei bestimmten Risikokonstellationen oder Bedarfssituationen, Managed Care anzubieten, allerdings nicht als reines Einkaufsmodell, wie es uns heute von der DKKV vorgestellt wurde. Es gibt noch andere Ideen für Tarifangebote, die auch ohne Öffnungsklausel grundsätzlich möglich wären. Wir vermissen eine

in Kooperation mit der Ärzteschaft auf den Weg gebrachte Tarifiedifferenzierung. Die PKV könnte sich hierbei auch die Fehlentwicklungen ersparen, die bei der Implementierung der neuen Versorgungsformen im GKV-System zu beklagen waren.

„Pro Kostenerstattung“, das ist das klare Votum des Deutschen Ärztetags und der Bundesärztekammer. Wir haben uns letztes Jahr bei der Anhörung des Gesundheitsausschusses trotz unseres klaren Bekenntnisses für die Stärkung des Kostenerstattungssystems kritisch zu den GKV-Wahlтарifen „Kostenerstattung“ geäußert. Herr Professor Thüsing hat heute bereits unsere Argumente hierzu rekapituliert. Es muss ausgeschlossen werden können, dass eine Quersubventionierung zu Lasten der Solidarbeitragseinnahmen in der GKV stattfindet. Ich glaube Herrn Professor Klusen gerne, dass die Techniker Krankenkasse ihren Wahlтарif „Kostenerstattung“ so sorgfältig und plausibel kalkuliert, wie es das Bundesversicherungsamt fordert. Bei Wahlтарifen, die von anderen Kassen angeboten werden, haben wir da allerdings unsere Zweifel. Wenn die Tarife quersubventioniert werden, dann ist das nicht nur ungerecht den übrigen Versicherten der GKV gegenüber, sondern dies stellt auch eine massive Wettbewerbsverzerrung gegenüber der PKV und somit eine indirekte Schwächung der PKV dar.

Obwohl wir grundsätzlich für die Erprobung von GKV-Wahlтарifen sind, sehen wir dies kritisch, wenn es sich nur um eine Mogelpackung handelt. Man erlebt jetzt Angebote von Wahlтарifen mit der Überschrift „Kostenerstattung“, die gar keine Kostenerstattung beinhalten. Vielmehr erhält der Patient, der diesen Tarif gewählt hat, Leistungen als Sachleistungen. Dies bedeutet, dass positive Steuerungseffekte, die man sich in Richtung Reduzierung der Inanspruchnahme von Leistungen erhofft, hiervon nicht ausgehen können. Es besteht weder Transparenz über die Kosten noch hat der Patient Klarheit, wie er selbst durch sein Verhalten, über seine eigene selbst bestimmte Regulierung der Inanspruchnahme von Leistungen, zu einem wirtschaftlicheren Verhalten beitragen könnte. Der Wahlтарif heißt Kostenerstattung, ist

aber eigentlich nur ein Sondervertrag, der ganz konventionell abgewickelt wird. Genauso kritisch sehen wir, und das ist jetzt an die Kolleginnen und Kollegen gerichtet, wenn Verträge abgeschlossen werden, in denen GOÄ-Steigerungssätze vereinbart werden, die nicht nur weit unter dem durchschnittlichen 2,3-fachen Steigerungssatz bei privatärztlichen Leistungen liegen, sondern sogar noch deutlich unter dem gesetzlich vorgegebenen Basistarifniveau. Davor kann man nur warnen, dies ist ein Ausverkauf ärztlicher Leistungen! Sicher mag ein Selektivvertrag, der die Vergütung ärztliche Leistungen zum 1,4-fachen GOÄ-Satz vorsieht, im Moment besser sein als der EBM, aber das wird sich schon mittelfristig rächen.

Wie kritisch Bundeszahnärztekammer und Bundesärztekammer die Öffnungsklausel sehen, dürfte Ihnen bekannt sein. Es kann nicht sein, dass für die privaten Krankenversicherungsunternehmen eine Öffnungsklausel eingeführt wird, so dass Verträge an der GOÄ vorbei, und damit in der Preisgestaltung komplett frei, geschlossen werden können, im Gegenzug aber die Möglichkeit der freiwilligen abweichenden Honorarvereinbarung zwischen Patient und Arzt (§ 2 GOÄ) eingeschränkt werden soll. Das geht auf keinen Fall. Auf das Thema Direktabrechnungen, § 192 Abs. 3 Nr. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG), möchte ich jetzt aus Zeitgründen nicht näher eingehen.

Nun zum Beitrag von Herrn Professor Greß. Wenn wir auf dem Weg in eine Vereinheitlichung sind, ist es fast zwangsläufig und folgerichtig, dass man dann auch anfängt, über ein gemeinsames Vergütungssystem nachzudenken, zumindest erst einmal als Einstieg für den ambulanten Bereich. Dabei stellt sich die Frage: Welche Anforderungen muss so ein Vergütungssystem oder so eine Gebührenordnung erfüllen? Zunächst einmal ganz abstrakt: Wenn man die Möglichkeit der Kostenerstattung vorhalten will, muss es eine Gebührenordnung geben, die jede individuelle Vertragssituation abbilden kann. Die Gebührenordnung muss sämtliche Prozeduren umfassen, nach Möglichkeit auch sektorübergreifend. Sie muss nicht nur den State of the Art, sondern auch Innovationen

abbilden können. Das geht mit einem einzelleistungsbasierten Leistungskatalog grundsätzlich besser als mit Pauschalen.

Was ist nun das bessere Modell oder die bessere Blaupause für so ein vereinheitlichtes Vergütungssystem in einem vereinheitlichten Versicherungsmarkt? Ist das der EBM oder ist das die GOÄ? Sie, Herr Prof. Greß, haben pro EBM argumentiert. Ihre Ausgangshypothese lautet: Wir schaffen ein neues Honorarniveau bei den ambulanten Leistungen, wobei ich bei den privatärztlichen Honoraren etwas abschöpfe und dies umsatzneutral für die Ärzte zu Gunsten der GKV-Vergütung umverteile. Im Rahmen Ihrer Studie wären das im Schnitt ca. 2,3 Milliarden Euro, die von der PKV in die GKV verschoben würden. Sie versprechen sich davon, dass damit der Fehlanreiz zur Bevorzugung von Privatpatienten abgestellt wird. In Ihren schriftlichen Ausführungen empfehlen Sie den EBM als Vorbild für eine gemeinsame Gebührenordnung. Erstens schreiben Sie in Ihrem Gutachten, sei der EBM näher am aktuellen medizinischen Wissensstand als die teilweise veraltete GOÄ. Zweitens habe der EBM eine geringere Tendenz zu einer rein wirtschaftlich motivierten Leistungsausweitung wegen seiner stärker pauschalierten Struktur.

Was ich zunächst in Frage stellen möchte, ist Ihre Ausgangshypothese. Es bestehen keine Fehlanreize, privat versicherte Patienten zu bevorzugen. Vielmehr haben die Kostenunterdeckung und die Mangelverwaltung im GKV-System dazu geführt, dass gesetzlich versicherte Patienten rationierungsbedingt auf die Wartliste kommen. Wie wirkt sich das auf die Versicherten aus, wenn Sie auch noch den PKV-Bereich nach GKV-Manier deckeln wollen? Dann bekommen Sie eine Nivellierung wie in England, nämlich die gleiche Versorgung für alle, aber ich erlaube mir zu sagen, im Vergleich zu dem Versorgungsniveau, das wir in Deutschland haben, für alle gleich schlecht – vor allem aber schlechter als potentiell möglich. Es wird sich genau das einstellen, was wir eigentlich nicht haben wollen und was wir bisher nicht hatten: nämlich eine Zwei-Klassen-Medizin im negativen Sinne und die Schaffung „grauer“ Märkte. Für uns Ärzte liefere ein System

mit einer neutralen Umverteilung de facto auf ein Einfrieren des ärztlichen Gesamthonorarvolumens hinaus. Unseren Ärger darüber wollen wir beiseite lassen, denn da leidet mit uns ohnehin niemand mit.

Jetzt zum EBM. Ist dies die bessere Blaupause für eine gemeinsame Gebührenordnung? Ich kann Ihnen nur sagen, wir halten die pauschalisierte Struktur des EBM für kaum vereinbar mit einem Kostenerstattungssystem. Der EBM ist nicht dazu geeignet, Vertragsvielfalt und individuelle Behandlungsverträge abzubilden. Und ein pauschaliertes Vergütungssystem ist auch nicht resistent gegen Mengenausweitungen: Sie generieren dann einfach mehr Fälle. Das erleben wir im DRG-System. Sie brauchen in einem pauschalierten System noch mehr Mengenbegrenzungen als in der GOÄ. Und was ist denn ein Regelleistungsvolumen anderes als eine Mengenbegrenzung par excellence, die auf ein pauschaliertes Vergütungssystem aufgesetzt wurde.

Es wird Sie nicht wundern, dass ich für die GOÄ und ihre strukturellen Vorteile werbe. Wenn Sie in einem wettbewerbsbasierten System eine Referenzgebührenordnung einführen wollen, müssen Sie Vertragsvielfalt und individuelle Vertragskonstellationen abbilden können. Dafür brauchen Sie einen einzelleistungsbasierten Leistungskatalog. Zugleich bedarf es einer sektorübergreifenden Vergütungsgrundlage, gerade da wir doch alle hin zu einer integrierten sektorenübergreifenden Versorgung wollen. Es wäre wünschenswert, nicht jetzt sektorspezifisch etwas Besonderes zu entwickeln, sondern an der Grundidee der GOÄ als eines sektorübergreifenden Leistungskatalogs festzuhalten.

In einem stärker wettbewerbsorientierten Gesundheitswesen werden wir mehr denn je eine GOÄ brauchen, weil sie eine doppelte Schutzfunktion beinhaltet. Aus Patientensicht hat sie eine Verbraucherschutzfunktion, indem Höchstsätze festgelegt werden. Die Ärzte schützt sie vor Preisdumping, indem Mindestsätze festgelegt werden. Sie schafft die Basis für einen fairen Ausgleich zwischen den berechtigten Interessen

der Patienten und denen der Ärzte, ohne die individuelle Vertragsfreiheit zu rigide einzuschränken.

Oft wird nicht verstanden, gerade auch vom PKV-Verband, warum wir an der GOÄ als amtlicher Gebührentaxe so festhalten. Sie hat eine Schutz- und Orientierungsfunktion, die im Wettbewerb umso wichtiger ist. Es ist uns als ärztliche Selbstverwaltung ein Anliegen, noch einmal klar zu machen, dass gerade die Patienten so etwas brauchen. Denn das Gesundheitswesen ist kein freier Markt! In diesem Punkt möchte ich Herrn Professor Habermann widersprechen. Gesundheit ist ein übergeordnetes Gut und muss für jeden einzelnen den Chancen nach realisierbar sein. Aufgrund dessen ist die ärztliche Leistung auch keine gewerbliche Dienstleistung, sondern die geschützte Dienstleistung eines freien Berufs mit einer amtlich legitimierten Vergütungsgrundlage.

Die spannende Frage ist: Wenn ich von Schutzfunktion und Interessenausgleich zwischen Arzt und Patient rede, worin bestehen denn eigentlich die berechtigten Interessen der Ärzte? So viel Geld zu verdienen wie möglich? Das wäre zu kurz gegriffen. Wir sind keine gewerblichen Gesundheitsdienstleister, sondern verstehen uns als Angehörige eines freien Berufs. Der Beruf des Arztes findet seine Selbstbeschränkung in der Verantwortung, die der Arzt für seine Patienten übernimmt. Insofern steht für uns die Patientenorientierung an erster Stelle. Die Patientenorientierung und das Bekenntnis zum Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung sind Prinzipien, die so auch im allgemeinen Teil der GOÄ stehen. Dieser allgemeine Teil ist wirklich lesenswert.

Als wir in Vorbereitung der Novellierung angefangen haben, die GOÄ neu zu konzipieren, stand für uns im Vordergrund, dass der neue Leistungskatalog und auch die Bewertungsfindung transparent sein müssen. Ein entscheidender Aspekt, auf den ich noch kurz eingehen will, ist die leistungs- und fachgruppenübergreifende Honorargerechtigkeit. Lässt sich so etwas überhaupt herstellen? Wie Sie wissen, ist die Bundesärztekammer den Weg der betriebswirtschaftlichen Basisbewertung der privatärztlichen Leistungen gegangen, weil

wir glauben, dass die Zeit der „Pi-mal-Daumen“-Kalkulation abgelaufen ist. Sie können heute nur noch mit guten Begründungen in Verhandlungen oder auch in die Beratungen beim BMG gehen. Die Grundformel ist, dass die betriebswirtschaftliche Basisbewertung einer Leistung sich aus einem ärztlichen und einem technischen Leistungsanteil zusammensetzt. Unser Anliegen ist es, die ärztliche Leistungskomponente stärker zu gewichten, als dies nach unserer Einschätzung bisher im EBM gelungen ist. Auf die betriebswirtschaftliche Methodik möchte ich jetzt nicht näher eingehen.

Das Konzept der Bundesärztekammer erschöpft sich dabei nicht in einer bloßen Kostenorientierung, sondern hat als Ziel, den Marktwert ärztlicher Leistungen auszutarieren, unter Berücksichtigung der besonderen Ansprüche an die privatärztliche Versorgung, der Zahlungsbereitschaft und der Rahmenbedingungen eines Kostenerstattungssystems sowie im Verhältnis zur Honorierung der Leistungen anderer freier Berufe. Das übergeordnete Ziel des GOÄ-Bewertungsprojekts der BÄK besteht darin, über alle Fachgebiete hinweg die Bewertung der ärztlichen Leistungskomponente stärker als die nicht-ärztlichen Kosten zu betonen und somit allen Ärzten über alle Fachgebiete hinweg Perspektiven und Planungssicherheit für die kommenden Jahre zu verschaffen. Die Bewertung der technischen Leistungen (Medizingeräte etc.) soll in einer neuen GOÄ neben der Höherbewertung der ärztlichen Leistung gleichwohl den Kostensteigerungen seit der letzten GOÄ-Novelle angepasst werden und hierdurch eine State-of-the-Art-Behandlung gewährleisten.

Lassen Sie mich noch einmal kurz auf die Mengenproblematik eingehen. Ich würde ja lügen, wenn ich nicht einräumen würde, dass es dieses Problem gibt. Ich halte das Mengenausweitungsproblem bei privatärztlichen Leistungen allerdings nicht für gravierender als in pauschalierten Vergütungssystemen, es ist nur ein anderes Problem. Die GOÄ selbst sieht klassische Mengensteuerungsinstrumente vor. Dass ist vor allem das Zielleistungsprinzip, mit dem eine baukastenartige Erweiterung der Leistungen vermieden werden soll.

Wir verwenden in unserem Konzept sehr viel Mühe darauf, kompakte Zielleistungen neu zu formulieren. Es gibt in der GOÄ normative Höchstwertregelungen und es gibt zahlreiche Ausschlussbestimmungen.

Man sollte meines Erachtens aber nicht den Fehler machen, die GOÄ zu überfrachten mit zusätzlichen Regelungen zur Mengenbegrenzung: mit Koppelungen an die Qualifikation, mit Pay for Performance-Vorstellungen oder Qualitätszuschlägen. Die neuste Idee ist, Nutzwertüberlegungen in der GOÄ einzuführen. Nicht, dass ich grundsätzlich gegen solche Konzepte bin, aber sie sind im Regelungsbereich der Gebührenordnung fremd. Am Beispiel der Qualifikationskoppelung wird das am einfachsten deutlich. Damit überfrachten und überregulieren Sie die Gebührenordnung. Denn hierbei geht es um die Frage, wie man den Zugang zur Leistungserbringung regelt, und die muss nach Ansicht der Bundesärztekammer über das Berufsrecht geregelt werden, nicht über die Gebührenordnung. Deswegen hier mein Warnhinweis, auch an die ärztlichen Kollegen, bitte überfrachten Sie die GOÄ jetzt im Zuge unseres neuen Konzeptes nicht mit solchen zusätzlichen Regelungen. Hiermit will ich aus Zeitgründen schließen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

| Die Rolle des Arztes in der Gesundheitswirtschaft



PROF. DR. NORBERT ROEDER
Ärztlicher Direktor, Universitätsklinikum Münster

Sehr verehrte Damen, sehr geehrte Herren,

Frau Dr. Klakow-Franck und Herr Tilgner haben mir ein schwieriges Thema vorgegeben, „Die Rolle des Arztes in der Gesundheitswirtschaft“. Ich werde dieses Thema in den mir zur Verfügung stehenden 20 Minuten aufgrund seiner Vielfältigkeit leider nur anreißen können. Das Thema ist, wenn man es tiefgründig diskutieren möchte, sicherlich mindestens ein Thema für einen ganzen Tag.

Wir haben eben vom Gesundheitswesen gesprochen und nun spreche ich von Gesundheitswirtschaft. Was ist damit gemeint? Die Gesundheitswirtschaft umfasst die Erstellung und Vermarktung von Gütern und Dienstleistungen, die der Bewahrung und Wiederherstellung von Gesundheit dienen. Diese Definition wurde auf der ersten nationalen Branchenkonferenz für die Gesundheitswirtschaft festgelegt. Zur Gesundheitswirtschaft gehören die stationären und ambulanten Einrichtungen, in denen primär Gesundheitsleistungen

erbracht werden. Ebenso gehören dazu die Kostenträger, die Gesundheitspolitik, Medizinprodukte- und pharmazeutische Industrie und Handel, Sanitätshäuser, Apotheken, Wellness und Fitness, Beratungsunternehmen, Handwerksbetriebe und Reinigungsbetriebe, die z.B. in Krankenhäusern und Arztpraxen tätig sind. Diese Auflistung ist nicht abschließend. In all diesen Bereichen sind Ärztinnen und Ärzte tätig.

Die Gesundheitswirtschaft ist der größte Teilbereich der deutschen Volkswirtschaft. Ich weiß nicht, ob das allgemein bekannt ist. Wir haben im Gesundheitswesen ca. 4,3 Millionen Arbeitsplätze, jeder 10. Arbeitsplatz ist hier angesiedelt. Das Gesundheitswesen bewegt eine Summe von ungefähr 250 Milliarden Euro pro Jahr. So hoch sind die Ausgaben des Gesundheitswesens; das macht ca. 11 % vom Bruttoinlandsprodukt aus und hat damit die gleiche Bedeutung wie die Automobilindustrie, die aktuell umfangreich durch die Abwrackprämie gefördert wird und nur unter 1 Million Arbeitsplätze stellt.

Die Gesundheitswirtschaft ist weitgehend krisenfest und derzeit die einzige Wachstumsbranche. Das kommt mir bei der ganzen Diskussion über Kosten im Gesundheitswesen, insbesondere auf der Seite der Leistungserbringer, die sich häufig fälschlicherweise in einer Opferrolle sehen und diese beklagen, etwas zu kurz. Die aktuelle Wirtschaftskrise hat keinen Einfluss auf das Gesundheitswesen, denn die Menschen werden weiterhin krank. Die Behandlungsbedürftigkeit kranker Menschen hängt nicht von der Wirtschaftssituation ab, vielleicht in Grenzen der Behandlungsumfang, da sich die Medizin immer mehr an der Ausstattung der Kassen der Sozialgemeinschaft orientieren muss. Wir arbeiten damit in einer krisensicheren Branche mit enormen Wachstums- und Beschäftigungsdynamiken und einer sehr hohen Arbeitsplatzsicherheit. Ärztinnen und Ärzte sind die Motoren der Gesundheitswirtschaft, denn ohne sie würde die Gesundheitswirtschaft nicht funktionieren.

„Heilen ist eine Kunst, Medizin ist eine Wissenschaft und das Gesundheitswesen ein Geschäft.“ Diesen Spruch kennen Sie wohl alle. Wir wollen nach meiner Einführung darüber

sprechen, welche Rolle die Ärzte in der Gesundheitswirtschaft haben. Da fängt das Problem schon an. Hier im Raum sitzen sicherlich auch viele Ärztinnen und Ärzte, aber sie haben unterschiedliche Rollen. Einige direkt in der Versorgung, andere als Verbands- bzw. Berufspolitiker. Wir finden Ärzte, die nur noch in Verbänden tätig sind und Ärzte, die nur in der Versorgung tätig sind und diese in unterschiedlichsten Bereichen.

Wer ist also DER Arzt? Die Ärzteschaft ist sehr heterogen. Frau Dr. Klakow-Franck hat eben darauf hingewiesen, dass die Ärzteschaft auseinander dividiert werden soll. Ich meine, sie ist schon auseinander dividiert, denn sie vertritt in den unterschiedlichsten Rollen unterschiedlichste Interessen. Ein Beispiel ist die aktuelle Honorarreform im vertragsärztlichen Bereich. Dort finden wir Verlierer und Noch-Nicht-Verlierer. Die Noch-Nicht-Verlierer melden sich in der aktuellen Diskussion noch nicht zu Wort. Die Verlierer oder vermeintlichen Verlierer, wer wirklich in welche Rolle passt, werden wir nach der ersten Quartalsabrechnung feststellen, melden sich jetzt vehement. Interessen werden auch von Ärzten immer heterogen vertreten werden, weil unterschiedliche Rollen von Ärztinnen und Ärzten in der Gesundheitswirtschaft eingenommen werden. Die Rollen sind heute anders als vor 20 oder 30 Jahren, zumindest sind sie heterogener. Denn die medizinische Welt hat sich erheblich verändert und wird sich auch noch viel stärker verändern.

Sich verändernde politische Ziele stellen neue Herausforderungen an die Ärzteschaft. Wie schon erwähnt, ist diese Branche die Einzige, die derzeit wächst. Wir kämpfen allerdings mit einer Finanzierungskrise im Gesundheitswesen, da die stark steigende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen sowie die Innovation in der Medizin nur partiell gegenfinanziert werden können. Jetzt meint die Politik, Wettbewerb könne die Situation verbessern. Wettbewerb als Verfahren zur Verteilung knapper Mittel auf miteinander konkurrierende Zwecke. Die Überversorgung soll reduziert werden, d.h. das Angebot soll verknappt werden, damit weniger Leistungen erbracht werden. Die Besten sollen überleben, aber die Besten werden nicht

nach Qualität beurteilt, sondern primär unter wirtschaftlichen Fragestellungen ausgelesen, der Billigste ist der Beste.

Dies kann sich ab 2009 ändern, da mit Einführung des Gesundheitsfonds einheitliche Krankenkassenbeiträge gelten und nach Abschluss der DRG-Konvergenzphase einheitliche Vergütungen für stationäre Krankenhausleistungen gezahlt werden. Damit können sich Krankenkassen und Leistungserbringer nicht mehr vorrangig über den Preis definieren, auch die Qualität wird einen stärkeren Einfluss bekommen, denn sie ist ja das einzige Unterscheidungsmerkmal zwischen Krankenkassen und auch zwischen Krankhäusern bei gleichen Vergütungen und gleichen Beiträgen.

Wir beobachten einen Wandel in der Begriffswelt, wir migrieren vom Gesundheitswesen zur Gesundheitswirtschaft. Trotzdem befinden wir uns in einem stark über die Ausgabenbegrenzungen regulierten Markt und nicht in einem wirklichen Gesundheitsmarkt. Es existieren viele Regulierungen, die ich aus Zeitgründen gar nicht ausführen kann. Die wichtigste Aufgabe für ein Krankenhaus oder eine Arztpraxis als primärer Leistungserbringer im Gesundheitswesen besteht heute darin, das wirtschaftliche Überleben zu sichern. Diese Herausforderung wird noch mehr Gewicht bekommen. Während die stationäre und ambulante Leistungserbringung heute noch unter dem Schutz von Kollektivverträgen erfolgt, werden diese zunehmend durch selektive Individualverträge verdrängt. Ein Krankenhaus verhandelt einmal jährlich stellvertretend für alle fast 200 gesetzlichen und privaten Krankenkassen mit Vertretern von Krankenkassen, die mindestens 5 % Versichertenanteil in dem betreffenden Krankenhaus haben. Die vereinbarten Leistungsmengen und Vergütungen gelten dann für alle Kostenträger und Selbstzahler. Bei den Vertragsärzten wird das Kollektivvertragswesen über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgesichert. Der Vertragsarzt hat ein Anrecht auf die Vergütung seiner Leistung im Rahmen der vereinbarten Regularien. Das einzige offene System im Sinne von Markprinzipien ist das Wahlleistungssystem, das im Krankenhaus aber durch das Kollektivvertragssystem beeinflusst wird, da die

Wahlleistung ja nur Bestandteil einer über DRG-Fallpauschalen zu vergütenden Gesamtbehandlung ist, die wiederum den Regularien des Kollektivvertragswesens unterliegt. Im Wahlleistungssystem haben die Patienten wirklich die freie Arztwahl und gegenüber gesetzlich Versicherten in Abhängigkeit von ihren gewählten Versicherungsbedingungen erweiterte Versorgungsmöglichkeiten.

Zukünftig wird sich die Situation für Krankenhäuser, Vertragsärzte und Patienten ändern. Das Kollektivvertragswesen wird zunehmend durch Individualverträge ausgehöhlt. Auch wenn das von den Krankenkassen geforderte Selektivvertragswesen vor der Bundestagswahl noch einmal gestoppt wurde, ist sicher davon auszugehen, dass dieses Thema nach der Wahl bei weiteren Reformgesetzen eine wesentliche Rolle spielen wird. Wir werden dann stärker als heute selektives Kontrahieren auch im Krankenhaus und bei den Vertragsärzten sehen, darauf müssen sich Ärztinnen und Ärzte einstellen. Gesundheit wird damit immer mehr zur Ware. Krankenhäuser und Vertragsärzte kommen dadurch immer mehr in eine Unternehmerrolle, denn sie verkaufen Leistungen, entweder selbst oder über Gruppen, über Interessenverbände, den Hausarztverband oder Verbände von Krankenhäusern, von Pflegeheimen, von Vertragsärzten, die sich zusammenschließen, und gemeinsam Leistungen anbieten.

Das wird Folgen haben und die Rolle der Ärzte erneut verändern. Krankenhäuser kommen noch mehr als aktuell in die Unternehmerrolle.

Für das UKM als Unternehmen der Gesundheitswirtschaft gibt es einen wesentlichen Unterschied zu normalen Unternehmen: Im Gegensatz zu normalen Unternehmen ist das Krankenhaus der Allgemeinheit und dem einzelnen Patienten ganz besonders verpflichtet, ethisch und bezogen auf seinen Auftrag. Es hat den besonderen Auftrag, die medizinische Versorgung in der Region für alle Patientinnen und Patienten zuverlässig sicherzustellen. Dabei kann es nicht – wie andere Unternehmen – zwischen lukrativen und weniger lukrativen Kunden auswählen. Trotzdem hat die Ökonomisierung

der Medizin im Krankenhaus auch die Folge, dass sich das Gewicht oder der Einfluss einer Fachabteilung innerhalb des Krankenhauses immer mehr zu den Fachabteilungen verlagert, die den größten Beitrag zur wirtschaftlichen Existenz des Krankenhauses leisten. Es ist zu befürchten, dass die anderen Fachabteilungen immer mehr in den Hintergrund treten und Probleme haben, sich darzustellen, unabhängig von der Qualität ihrer medizinischen Leistung. Spezialisierung wird gefördert, denn wir müssen größere Leistungsmengen in gleichen Leistungssegmenten erbringen, um die sogenannten Skaleneffekte zu erzielen, also um die Kosten pro Stück zu senken und damit die Effizienz zu steigern. Dadurch wird die Versorgungsbreite reduziert, nicht nur im Krankenhaus, sondern auch im vertragsärztlichen Bereich.

Themen wie wirtschaftliche Effizienz, Effizienzsteigerung etc., über die wir uns früher wenig Gedanken gemacht haben, werden entscheidend die Rolle des Arztes prägen. Wenn die Medizin derart ökonomisiert wird, hat dies auch einen Einfluss auf patientenbezogene Entscheidungen. Entscheidungen hinsichtlich Diagnostik und Therapie werden heute zum Teil anders getroffen, als in einer weniger ökonomisch dominierten Medizin. Daraus können Versorgungsrisiken resultieren wie Unter- und/oder Fehlversorgung. Wir beobachten sehr viel mehr Fremdbestimmung der Ärzte im Vergleich zu früher durch den MDK, den GBA und die Rechtsprechung. Dem eigentlich weisungsunabhängig tätigen Arzt werden damit Regeln auferlegt, die Weisungen gleichkommen. Das Sozialgesetzbuch V wird heute insbesondere von den Kostenträgern als Folge des ökonomischen Drucks anders ausgelegt als früher. Ein Beispiel ist der § 39 „Stationäre Behandlungsaufnahme im Krankenhaus“. Diesen Paragraphen gibt es schon sehr lange, aber er wird heute ganz anders interpretiert, als noch vor fünf oder zehn Jahren.

Begleitet werden diese Veränderungsprozesse von einem ärztlichen Rollenwandel. Wir sehen den Arzt nicht mehr nur als Behandler oder Ausbilder und Weiterbilder. Wir sehen den Arzt zunehmend auch als Unternehmer, als Teamentwickler,

als visionären Geschäftsfeldentwickler und als Manager. Dies gilt ganz besonders für die Rolle des Chefarztes: Früher war der Chefarzt fast ausschließlich verantwortlich für die medizinisch inhaltliche Führung einer Abteilung, wirtschaftliche Fragen waren nachrangig. Wirtschaftlichkeitsaspekte spielten zwar immer eine gewisse Rolle, standen aber zu Zeiten der Kostendeckung keinesfalls im Zentrum der Betrachtung. Während der Chefarzt damals vorrangig medizinisch verantwortlich war, ist er heute auch stark wirtschaftlich verantwortlich. Das schlägt sich auch in seinem Arbeitsvertrag nieder, wie Sie im DKG-Chefarztvertrag nachlesen können, der natürlich im Kern auch in Universitätskliniken angewendet wird. Wirtschaftliche Komponenten und die wirtschaftliche Führung einer Fachabteilung haben direkt Einfluss auf die Vergütung des Chefarztes, weil ein Teil seines Gehaltes vom Erfolg seiner betrieblichen Führung abhängig ist. Aber auch die Qualität der medizinischen Leistungserbringung spielt heute eine ganz andere Rolle als früher, ebenso wie Struktur und Inhalte der ärztlichen Weiterbildung. Wir haben Probleme, genügend Ärztinnen und Ärzte weiterzubilden und in der Fläche die Versorgung sicherzustellen.

Der Chefarzt heute muss Visionär sein, er muss beobachten, wie sich sein Fach entwickelt und entscheiden, welche Leistungen er anbieten möchte und welche nicht. Bei diesen Entscheidungen spielen auch wirtschaftliche Kriterien eine Rolle. Er muss in die Zukunft schauen, er muss sich die Talente holen bzw. aufbauen, die diese Leistungen erbringen können. Das sind alles Dinge, die er früher auch gemacht hat, aber nicht in diesem Maß und nicht mit dieser Stringenz und Bedeutung für seinen eigenen Erfolg. Er konnte es machen, musste es aber nicht und das ist ein großer Unterschied. Unternehmerische Aspekte und Methoden finden Einzug in der Medizin, im Krankenhaus und in der Praxis.

Auch die nachgeordneten Ärzte verändern ihre Rolle. Sie haben veränderte Erwartungen an den Arbeitsplatz und ihre Tätigkeit, wollen mehr Verantwortung übernehmen und wünschen sich eine bessere Balance zwischen Arbeit, Familie und

anderen Aktivitäten. Ärztliche Arbeitszeiten wurden erheblich verkürzt. Die ärztliche Weiterbildung wird heute in ganz anderer Qualität und anderem Umfang eingefordert als früher, sie soll viel strukturierter erfolgen. Aktuell führen die Ärztekammern eine Umfrage zur Erhebung der Weiterbildungssituation durch, um sich dieser Herausforderung zu stellen. In der Vergangenheit hatte man sich „durchgebissen“ mit dem Ziel, dann hinterher in niedergelassener oder chefarztlicher Position erfolgreich tätig zu sein. Heute werden die Karriereaussichten aus den bereits genannten Gründen nicht mehr so rosig bewertet. Spezialisierung ist heute viel ausgeprägter als früher und auch der Wunsch nach besserer Vergütung. Werden diese Wünsche nicht erfüllt, dann tritt, und das beobachten wir heute aktuell, eine große Verunsicherung ein. Diese führt auch dazu, dass Ärztinnen und Ärzte abwandern aus der Rolle einer direkten kurativen oder palliativen Tätigkeit am Patienten in andere Tätigkeiten und damit andere Rollen, andere Funktionen einnehmen.

Die Veränderungen, die ich eben zusammenfassend geschildert habe, führen natürlich auch dazu, dass sich Träger großer Krankenhausketten Gedanken darüber machen, welche Rolle der Arzt im Unternehmen Krankenhaus haben soll. Das Arztbild von Wolfgang Pföhler, dem Vorstandsvorsitzenden der Rhön-Kliniken, unterscheidet vier Arzttypen: den personenbezogenen Berater, den Spezialisten, den Systembetreuer und den Berater für die Zweitmeinung. Diese vier Typen bzw. Rollen werden nicht durch einen einzigen, sondern durch vier verschiedene Ärzte ausgefüllt, die dann arbeitsteilig am Patienten arbeiten. Dies ist eine Rollenverteilung, wie ich sie mir zumindest in unserem Krankenhaus nicht vorstellen kann.

Wir haben heute Morgen von Herrn Klusen gehört, dass Ärzte in Krankenkassen tätig sind, bei der TK sogar im Vorstand, was meiner Meinung nach der TK sehr gut getan hat. Vor zehn Jahren wäre das nicht möglich gewesen. Es gibt Krankenkassen, die noch immer meinen, ohne Ärzte auszukommen, und es gibt viele Krankenkassen, die Ärzte beschäftigen. Auch hier nehmen Ärzte also neue Rollen ein.

Auch im Sprachgebrauch spiegeln sich diese Veränderungen wider. Wenn Sie in den Internetsuchmaschinen nach den Begriffspaaren „Arzt oder Manager“, „Arzt und Krankenhaus“, „Arzt und Patient“ googeln, dann führt das Begriffspaar „Arzt oder Manager“ mit zwei Millionen Hits. Das Begriffspaar „Arzt und Freiberufler“ steht am Ende der Skala mit 117 Tausend Hits und „Arzt und Patient“ steht ungefähr in der Mitte, mit 634 Tausend Hits.

Die Maxime des ärztlichen Handelns ist, und das soll weiterhin auch so bleiben, die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit von Patientinnen und Patienten. Dabei soll der Arzt seine Entscheidungen möglichst frei und unabhängig im Sinne des Patienten treffen können. Aber arbeitet denn der Arzt überhaupt noch in einem freien Beruf? Was kennzeichnet den freien Beruf? Die Freiheit von Gewerbesteuer ist in diesem Zusammenhang unwichtig. Ein wesentliches Kennzeichen freier Berufe ist vielmehr die eigenverantwortliche persönliche Ausübung des Berufes in fachlicher Unabhängigkeit. Das bedeutet z.B., dass der Arzt oder der Freiberufler entscheiden kann, wann und in welchen Ausmaß Methoden zur Anwendung kommen, z.B. diagnostische oder therapeutische Methoden beim Patienten. Man muss als Patient oder als Mandant ein überdurchschnittliches Maß an Vertrauen in den Freiberufler haben, denn er handelt ja in meinen Sinne für meine Gesundheit, oder um mein Recht zu erstreiten, um mein Haus zu erbauen. Damit ist die freiberufliche Tätigkeit nicht nur Job, sie ist auch eine Verpflichtung. Diese Verpflichtung besteht in der Regel gegenüber der Allgemeinheit und insbesondere gegenüber den Patienten oder den Klienten. Als Belohnung erhält der Freiberufler nicht nur Geld, sondern in der Regel auch ein hohes Maß an gesellschaftlicher Anerkennung. Sie kennen die Umfrageergebnisse, in denen verschiedene Berufe klassifiziert und nach Ansehen gerankt werden. Der Arzt steht glücklicher Weise immer noch ganz oben.

Die Vergütung für Leistungen von Freiberuflern wird in der Regel durch den Freiberufler selbst oder seine Organisation festgelegt. Bei Ärzten ist das nicht mehr in dieser Form

der Fall, denn dort gilt vorwiegend die Leistungsfähigkeit der Solidargemeinschaft als Leitplanke für die Vergütung ärztlicher Tätigkeit. Der Arzt ist zumindest derzeit mehr in der Rolle eines Erfüllungsgehilfen des SGB V, als in der Rolle eines Freiberuflers im dargestellten Sinne. Die Antwort auf die Frage, welche Leistungen durch die Solidargemeinschaft finanziert werden und welche nicht, beeinflusst wesentlich die Erbringung von Leistungen in der Realität. Der gemeinsame Bundesausschuss nimmt mit immer mehr einschränkenden Beschlüssen auch Einfluss auf die ärztliche Tätigkeit. Auch die Rechtsprechung schränkt den ärztlichen Handlungsrahmen extrem ein. Das hat Auswirkungen auf die Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte. Prof. Hoppe wurde einmal gefragt: Besteht nicht die Gefahr, dass die permanente Systemkritik, die wir ständig üben, den Trend verstärkt, dass junge Ärzte nicht mehr in die Patientenversorgung gehen? Er hat geantwortet, dass der ökonomische Druck nicht das Arztbild prägen sollte, darauf sollten und müssten wir achten. Da stimme ich unserem Präsidenten voll und ganz zu.

Fassen wir zusammen: Der Arzt muss auch heute in der Gesundheitswirtschaft in hohem Maße medizinische Fachkompetenz besitzen. Darüber hinaus muss er aber auch über betriebswirtschaftliche und personalwirtschaftliche Methodenkompetenz verfügen, über Sozialkompetenz und in gewissem Maße auch über ein unternehmerisches Bewusstsein. Gesundheitswirtschaft fordert den Arzt auch als Unternehmer und Manager. Die Ärzteschaft passt sich durch Rollenveränderung diesen veränderten Herausforderungen an, nimmt neue Rollen allerdings nicht durchgängig an. Während noch einige Vertragsärzte und Krankenhausärzte argumentieren: „Ich bin doch Arzt und kein Unternehmer!“, bietet die Ärztekammer Nordrhein Fortbildungskurse für den Arzt als Unternehmer an. Auch das Deutsche Ärzteblatt titelt im Kontext der aktuellen Anforderungen mit „Persönlichkeit und Praxiserfolg. Der Arzt als Unternehmer. Ärzte, die aufgrund eines Persönlichkeitstest als Unternehmertypen charakterisiert werden können, sind zumeist auch ökonomisch erfolgreich“

– hoffentlich auch medizinisch, kann man da nur ergänzen. Ist es denn so schlecht, wenn der Arzt auch Unternehmer ist? Der Arzt genießt zurzeit noch höchstes Ansehen, der Unternehmer eher nicht: „Gute Geschäfte, schlechter Ruf. Von der Heuschrecke General Motors ausgesaugt.“ titeln die Zeitungen. Solche und ähnliche Berichte kennen Sie alle. Die Rollen „Arzt“ und „Unternehmer“ stehen damit zumindest im öffentlichen Ansehen im Widerspruch. Bei näherer Betrachtung der Merkmale, die Unternehmerpersönlichkeiten kennzeichnen, wird der scheinbare Widerspruch relativiert. In Sachsen wurde beispielsweise eine Unternehmerpersönlichkeit ausgezeichnet für die erfolgreiche Entwicklung des Unternehmens, für die Schaffung und Sicherung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen, für erfolgreiche Innovation und Modernisierung in dem Gebiet, in dem der Unternehmer tätig gewesen ist, für Erfolge bei Dienstleistungen und Kundennähe sowie für ein herausragendes Engagement in und für die Region. Ich meine, solche Dinge lassen sich auch mit dem ärztlichen Berufsbild vereinbaren. Wesentlich ist, dass die Ärzte ihrer besonderen Verpflichtung gegenüber der Allgemeinheit und dem Patienten treu bleiben.

Auch wenn nicht jeder Arzt unternehmerisch oder im Management tätig sein muss, sollte jeder Arzt wirtschaftliche Grundkenntnisse im Handgepäck haben. In der Approbationsordnung wurde dies mit der Einführung des Querschnittsfaches „Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, öffentliche Gesundheitspflege“ bereits berücksichtigt. Jungen Kolleginnen und Kollegen soll damit das Wissen zum Verständnis der Zusammenhänge zwischen medizinischem Handeln und den ökonomischen bzw. wirtschaftlichen Folgen vermittelt werden, damit sie sich in Kenntnis dieser Zusammenhänge zukünftig besser im sich verändernden System zurechtfinden. Die Ökonomie ist eine Leitplanke der ärztlichen Tätigkeit. Ärzte und Pflegende werden Dienstleister des Patienten, Patienten und Gesunde werden zu Konsumenten, zu Kunden. Natürlich kann ein Patient, der als Notfallpatient oder als schwerkranker Patient kommt, kein Kunde sein. Das wäre eine unsinnige

Betrachtung. Aber der Gesunde, der präventiv Verantwortung für seine Gesundheit übernehmen will, wird auswählen wie ein Kunde. Denn er hat Zeit und wird die Kundenrolle annehmen. Der Arzt wird Teil einer Gesundheitsindustrie, einer wettbewerbsmäßig ausgerichteten Medizin. Jetzt müssen wir aufpassen, dass wir nicht in der Rationalisierungsdebatte den Rationalisierungsauftrag als ärztlichen Auftrag einfach kommentarlos umsetzen. Denn dann müssen wir uns als Ärzte sicher fragen lassen: Wo bleibt der soziale Charakter der Medizin? Die Rolle, die Ärzte in dieser Frage einnehmen, wird Einfluss auf den Grad der Anerkennung, den Ärzte in der Bevölkerung haben, nehmen. Wenn die Bevölkerung uns nicht mehr glaubt, dass wir das, was wir dem Patienten empfehlen, aus ärztlicher Intention tun, gefährden wir die Arzt-Patient-Beziehung erheblich.

Das ausgezeichnete Buch „Der Arzt als Fremdling in der Medizin“ von Paul Unschuld befasst sich mit der veränderten Arztrolle. Sind wir Fremdlinge in der Medizin? Ich meine nein. Wir können es aber werden, wenn wir uns passiv verhalten, und alles akzeptieren, was Nichtärzte für die Medizin beschließen. Fragen Sie nach, wie viele Ärzte im Gesundheitsausschuss des Bundestages sitzen! Ich glaube, unter den 31 Ausschussmitgliedern sind vier bis fünf Ärzte vertreten. Wie viele Ärzte arbeiten in den Gesundheitsministerien? Es gibt Länder, in denen Ärzte auch Gesundheitsministerin oder Gesundheitsminister wurden. In Deutschland habe ich das nicht in Erinnerung für die Zeit, die ich überblicke. Wir müssen die Rahmenbedingungen zur Kenntnis nehmen und auch akzeptieren, dass wir Finanzierungsprobleme haben und mit diesen Problemen konstruktiv umgehen sollten. Dabei steht der Erhalt einer guten Patientenversorgung ebenso im Vordergrund wie der Erhalt der freiberuflichen Grundwerte. Ich meine, in dieser Richtung gibt es zu wenige Aktivitäten in der Ärzteschaft. Statt am Gesamtsystem mitzugestalten, beklagen wir die Situation und halten uns aus den wesentlichen Entscheidungen heraus. Wir dürfen nicht den Fehler machen, dass wir die Diskussionen über Gegenwart und

Zukunft unseres Gesundheitssystems auf die Vergütung der Leistungen oder auf die Vergütung der Ärzte reduzieren. Wir diskutieren zu wenig über das Potential der Gesundheitswirtschaft. Wenn wir über unsere Bedeutung in der Volkswirtschaft genau so diskutieren würden wie die Autoindustrie oder wie die Banken, dann wären wir vielleicht in einer ganz anderen Rolle als derzeit. Wir müssen realistische Lösungen für unsere Probleme entwickeln und vorschlagen und hierfür auch die Verantwortung mittragen.

Ich komme zum Schluss und fasse noch einmal zusammen: Die Gesundheitswirtschaft kann verstanden werden als die Gesamtheit aller, die Gesundheit schaffen bzw. erhalten. Ärztinnen und Ärzte nehmen in der Gesundheitswirtschaft unterschiedlichste Rollen ein, von denen nur einige exemplarisch beleuchtet wurden. Ich hoffe und setze mich dafür ein, dass Ärzte als Folge der Veränderungen nicht zu reinen Dienstleistern „verkommen“ und die Medizin nur noch als Ware verkaufen. Das Vertrauen in den behandelnden Arzt muss weiterhin eine große Rolle spielen, da der Behandlungserfolg einen ganz wesentlichen Einfluss auf die Lebensqualität der Patienten hat.

Die Finanzierungskrise im Gesundheitswesen bei gleichzeitig steigender Nachfrage fordert aber Veränderungen. Wir müssen mit dem verfügbaren Geld eine flächendeckende Versorgung auf akzeptablem Niveau sicherstellen. Durch die Ökonomisierung der Medizin und die Abkehr vom Kostendeckungsprinzip werden verwaltete Krankenhäuser und Praxen zu gemanagten Gesundheitsunternehmen, das ist nicht mehr zurückzudrehen. Wir befinden uns mitten in einer Umbruchphase, die ein komplettes Umdenken erfordert. In diesem Umbruch beobachten wir einen Wandel hin zu neuen Arzttypen bzw. Arztrollen. Ein Teil der Ärzte stellt sich den veränderten Herausforderungen sehr fortschrittlich und konstruktiv, ein anderer Teil der Ärzte verharnt in tradierten Positionen und beklagt die aktuelle Situation sowie die Forderung nach veränderten Rollen.

Die Rolle des Freiberuflers hat der Arzt meiner Meinung nach leider nur noch auf dem Papier. Die typischen Merkmale der Freiberuflichkeit sind für die meisten Ärztinnen und Ärzte nicht mehr erfüllt. Diese Veränderung wird der Ärzteschaft immer bewusster, so dass sie es auf dem 112. Ärztetag auch zum Thema machen wird. Am weitreichendsten wird die Freiberuflichkeit noch in reinen Privatpraxen bzw. bei der Behandlung von Privatpatienten praktiziert, da hier gewisse Restriktionen nicht oder nicht in dem Ausmaß gelten, wie bei der Behandlung gesetzlich Krankenversicherter.

Trotz aller Veränderung können und sollen wir aber selbstbewusst feststellen: Ohne Ärzte wird das Gesundheitssystem nicht funktionieren. Ärzte nehmen Schlüsselpositionen ein. Die Rolle der Ärzte verändert sich. Ärzte sollten diese Änderungen mitgestalten und ein neues Rollenverständnis entwickeln. Tun sie es nicht, werden sie gestaltet! Die größte Herausforderung dabei ist, das Vertrauen der Patienten nicht zu verlieren. Wenn unsere Patienten nicht mehr die Sicherheit und das Vertrauen haben, dass der Arzt ihnen die richtige Empfehlung gibt, dann haben wir ein großes Problem. Patienten sollen zwar, das ist auch der Wunsch der Gesundheitspolitik, ihre Dinge stärker selbst in die Hand nehmen. Sie brauchen aber Vertrauenspersonen in der gesundheitlichen Krise und das können nur Ärztinnen und Ärzte sein. Der Arzt ist dem Gemeinwohl und dem Patienten in ganz besonderem Maße verpflichtet. Das muss bei jeglichem Rollenwechsel berücksichtigt werden. Wird diese Verpflichtung vernachlässigt, wird eine Situation entstehen, die wir alle nicht wollen können – denn wir alle in diesem Raum werden mit großer Wahrscheinlichkeit noch zu Patienten werden.

Vielen Dank!

Politische Abschlussrunde

Podiumsdiskussion



Podiumsgäste

DANIEL BAHR MdB

Gesundheitspolitischer Sprecher der FDP Bundestagsfraktion und
Mitglied des Gesundheitsausschusses des 16. Deutschen Bundestages

WOLFRAM-ARNIM CANDIDUS

Präsident der Deutschen Gesellschaft für
Versicherte und Patienten (DGVP) e.V.

DR. RUDOLF KÖSTERS

Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V.

HILDE MATTHEIS MdB

Mitglied des Gesundheitsausschusses des 16. Deutschen Bundestages

MAX STRAUBINGER MdB

Mitglied des Gesundheitsausschusses des 16. Deutschen Bundestages

DR. HARALD TERPE MdB

Mitglied und Obmann des Gesundheitsausschusses
des 16. Deutschen Bundestages

DR. THEODOR WINDHORST

Vorstand der Bundesärztekammer

moderiert von:

THOMAS GRÜNERT

Chefredakteur »Der Gelbe Dienst«, Vincentz-Network Berlin

Grünert: Ich steige gleich ohne große Vorrede in die Diskussion ein. Weiterentwicklung der privaten Krankenversicherung heißt unser Thema. Wenn man Herrn Knieps heute Morgen zugehört hat, scheint die private Krankenversicherung total überflüssig zu sein. Frau Mattheis, ist die private Krankenversicherung überflüssig?

Mattheis: Ich würde die Frage anders beantworten. Denn ich möchte, dass die GKV gestärkt wird. Die Belange der PKV habe ich nicht so sehr im Blick. Ich möchte, dass alle Bürgerinnen und Bürger medizinisch sehr gut versorgt sind und vor allem am medizinischen Fortschritt teilhaben können. Deswegen beantworte ich die Frage mit unserem politischen Ziel: Der Bürgerversicherung. Wir wollen, dass die Solidarität in der Krankenversicherung gestärkt ist und wie wir als Sozialdemokraten Solidarität buchstabieren, das wissen Sie. Wir wollen, dass die Starken stärker herangezogen werden als die Schwächeren. Das bedeutet: Keine Pauschalierung von Beiträgen und Beiträgen, sondern abgeleitete Beiträge, die auf der Grundlage aller Einkommensarten erhoben werden. Von daher ist Ihre Frage für mich eine indirekte, die ich mit unserer politischen Zielsetzung beantworten möchte. Wir möchten in diesem System die Solidarität und vor allem auch die Parität stärken, das haben wir in unserem Wahlprogramm auch zum Ausdruck gebracht.

Grünert: Frau Klakow-Franck hat in ihrem Vortrag gesagt, dass es keine endgültige Antwort auf die Frage nach der Finanzierung gibt. Bedeutet das, dass die PKV für die Finanzierung der GKV herhalten soll? Ist die PKV dann das Opfer?

Mattheis: Wir hätten gern einen solidarischen Ausgleich gehabt, das steht außer Frage. An diesem Punkt würden wir auch gern festhalten wollen, das war in dieser Koalition aber nicht möglich. Wenn wir von der Bürgerversicherung ausgehen, glaube ich, dass wir unser Ziel auch durchaus mit einer PKV durchsetzen können und müssen. Aufgrund der Rechtsprechung können wir die private Krankenversicherung nicht abschaffen. Wir können aber einen Bürgerversicherungstarif einführen. Das ist die Brücke und ich glaube, da hat auch die

PKV ein großes Geschäftsfeld und kann durch ihre Leistungen und durch ihr Angebot, durch Zusatzverträge, durchaus überzeugen.

Grünert: Ich bleibe gleich bei der Großen Koalition. Herr Straubinger, gehen Sie mit Ihrer Koalitionspartnerin einher?

Straubinger: Sie wissen, dass wir da nicht koalitionär handeln werden und auch nicht koalitionär überzeugt sind. Wir stehen zur privaten Krankenversicherung ebenso wie zur gesetzlichen Krankenversicherung. Ich glaube, dass hier ein ganz gesunder Wettbewerb besteht. Dieser Wettbewerb muss gestaltet werden. Es geht um die Freiheit der Versicherten. Es geht darum, dass die Bürgerinnen und Bürger für sich in Anspruch nehmen können, auch in privaten Krankenkassenversicherungen versichert zu sein. Es muss die private Entscheidung der Bürgerinnen und Bürger sein, wie sie sich versichern, und wir werden auch weiterhin als Union an dem Bestand und an den Möglichkeiten der privaten Krankenversicherung festhalten. Wir werden daran festhalten, weil wir die private Krankenversicherung genau so als solidarisches System einer Versichertengemeinschaft erachten wie die gesetzliche Krankenversicherung. Ich glaube, dass beide Systeme voneinander lernen können. Gerade in der Tarifausgestaltung – und wir haben ja im Reformgesetz durchgesetzt, dass auch die gesetzlichen Krankenversicherungen unterschiedliche Versicherungsmodelle anbieten müssen – kann die GKV von der PKV lernen. Auch über Selbstbeteiligungen wird hier in Zukunft gesprochen werden müssen. Von daher sehe ich dieser Diskussion sehr gelassen entgegen. Zentralisierung und Einheitsbrei waren nie die Vorstellungen der Union und deshalb werden wir auch weiterhin am Bestand und Ausbau der privaten Krankenversicherung festhalten.

Grünert: So, dann wechsle ich zur Opposition. Herr Terpe von den Grünen bitte.

Dr. Terpe: Die Grünen setzen sich für einen einheitlichen Versicherungsmarkt ein, bei dem der Wettbewerb auch fair gestaltet werden kann. Bis jetzt haben wir zwei voneinander abgeschottete Systeme. Die immer behauptete Quersubventi-

onierung der gesetzlichen Krankenversicherung, von der hier ja heute auch gesprochen wurde, muss daraufhin untersucht werden, welche Ursachen dahinter stehen. Es gibt ja ganz bestimmte Gründe dafür, dass die privaten Krankenversicherungen quersubventionieren können. Solange ich in einer Anhörung des Deutschen Bundestages von der Vertreterin der privaten Versicherungswirtschaft auf die Frage „Würden Sie einen Herzinfarktpatienten versichern?“ die Antwort höre, „Nein, das würden wir nicht machen.“, werden Sie von mir als Arzt nicht erwarten können, dass ich diese Art des Umgangs mit Patienten in Ordnung finde. Wir sind für die Öffnung eines einheitlichen Versicherungsmarktes und auch wir haben die Bürgerversicherung als Ziel. Es gibt natürlich Elemente in beiden Versicherungssystemen, über die man nachdenken muss. Man kann zum Beispiel fragen, ob der Aufbau eines Kapitalstocks sinnvoll ist – auch wenn das in der heutigen Zeit etwas kontraproduktiv anmutet. Heute wird es nicht so gern gehört, Kapitalstöcke anzulegen, weil immer die Gefahr besteht, dass diese verspekuliert werden können.

Grünert: Ja, Herr Bahr, ich denke, dass Sie das ein bisschen anders sehen.

Bahr: Die PKV ist nicht überflüssig. Im Gegenteil. Wir brauchen eher mehr Menschen, die in einer Versicherung mit Kapitalrücklagen versichert sind. Harald Terpe hat eben die aktuelle Situation bei der Kapitaldeckung angesprochen. Diese aktuelle Situation ändert nichts an der demografischen Entwicklung. Wir haben eine Veränderung der Altersstruktur und wir wissen, dass bei Gesundheit und Pflege das gleiche wie bei den Renten passieren wird, nämlich dass ein umlagefinanziertes Versicherungsmodell vor enormen Herausforderungen steht. Entweder müssen die Beitragssätze deutlich steigen oder aber die Leistungsausgaben entsprechend gekürzt werden. Bei der Rente habt Ihr, großes Lob, als rot-grüne Regierung einen Paradigmenwechsel in der Altersvorsorge geschafft – nämlich mehr auf Kapitaldeckung zu setzen. Bei der Krankenversicherung schlagen Rot und Grün komischer Weise nicht einen ähnlichen Weg vor, da soll die Kapitaldeckung kaputt gemacht

werden. Das finde ich paradox, das passt nicht zusammen. In der Krankenversicherung haben wir genau das gleiche Problem. Die gesetzliche Krankenversicherung ist umlagefinanziert. Von den laufenden Beiträgen werden die laufenden Ausgaben gedeckt. Die private Krankenversicherung, über die man in Teilen sicherlich auch diskutieren kann, hat im Gegensatz dazu als Grundkonstrukt, dass Vorsorge gestärkt wird für steigende Kosten im Alter. Das ist eigentlich das, was wir eher mehr brauchen und nicht weniger. SPD und leider auch die Grünen schlagen vor, genau das rückgängig zu machen. Ich will das mit einem Bild vergleichen: Wir sitzen in einem Boot, das leckt. Es strömt Wasser hinein und jetzt versuchen wir, mit Eimern das Wasser wieder heraus zu schöpfen. Das haben die Gesundheitsreformen der letzten Jahre mit ihrer Kostendämpfungspolitik getan. Jetzt kommen Frau Mattheis und Herr Terpe auf die Idee: Wir lösen das Problem auf unserem Boot dadurch, dass wir einfach die, die da vorne auf der funktionstüchtigen Yacht sitzen, dazu zwingen, mit auf unser Boot zu kommen, damit sie helfen können, das Wasser mit den Eimern heraus zu schöpfen. Jeder, der schon mal auf so einem Boot war, weiß: Das löst das Strukturproblem nicht. Wir müssen uns darüber Gedanken machen, wie wir viel mehr zu einem solchen privaten Modell kommen. Das schlagen wir vor. Ich bin auch nicht der Meinung von Herrn Straubinger. Der Gegensatz von GKV und PKV ist in Teilen sehr willkürlich. Warum darf jemand als Angestellter erst ab 4.000,00 Euro in die private Krankenversicherung wechseln? Wo ist der Grund, vielleicht gibt es ja einen sachlichen Hintergrund? Die Grenze ist politisch und völlig willkürlich. Die Grenze ist immer höher gesetzt worden, damit mehr Leute zwangsweise in der GKV gehalten werden. Angesichts der alternden Bevölkerung brauchen wir schrittweise mehr Menschen in einer kapitalgedeckten Versicherung. Und wir brauchen auch gleiche Bedingungen. Wenn es ein System von dann nur noch privater Krankenversicherung gibt, dann, da hat Harald Terpe sicherlich recht, muss es ein Annahmewang geben, zumindest im Umfang der Grundversorgung. Auch derjenige mit

Vorerkrankungen muss einen Krankenversicherungsschutz bekommen. In der Anhörung hat die Vertreterin der privaten Krankenversicherung ihre Antwort anders formuliert. Sie hat gesagt: Er kann einen Versicherungsschutz bekommen, aber zu risikoäquivalenten Prämien. Sie hat nicht gesagt, dass derjenige kein Angebot bekäme, das wollen wir festhalten – ich war nämlich auch bei der Anhörung.

Grünert: Nun ist es nicht so, dass der Verbleib oder der Nichtverbleib der PKV eine rein theoretische Entscheidung ist, es hängen sehr viele Berufe und Institutionen daran. Herr Dr. Windhorst können Sie sich – speziell aus Ärztesicht – ein Gesundheitssystem ohne eine private Krankenversicherung überhaupt vorstellen?

Dr. Windhorst: Ich kann mir das vorstellen, ich kann mir das natürlich auch in unserem Land vorstellen. Aber ich glaube, dass die Versorgungsrealität dann nicht nur eine ganz andere wird, sondern, dass die Versorgung dann nicht mehr durchzuführen ist. Wir haben doch die Situation, dass die Koexistenz, das ist wie damals bei den Ost-Verträgen, die friedliche Koexistenz von gesetzlicher und privater Krankenversicherung, unser System in dem Maße stabilisiert, dass wir Innovationen noch in allen Bereichen einbringen können. Und, auch wenn Herr Knieps das nicht mehr hören mag, wir haben eine Quersubventionierung. Wir haben Gewinne über die PKV und wir haben über einen Gerichtsbeschluss erklärt bekommen, dass die 2,3-fache Liquidationsmöglichkeit die Preisebene ist. Wir müssen ein leistungsgerechtes Honorar bekommen, das leistet nur eine Gebührentaktung in Einzelleistungsdarstellung. Wir brauchen uns nicht zu verstecken, wir leisten doch etwas. Also auf Ihre Frage: Ich kann es mir vorstellen, aber das ganze System läuft dann vor die Wand und wir sind jetzt schon auf der Titanic, auf der die Musik abgeschaltet worden ist.

Grünert: Herr Dr. Kösters, könnten Sie sich die deutsche Krankenhauslandschaft ohne eine private Versicherung vorstellen?

Dr. Kösters: Ich will es mir nicht vorstellen – und ich kann es mir ehrlich gesagt auch nicht richtig vorstellen, weil ich weiß, wie bedeutend der Anteil der privaten Versicherung für dieses System ist. Dass wir ein so hochwertiges Versorgungssystem

in dieser Republik haben, liegt auch daran, dass wir dieses gegliederte Versicherungssystem haben. Da bin ich mir absolut sicher. Die Probleme liegen doch nicht in dieser Gliederung, die Probleme liegen darin, dass wir eine ordentliche Finanzierungsgrundlage für die GKV nicht hinbekommen. Nach langem Rangeln und Ringen, wir hatten große Hoffnungen, dass die Große Koalition endlich den Knoten durchschlagen würde und es zu einer Neujustierung käme, ist der Gesundheitsfonds herausgekommen. Er ist ein Kompromiss, der nach allen Seiten offen ist. De facto hat sich innerhalb der Finanzierung für die GKV nichts verändert. Das ist ein riesiges Manko, an dieser Stelle hat die Koalition für mich deutlich versagt. Hier muss etwas geschehen. Wir müssen wegkommen von der Kopplung der Finanzierung der GKV an die Arbeitseinkommen. Diese Kopplung wirkt wie eine Steuer auf Arbeit mit fatalen volkswirtschaftlichen Konsequenzen. Und dann nützt es auch nichts, Frau Mattheis, wenn man sagt, so jetzt nehmen wir nicht nur die Arbeitsbezogenheit, sondern jetzt nehmen wir auch noch andere Einkommen dazu. Es bleibt im Kern dann doch bei der Orientierung an den Arbeitseinkommen unserer Bevölkerung mit quasi steuerlichen Aufsummeffekten. Das kann es nicht sein. Wir müssen zu einer grundlegenden Veränderung kommen. Wir können im Krankenhaus, wenn es schwierig wird, einen wirklich Kranken zu operieren, auch nicht stattdessen einen halbwegs Gesunden operieren. Das ist nicht die Lösung. Für die PKV scheint man aber diesen Weg gehen zu wollen. Man kommt nicht weiter bei dem Operieren des GKV-Systems, und nimmt sich dann die halbwegs gesunde Säule PKV vor. Das kann meines Erachtens nicht funktionieren. Ich sage deshalb Hände weg von diesem guten Teil, auch an Wahlmöglichkeit und auch an marktwirtschaftlicher Orientierung in unserem Gesundheitswesen. Mir graut vor einer Gleichschaltung des Gesamtsystems, wie sie jetzt schon durch den Basistarif in der privaten Krankenversicherung ein Stück weit angelegt wurde. Ich halte diesen Weg für verkehrt. Wir müssen eher das Gegenteil tun. Wir müssen uns ansehen, wie die PKV funktioniert und warum sie so relativ erfolgreich

ist. Können wir nicht eher dort Anleihen machen für das Gesamtsystem unserer Republik?

Grünert: Jetzt ist Herr Candidus an der Reihe. Was sagt denn der Patient dazu? Ich frage Sie als Patientenvertreter.

Candidus: Ich muss mir im Sinne des bisherigen Systems wünschen, dass die PKV erhalten wird, damit für die Versicherten und Patienten nicht noch stärker Wartezeiten auftauchen, nicht noch stärker Leistungskürzungen und Rationierungen auftauchen. Das sage ich nicht nur als Mensch, sondern das erlebe ich tagtäglich bei den Anrufen von Bürgerinnen und Bürgern bei unserer Patientenvertretung. Dass das so ist, brauchen Sie gar nicht wissenschaftlich zu untersuchen – es ist einfach so. Deshalb wünsche ich mir, dass die PKV erhalten bleibt. Was ich mir auf jeden Fall im Gesamtsystem wünsche ist, dass wir eine Transparenz zu den Leistungen der unterschiedlichen Versicherungen bekommen. Mir liegen Daten vor, das sage ich hier in der Höhle des Löwen, dass die PKV zum Teil schlechtere Leistungen in den Einzelversicherungsverträgen bringt als die GKV. Dass ist nur nicht bekannt. Es gibt hierzu mittlerweile Daten. Woher kommen diese Daten? Diese Daten werden nicht für die Versicherten und Patienten erhoben, sondern für die Versicherungsmakler. Denn die PKV-Makler können haftbar gemacht werden, wenn sie falsch beraten. Deshalb hat man sich die Mühe gemacht und hat die einzelnen Krankenversicherungen in Vergleich gesetzt zu ihren Tarifen. Man hat dies nur wegen der Maklerhaftung, nicht wegen uns Patienten getan. Wir brauchen Transparenz der Leistungen der unterschiedlichen Versicherungen. Wir brauchen eine Grundlage, damit wir den Versicherungen sagen können, dass sie dafür zu sorgen haben, dass die Interessen der Zahler, der Versicherten, der Kunden in den Vordergrund gestellt werden. Das kann nur passieren, wenn die Berufsgruppen in dem System ordentlich vergütet werden, wenn wir keinen Investitionsstau in Kliniken und keinen Abbau der wohnortnahen Versorgung haben. Damit das gelingt, müssen wir den Politikern sagen, welche Rahmenbedingungen notwendig sind, um das zu realisieren. Wir können nicht erwarten, dass die Politiker, in der Vielfalt

der Aufgabenstellungen, die sie haben, das Gesundheitswesen verstehen. Ich bin seit 1958 in dieser Gemengelage und ich verstehe es heutzutage noch nicht. Die Politiker müssen aber entscheiden und deshalb müssen wir ihnen zutragen. Wir müssen ihnen zutragen, was sein soll, damit sie die beste mögliche Entscheidung finden. Die Rahmenbedingungen müssen dann bei der Politik liegen, das gilt über alle Parteien hinweg. Das ist mein Wunsch und der nächste Wunsch ist, dass mit gleich langen Spießern agiert wird. Es kann nicht sein, dass der eine quersubventioniert wird und der andere dafür aufkommen muss. Es kann nicht sein, dass auf der einen Seite die GKV entlastet wird um 9 Milliarden Rückstellungen für Pensionen, während die PKV Rückstellungen gemacht hat. Das bezahlen wir Bürgerinnen und Bürger, niemand anders. Diese ungleichen Spieße, dieses ungleiche Verhältnis muss beseitigt werden, damit wir das System sanieren können. Diagnose haben wir genug gehört, jetzt brauchen wir eine ordentliche Therapie.

Grünert: Frau Mattheis, Sie hatten eben gesagt, dass für Sie die Priorität darin liegt, die GKV weiterhin finanzierbar zu erhalten. Würden Sie dafür auch in Kauf nehmen, gesunde Patienten zu operieren, wie Dr. Kösters es angesprochen hat?

Mattheis: Auf dieses Bild gehe ich jetzt nicht ein. Es ist richtig, wir brauchen in dem System der Bürgerversicherung eine ordentliche Finanzierung. Sie hören jetzt von mir keine Unterstützung des Gesundheitsfonds. Das macht dann der Kollege Straubinger. Für mich ist es wichtig, dass vor allen Dingen die Parität noch ein Stück weit stärker ausgebaut wird. Ich kann all diejenigen, die noch immer auf Kapitaldeckung setzen, überhaupt nicht verstehen. Ich kann sie überhaupt nicht verstehen, weil es gerade in dieser Zeit, wo es mit allen Dingen die Kapitaldeckung betreffend so schwierig geworden ist, gilt, eine Sicherheit zu haben. Der Mackenrothsche Ansatz, dass die Sozialausgaben in der Zeit finanziert werden müssen, in der sie ausgegeben werden, gilt für mich wesentlich stärker als bisher. Dass Sie das nicht akzeptieren, Herr Bahr, ist die Besonderheit der FDP. Ich glaube, dass wir, wenn wir

eine Gesellschaftsordnung unterstützen wollen, die etwas mit sozialem Frieden zu tun hat, wirklich auch die Sicherheit für die einzelnen Personen garantieren müssen, und nur ein solches System kann das garantieren. Ich will hier jetzt nicht Schwarzmalerei betreiben, aber ich bin gespannt, wie wir mit der Riesterreute weiter rechnen können. Ich bin gespannt, ob bei dem nächsten Podium auch die Überzeugung, Kapitaldeckung rettet unser System, weiter vorherrscht. Ich glaube es nicht. Frank Walter Steinmeier lag mit seinem Vorschlag, in einem Konjunkturpaket diese 0,9 Prozent GKV-Beitrag, die wir aus der paritätischen Finanzierung ausgelagert haben, zurück zu holen in die Parität, genau richtig. Das ging in der Koalition nicht. Wenn wir die Parität stärken, glaube ich, dass wir auch was die Beitragssätze anbelangt, in diesem System eine ordentliche Finanzierung hinbekommen. Wir diskutieren, was die Arzthonorare angeht, rauf und runter. Jeder in diesem Verteilungskampf, es ist schon ein Verteilungskampf, glaubt ja immer, ein Stück weit mehr haben zu können und zu wollen und zu dürfen und manchmal vergisst man darüber, dass es eigentlich um die Patienten und Patientinnen geht und um die beste mögliche Versorgung. Wenn wir ausgehen von einen Beitragssatz knapp unter 15 Prozent, ich sage es noch mal, mir wäre die paritätische Finanzierung an dieser Stelle sehr wichtig gewesen, glaube ich, haben wir eine ganz gute Grundlage für eine ordentliche Finanzierung, wenn wir die Bestverdiener mit einbeziehen. Dieses Sichherausmogeln aus der Solidarität ist unser Grundproblem. Sich aus einer Solidarität heraus zu mogeln, dann aber, wenn es irgendwo eng wird, wieder einzufordern, sollte man gerade im Krankenversicherungssystem nicht weiter hinnehmen. Mir wäre es am liebsten, wir hätten in diesem System wirklich nicht die Unterscheidung nach Herkunft und Verdienst und von daher bin ich tief überzeugt, dass der Bürgerversicherungstarif ein guter und richtiger Weg ist, wohlwissend, dass es an manchen kleinen Stellschrauben noch etliches zu stellen gibt, um dieses System auch harmonisch zu gestalten.

Grünert: Sie haben jetzt sehr viele Vorlagen geliefert, wo Herr Bahr schon mit den Augen gezwinkert und eigentlich auch mit den Füßen gescharrt hat. Bitte, Herr Bahr.

Bahr: Ja, Frau Mattheis, ich wundere mich ja schon. Sie legen Ihr Programm vor und selbst Herr Annen sagt, es sei das linkste Programm, das die SPD seit Jahrzehnten hatte. Im gleichen Atemzug sagen Sie bei der Vorstellung des Wahlprogramms, das sei eine Visitenkarte für eine Ampelkoalition. Dann sehe ich mir den Inhalt an und ich nehme jetzt mal den Gesundheitsbereich heraus. Da habe ich den Eindruck, das passt überhaupt nicht. Sie sagen, Sie wollen nichts zum Gesundheitsfonds sagen, den soll die CSU verteidigen. In dem Wahlprogramm steht eindeutig, dass Sie am Gesundheitsfonds nicht nur festhalten, im Gegenteil, Sie wollen den Gesundheitsfonds ausweiten und ausbauen. Sie sagen, dass Sie die privat Versicherten hineinzwingen wollen in den Gesundheitsfonds. Sie sagen, Sie wollen keine Zusatzprämien verlangen, sondern das soll alles mit dem Einheitsbeitragssatz finanziert werden. Ja, wie weit soll der denn steigen? Schauen wir uns doch dieses und nächstes Jahr einmal an, was wir für eine wirtschaftliche Entwicklung haben werden. D.h. wir haben zu rechnen mit einem enormen Anstieg der Lohnzusatzkosten oder Sie sagen, es sollen mehr Steuergelder in die gesetzliche Krankenversicherung fließen. Da fragt man sich natürlich, woher soll das Steuergeld kommen? Wir haben jetzt schon diese Beitragssenkung zum 1. Juli, zwei Monate vor der Bundestagswahl, auch aus neuen Schulden finanziert. Das sind keine Steuergelder, sondern Schulden. Wenn wir immer mehr an vermeintlichen Steuergeldern in das System hineinpumpen, wenn der Staat sich immer weiter verschuldet, dann in der Tat, da haben Sie Recht, wird Kapitaldeckung ein Problem. Nur die aktuelle Finanzmarktkrise zu nehmen, um zu sagen, Kapitaldeckung sei nicht das überlegene System, reicht nicht aus. Sie müssen eine Antwort finden, wie die Finanzierung aussehen soll, denn wir wissen, dass wir immer mehr Kosten für eine alternde Bevölkerung haben. Das ist doch das Problem. Zwar sinken die Renditen auf dem Kapitalmarkt

zurzeit, aber immerhin haben wir noch Renditen für über 100 Milliarden Euro Rückstellungen in der privaten Krankenversicherung. In der gesetzlichen Krankenversicherung haben wir gar keine Rücklagen. In Wahrheit liegen da Schulden, die irgendwann jemand bezahlen muss. Diese Lasten immer weiter auf kommende Generationen zu schieben, wird genau zu dem führen, was ich nicht will, nämlich zu einem sozialen Konflikt. Denn dann wird es die Verteilungskonflikte zwischen Jung und Alt, zwischen Arm und Reich geben und wer wird darunter leiden? Nicht die Reichen. In Großbritannien, wo wir eine Einheitskasse haben, in Spanien, wo wir eine Einheitskasse haben, werden nicht die Reichen drunter leiden, denn die Reichen können es sich immer leisten, Privatärzte zu finden oder in andere Länder zu gehen. Wer leidet denn unter solchen Einheitskassenmodellen, unter einem staatlich gelenkten Gesundheitswesen? Das sind die Ärmere und Schwächeren, weil sie gar nicht die Möglichkeit haben, sich etwas anderes zu suchen. In Vorbereitung auf die Lasten, die auf uns zukommen angesichts der alternden Bevölkerung, wäre zu investieren in Vorsorge, in die Eigenverantwortung, nicht in Vollkasko-Mentalität zu glauben, der Staat könne allen alles abnehmen. Da muss man Anreize für kosten- und gesundheitsbewusstes Verhalten haben. Das ist im Sinne eines funktionsfähigen, gesellschaftsfähigen Gesundheitsmodells.

Grünert: Ich würde gerne noch einmal eine andere Stimme dazu hören. Dr. Windhorst, Sie als Ärztevertreter hören diese sehr konträre Diskussion. Wie fühlt man sich, wenn man die Ärzteschaft in eine bestimmte Richtung führen muss und hört, wie die Politik dazu steht?

Dr. Windhorst: Nach wie vor fühle ich mich noch ganz wohl. Aber es ist nicht die Frage des Wohlbefindens eines einzelnen Menschen. Ich bin nicht nur Funktionär im Sinne der Fürsprache für die Ärzteschaft, im Sinne der Vertretung der Bundesärztekammer. Ich stehe auch sehr häufig am Operationstisch. Ich spreche mit Patienten und leite sie durch ihre Krebserkrankung und ähnliches. Deshalb bin ich in der Basis verwurzelt und muss feststellen, dass wir ein funktionierendes System haben, um das uns viele europäische Länder beneiden.

Unsere Ärzte werden abgeworben, aus der fernen Welt werden wir gefragt, wie wir die Arbeit eigentlich schaffen. Wir haben ein System, in dem zwei Versicherungssysteme sinnvoll miteinander koexistieren. Dieses System wollen wir auch behalten, weil wir die Patienten gut versorgen können wollen. Und wir wollen, dass wir eine Gebührentaxe haben, ohne kriminalisiert zu werden. Wir Ärzte wollen das, was wir leisten, auch abrechnen können und wir wollen eine leistungsgerechte Abrechnung. Diese beiden Dinge fordern wir immer wieder gebetsmühlenartig. Was wir brauchen ist nicht die Zerschlagung eines funktionierenden Systems. Wenn ich auch sagen muss, dass die PKV lernfähiger werden muss. Wir brauchen eine bessere Transparenz, in den Aufnahmeverfahren sollten Dinge berücksichtigt werden, die es ermöglichen, Patienten auch dann zu versichern, wenn sie Vorerkrankungen mitbringen. Wir wollen nicht nur den Dialog führen, sondern das System weiterentwickeln. Wir wollen für die Patienten eine nachvollziehbare, wie Herr Candidus bereits sagte, in einem gewissen Sinne auch kontrollierbare Bewertung ärztlicher Leistungen. Deswegen wollen wir den EBM auch so gestalten wissen, dass man nachvollziehen kann, was da im Einzelnen geleistet wird. Und wenn Sie die neue GOÄ ansehen, die Frau Klakow-Franck und ihre Abteilung mit Franz Gadomski und mir erarbeitet haben, dann werden Sie sehen, dass wir eine klare Klassifikation von Einzelleistungen und geringere Leistungskomplexierungen im operativen Bereich, die wir mit der Roeder-Gruppe ausgearbeitet haben, vorlegen. Wir haben uns die Mühe gemacht, die Patientenversorgung charakterisiert darzustellen, zu analysieren. Es geht uns nicht in erster Linie um die Ärzteversorgung, uns geht es um die Patientenversorgung. Dazu brauchen wir Geräte, dazu brauchen wir Menschen, dazu brauchen wir Operateure, dazu brauchen wir Ärzte, die nicht abhauen oder nicht mehr in die kurative Medizin gehen. Die Politik ist dabei, unser System an allen Ecken und Kanten zu demontieren. Das tut mir weh als Arzt oder als demjenigen, der mit der Bundesärztekammer versucht, sie wieder zu reaktivieren – wir würden sagen, sie zu reanimieren.

Lassen Sie uns mitmachen im Ausbau unseres Versicherungssystems. Wir versuchen, die Patienten mit einzubeziehen in unsere Überlegungen. Es geht uns um die Patienten, nicht nur um unsere eigene Gehaltstasche.

Grünert: Herr Candidus, bitte.

Candidus: Ich habe mir auf der Hinfahrt im Zug überlegt, was eigentlich das Hauptproblem ist. Eine Angst habe ich. Stellen Sie sich vor, unser gesamtes Wohnungssystem wäre verstaatlicht, wäre gesetzlich gelenkt über 50 oder 60 Organisationen, Immobilienverwaltungen. Wir hätten also ein staatliches soziales Wohnungswesen. Könnten Sie sich vorstellen, wie wir dann alle leben würden, meine Damen und Herren? In Plattenbaucentern mit hohen Kosten. Wenn die Heizung kaputt wäre, würden wir zu hören bekommen: Holen Sie sich doch einen Radiator, so ein Ding, das Sie in der Wohnung aufstellen können. Unter diesen Milieubedingungen würden wir leben. Ich habe Angst davor, wenn wir in diesem Gesundheitswesen so fortfahren, wie wir es zur Zeit tun, indem wir nach immer mehr Geld schreien, aber uns nicht verändern wollen, dann werden wir in diese schreckliche Situation kommen. Wenn wir die PKV dann auch noch abschaffen, dann bekommen wir so ein System, in dem man keine Wahlentscheidung mehr hat, sondern nur die Möglichkeit, es zu dulden. Das ist mein Problem, das wollte ich so darlegen.

Grünert: Bitte, Herr Dr. Kösters.

Dr. Kösters: Ja, mir graut auch ein bisschen vor einer solchen Perspektive. Ich verstehe, dass man nach Lösungen suchen muss, wenn die Finanzierung des GKV-Systems in Not ist. Aber die einheitliche Bürgerversicherung kann aus verschiedenen Gründen nicht die Lösung sein. Einen Aspekt möchte ich nochmals besonders hervorheben: Die Bestverdiener, so habe ich das vorhin verstanden, sollen mit hinein genommen werden, mit hinein gezwungen werden in das GKV-System. Bisher waren die Privatpatienten und ihre Versicherungen so etwas wie Pacemaker. Sie haben Druck gemacht, sie haben für Innovationen gesorgt, sie haben höhere Servicequalität gesucht etc. Von dort aus ist die Leistungsentwicklung übersprungen

auf den GKV-Bereich. Beschädigen wir an dieser Stelle nicht diese Leitfunktion und die Institutionen, die dahinter stehen! Ich glaube, damit schaden wir dem System insgesamt. Deswegen plädiere ich sehr dafür, diesen gesunden Zweig nicht in Frage zu stellen oder in den anderen mit hineinzuziehen, damit sich dann alles gleich darstellt – gleich mittelmäßig oder gleich schlecht. Ein Wort an Herrn Bahr. Herr Bahr, ich verstehe ja, dass Sie in Richtung Kapitaldeckung argumentieren. Aber meinen Sie nicht auch, dass es im Augenblick nicht ganz die passende Zeit dafür ist, sich für einen solchen Systemwechsel einzusetzen? Sie werden vielleicht sagen, gerade jetzt müssen wir. Nein, wir müssen doch sehen, dass wir jetzt in der großen Schwierigkeit sind, alles das zu finanzieren, was uns die moderne Medizin ermöglicht, was der Fortschritt in der Medizintechnik machbar erscheinen lässt. Darüber hinaus haben wir die ungeheuer große Herausforderung der Demografie. Wenn wir Kapitaldeckung wollen, dann heißt das, wir müssen zu dieser Finanzierung gleichzeitig noch *peu á peu* den Kapitalstock aufbauen. Das überfordert die Situation völlig und ich sehe noch kein Ende, sodass ich sagen könnte, lasst uns für zwei Jahre die Beine still halten und dann kommt die Zeit, wo wir das hinbekommen. Ich bewundere den Mut, dass Sie dieses heute sehr ernsthaft diskutieren und so in den Vordergrund stellen. Auch wenn ich im stillen Sympathie dafür habe, die allerdings durch das, was wir gerade in der Finanzkrise erleben, geschrumpft ist, so ist es doch so – Frau Mattheis hat mit Recht darauf hingewiesen –, dass es mit einer Kapitaldeckung bei Sozialversicherungssystemen doch immer eine besondere Schwierigkeit ist, wenn Märkte, von denen man abhängt, zusammenbrechen, wie wir das im Augenblick erleben. Ich habe dennoch im Prinzip dafür eigentlich ein großes Herz, aber an dieser Stelle glaube ich, überfordern wir das, was jetzt überhaupt machbar ist.

Grünert: Herr Terpe ist jetzt als nächster an der Reihe und dann Herr Straubinger.

Dr. Terpe: Um auf Herrn Kösters zu entgegen: Sie haben da einige Dinge genannt, von denen man sagen könnte,

ja, da haben Privatversicherte auch einen gewissen Impuls gesetzt. Aber ich glaube, wir müssen zum Kern der Frage zurückkommen. Man muss sich immer wieder die Frage stellen: Wie war es den privaten Krankenversicherungen denn überhaupt möglich, solche Impulse zu geben? Wie wurde es ihnen ermöglicht, im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung 2,3-fache Sätze bezahlen zu können? Man darf die Augen nicht davor verschließen, dass zumindest ein Teil der Gründe darin liegt, dass die private Krankenversicherung die Versichertengemeinschaft sortieren konnte. Das ist eine Sortierungsgesellschaft gewesen, das muss man klar erkennen. Prof. Greß hat mit Blick in die Zukunft gesagt, dass die hohen Summen, die in der PKV für ärztliche Leistungen gezahlt werden, ungerechtfertigt sind. Wenn die PKV tatsächlich ganz frei in den Wettbewerb ginge und jeden Patienten nehmen müsste, ganz ohne Morbiditätsausgleich, dann könnte sie mitnichten den 2,3-fachen Satz bezahlen. Also müssen wir fragen, wie finanzieren wir das Gesundheitssystem insgesamt? Wir haben mit der Umlagefinanzierung ein System, das lange eingespielt ist. Das wird man nicht von heute auf morgen – da gebe ich Herrn Kösters völlig Recht – über den Haufen werfen können. Aber da beginnt dann die Schwierigkeit für die Politik. Wenn man die Versicherten nach Risiken sortiert und den Eindruck vermittelt, dass die Reichen einen besseren Versicherungsschutz haben können als die anderen, dann wird das nicht allgemein akzeptiert werden. Wollen Sie, dass wir ein System haben, wo für die Grundversorgung in der GKV, die im Moment noch mit 160 Mrd. finanziert wird, nur noch 100 Mrd. zur Verfügung stehen, weil ein Teil der Versicherten sich ganz aus dem System verabschiedet? Das will doch auch kein Mensch. Insofern dürfen wir hier weder irgendwelche Phantasien in die Welt setzen, dass wir von dem Umlagesystem so schnell weg kommen, noch so tun, als ob die PKV, die bisher dem Wettbewerb mit den anderen ja auch nicht ausgeliefert war, 2,3 mal besser gewirtschaftet habe als die GKV. Das ist doch Unfug! Ich glaube, dass die PKV in einem einheitlichen Versicherungsmarkt, in dem jeder eine Bürgerversicherung

und Zusatzleistungen anbieten kann, in den Wettbewerb einbezogen werden muss. Das hat mit Einheitskasse überhaupt nichts zu tun. Ich glaube, dass wir nicht von einem Umlagesystem wegkommen werden. Ganz davon abgesehen, was auf den Kapitalmärkten momentan stattfindet, würde die Umstellung auf Teilkapitalfinanzierung oder Gesamtkapitalfinanzierung auf jeden Fall lange Zeiträume bedeuten. Es entstünde sonst ein starkes Solidaritätsproblem, denn die Jungen müssten gleich doppelt zahlen und die anderen profitierten davon. Das geht so nicht. Wir müssen die Kirche im Dorf lassen. Wir müssen uns fragen, meinen wir das mit dem Wettbewerb unter den Krankenkassen ernst? Dann muss er wirklich gemacht werden und dann werden wir sehen, was da passiert. Aber dann soll auch die Sortiererei in der Gesellschaft aufhören.

Grünert: So, Herr Straubinger, bitte.

Straubinger: Ich glaube, wir sollten gar keinen so großen Gegensatz zwischen Kapitaldeckung und Umlageverfahren konstruieren. Beide Systeme sind nämlich abhängig von einer wirtschaftlich starken Grundlage. Wenn diese nicht gegeben ist, wird kein einziges System funktionieren, weil auch in der Kapitaldeckung dann nicht die nötigen Finanzmittel erwirtschaftet werden. Wir müssten dann auch noch einen Unterschied treffen zwischen der Altersversorgung in Kapitalanlage und der Krankenversicherung, weil in der Krankenversicherung nicht nur Leistungsausgaben über die Kapitaldeckung bestritten werden. Es wird ja auch vieles dazu verwendet, damit im Alter dann der Beitrag nicht exorbitant steigt. Wir haben diesbezüglich gesetzgeberische Maßnahmen ergriffen, damit mehr Rücklagen geschaffen werden. Das haben wir auch unter dem Gesichtspunkt getan, dass die Beiträge erschwinglich sind für die, die sich für das private Krankenversicherungssystem einmal entschieden haben. Und trotzdem glaube ich, dass sich hier an diesem Punkt der Streit gar nicht lohnt. Ich setzte in der privaten Krankenversicherung darauf, dass die Bürger mehr Eigenverantwortung selbst tätigen können. Ich bin nicht der Meinung, dass private Krankenversicherungen weniger leisten, so wie Herr Candidus das hier vorgetragen

hat. Ich bin dafür, dass eine ordentliche Beratung geschaffen wird. Wenn das gewährleistet ist, soll man hier durchaus die Möglichkeit belassen, vielleicht auch einzelne Teile nicht zu versichern. Es kann sein, dass der Versicherte sagt, dieses Risiko will ich selber tragen und kann ich selber tragen. Und dann bitte ich auch mit dem Vorurteil aufzuräumen, dass die Privatversicherten nur die Besserverdienenden sind. Die große Heerscharr der Beamten macht mit 7 Mio. den Großteil der Vollversicherten aus. Das sind nicht die Bestverdienenden unserer Gesellschaft. Deshalb würde, wenn wir das private Krankenversicherungssystem zerschlagen, kein Gewinn für ein Einheitssicherungssystem zustande gebracht werden. Es sei denn, wir würden insgesamt die Beiträge anheben. Ich habe jetzt in einer Zeitung gelesen, ich glaube, ich habe die Zahlen noch richtig im Kopf, das private Krankenversicherungssystem hat im Jahr 2008 19 Mrd. für Leistungen ausgegeben und in der gesetzlichen Krankenversicherung wurden 160 Mrd. für Leistungen ausgegeben. Unterstellt, dass 10 % der Versicherten in der privaten Krankenversicherung versichert sind, würde eine Aufnahme aller gesetzlich versicherten Personen in die private Krankenkasse einen Aufwand von 190 Mrd. Euro – im Vergleich zum aktuellen Aufwand von 179 Mrd. Euro – nach sich ziehen. Diese 11 Mrd. Euro Differenz wären ein zusätzlicher Beitragspunkt. Deshalb zeigt es sich ja deutlich, in privaten Krankenversicherungen ist mehr Geld, weil die Versicherten dort auch mehr bezahlen, ganz einfach! Diese vielen ideologischen Vorbehalte sollte man meines Erachtens aus dem Weg räumen und es mehr unter den nüchternen Gegebenheiten betrachten.

Grünert: Herr Candidus, würden Sie als Patientenvertreter es befürworten, wenn die Patienten einen Beitragspunkt mehr zahlen müssten, dafür im Gegenzug aber mehr Freiheit bekämen?

Candidus: Selbstverständlich. Das könnte man der Bevölkerung sicher klar machen. Wenn sie mündig entscheiden können, wie sie sich versichern, welche Leistungen sie in Anspruch nehmen können, dann kann man auch erreichen, dass die Bevölkerung bereit ist, mehr zu zahlen. Es ist aber so,

dass sie nicht wissen, warum sie mehr bezahlen müssen, aber ewig mehr bezahlen. Die Uni Münster hat errechnet, dass wir seit 1976 eine GKV-Steigerung von 290 Prozent haben. 290 Prozent Steigerung – und das soll der Bürger verstehen! Es sollen immer mehr Zuzahlungen geleistet werden und immer mehr Leistungen in die Eigenverantwortung der Patienten gegeben werden. Ich sage dazu: Wenn Sie zwei Kinder haben und die bekommen jeweils 50 Euro Taschengeld im Monat und Sie kaufen sich heute einen Jaguar und fahren nach Hause vor die Garage und zeigen Ihren Kindern den Jaguar und sagen, aber im nächsten Monat kriegst du nur 30 Euro Taschengeld, dann ist das ungefähr das Verhältnis des Systems zum Patienten. Immer mehr Geld hineinpumpen, immer weniger Leistungen kriegen, das kann nicht gut gehen, meine Damen und Herren. Daher kommt auch die Unzufriedenheit in dem System. Wir müssen dem Bürger jetzt sagen, Du kannst nicht alles haben, Du kannst doch nicht 17 Mal zum Arzt gehen wegen jeder Kleinigkeit. Das fordere ich von der Politik. Und wenn die es nicht tut, dann müssen wir das in der Selbstverwaltung den Bürgern sagen und dazu gehören dann auch die Krankenkassen. Das meine ich mit „mündiger Bürger“. Das müssen wir tun, um mit den Finanzmitteln, die wir haben, auskommen zu können und um ordentlich vergüten zu können, denn ich möchte nicht von einem schlecht bezahlten Arzt behandelt werden.

Grünert: Herr Knieps hat heute Morgen gesagt, Wettbewerb habe für ihn keinen Wert an sich, sondern diene lediglich dem Pragmatismus. Das fand ich einen flotten Spruch. Andererseits hat er sich hier als einer der großen Konstrukteure des Wettbewerbsstärkungsgesetz verdient gemacht. Herr Bahr, was halten Sie davon?

Bahr: Das wird Sie jetzt wahrscheinlich schocken, aber für mich ist Wettbewerb auch kein Wert an sich, sondern eine Organisationsform. Es ist ja kein Wert wie Toleranz oder Freiheit. Es zeigt sich, wer Wettbewerb zulässt, hat die besseren Ergebnisse und die effizientere Verwendung der Ressourcen. Und genau das gleiche gilt im Gesundheitswesen: Es sind begrenzte Ressourcen und es werden immer begrenzte Ressourcen sein. Die Bäume wachsen nicht in den Himmel. Diese begrenzten

Ressourcen sollen die richtige Verwendung bekommen, dafür sorgt der Wettbewerb. Auch die PKV ist ja nicht ein Modell, in dem grenzenloser Wettbewerb ist, das stimmt. Wenn ich als PKV-Versicherter ein gewisses Alter erreicht habe, kann ich zwar den Tarif innerhalb der Versicherung wechseln, aber ich kann kaum die Versicherung wechseln. Das heißt, auch da ist der Wettbewerb ein bisschen eingeschränkt. Deswegen finde ich es sinnvoll – und das haben wir in unserem Modell auch vorgeschlagen –, dass es die Mitnahme der Altersrückstellung gibt, um mehr Wettbewerb in die PKV zu bringen. Gleichwohl schafft die PKV in einem Bereich einen enormen Wettbewerbsvorteil, nämlich die Transparenz. Ich habe als Versicherter wirklich die Transparenz über die Leistungen, die erbracht werden, und ich kenne den Preis, den ich für diese Leistung bezahle. Ich habe eine größtmögliche Wahlfreiheit über den Versicherungsschutz, den habe ich in der GKV nicht. In der GKV kann die Politik in den Versicherungsumfang eingreifen und den Leistungskatalog verändern, im Bereich der privaten Krankenversicherung kann die Politik das nicht, da gilt ein lebenslanges Leistungsversprechen. Ich kann aber wählen, wie ich diesen Versicherungsumfang haben will und ich kann mir bestimmte Dinge hinzu wählen oder ich kann sie weglassen. Ich kann Selbstbehalttarife wählen und alles andere mehr. Bei der GKV ist das wesentlich eingeschränkter. Und jetzt wollen wir mal aufräumen mit diesem Vorwurf, die private Krankenversicherung sei keine Solidargemeinschaft. Die privaten Krankenversicherungen sind zur gleichen Zeit entstanden wie auch die anderen Gemeinschaften, die gesagt haben: Gesundheit ist ein so großes Risiko, da können Kosten entstehen, die einen einzelnen überfordern. Also schließen wir uns zu Solidargemeinschaften zusammen, um diese Risiken zu teilen, damit die, die gerade den Schaden haben, die Unterstützung derer haben, die gerade nicht den Schaden haben. Das ist das Grundprinzip einer Versicherung! Also, insofern ist auch die private Krankenversicherung eine Solidargemeinschaft. Und wenn es jetzt um die Solidarität geht, da hat Frau Mattheis ja völlig Recht, wenn es darum geht, dass die Einkommensstär-

keren weniger beitragen zu den Umverteilungen zu Gunsten der Einkommensschwächeren. Aber: Das ist ja in der heutigen gesetzlichen Krankenversicherung so, denn der Beitrag geht ja nur bis zur Beitragsbemessungsgrenze. Deshalb brauchen wir ein zielgenaues System der Umverteilung zwischen Einkommensstarken und Einkommensschwachen, und das haben wir. Das ist das Steuer- und Transfer-System, denn da wird jeder nach seiner Leistungsfähigkeit herangezogen. Diejenigen, die mehr verdienen, die mehr Einkommen haben, tragen über dieses Steuertransfer-System dazu bei, dass die, die Unterstützung brauchen, diese auch bekommen. Und dann, Frau Mattheis, sind Sie natürlich bei dem Modell der FDP. Die Solidarität, was den Einkommensausgleich angeht, die wollen auch wir, aber wir glauben eben nicht, dass der in das Versicherungsprinzip gehört. Einen Satz noch zu Herrn Kösters: Natürlich haben Sie Recht, dass, wenn Lasten auf uns zukommen und wenn man diese Lasten vorzieht, dass es dann heute mehr Belastungen sind. Sie sagen zum heutigen Beitrag kommt dann noch der Teil hinzu für die Vorsorge. Nur andersherum gilt das natürlich auch. Wenn wir das nicht machen, dann heißt das, dass wir den heutigen Beitrag zahlen plus die Schulden, die wir aufnehmen. Denn wir machen heute ein Leistungsversprechen, dass irgendwann andere zurückzahlen müssen. Und wir leben heute auf Kosten künftiger Beitragszahler! Das gehört zu der Wahrheit auch dazu und das ist das Raffinierte an den Umlagesystemen, dass diese Lasten, diese Verschuldung, völlig unsichtbar sind. Das ist die Gefahr, in die wir hineinsteuern, wenn wir nicht schrittweise ein bisschen mehr auf Vorsorge setzen.

Grünert: So, Frau Mattheis darf jetzt noch einmal kurz entgegnen und dann würde ich um eine Schlussrunde bitten.

Mattheis: Ich möchte noch einmal auf das Prinzipielle zu sprechen kommen. Herr Bahr hat es in seinem Beitrag gerade sehr genau dargestellt. Was fordern wir von einem Sozialversicherungssystem? Ist es ein Teil des Marktes oder ist es ein wichtiger Teil staatlicher Daseinsvorsorge? Das unterscheidet uns und Herrn Bahr ganz einfach. Ich glaube, wir müssen

diesen Teil der staatlichen Daseinsvorsorge stärken, dazu gehören die Parität und die Solidarität, das sind die zwei Pfeiler. Wieso haben die GKV-Versicherten, nachdem wir alle möglichen Wahltarife eingeführt haben, nur sehr spärlich davon Gebrauch gemacht? Weil sie genau das schätzen an der GKV, dass sie eine hohe Sicherheit in diesem System haben. Und wenn man die Umfragen, die zu diesen beiden Systemen gemacht werden, ansieht, dann wird ganz klar gesagt, dass die Versicherten die PKV als zu teuer bewerten und in der GKV das sicherere System sehen. Und wenn wir jetzt noch einmal die Familienleistungen betrachten, dann zeigt sich, dass die GKV das System ist, wo die Familie unterstützt wird durch die Mitversicherung. Wenn jemand schwer erkrankt, wenn er chronisch krank ist, weiß er die GKV und die Solidarität wirklich zu schätzen.

Grünert: Danke. Ich möchte jetzt zur Schlussrunde kommen, leider ohne Herrn Terpe, der ja wegen eines anderen Termin bereits gehen musste. Ich bitte jetzt jeden um einen Satz, eine Antwort auf eine Frage: Was würden Sie tun, wenn es die private Krankenversicherung morgen nicht mehr gäbe? Herr Windhorst fängt an.

Dr. Windhorst: Ich glaube, dass wir mit dem Systembruch durch das Fehlen der privaten Krankenversicherung die gesetzliche Krankenversicherung im Moment überfordern. Das gesetzliche System leidet nämlich nicht unter dem PKV-System, sondern profitiert von ihm. Wir haben in dem System der privaten Krankenversicherung die Möglichkeit über das, was wir als Gebührentaxe neu konstruieren, eine Darstellung unserer Leistungen in einer Einzelleistungssystematik abzubilden.

Dr. Kösters: Wenn es die PKV nicht mehr gäbe, würde es auch der GKV schlechter gehen. Es würde allen Patienten schlechter gehen, weil die Leitfunktion der PKV für die GKV nicht mehr vorhanden wäre. Der Pacemaker im Gesundheitssystem würde wegfallen und damit würden wir das Ganze ein Stück weit eindampfen, die Innovationen würden zurückgehen. Das möchte ich mir letztlich gar nicht vorstellen.

Candidus: Wenn es die PKV nicht mehr gäbe, würde ich mich nachhaltig dafür einsetzen, sie wieder einzuführen.

Mattheis: Ja, wenn es die PKV nicht gäbe, würden es 90 Prozent der Versicherten nicht merken und die restlichen 10 Prozent würden in einem anderen System wirklich spüren, dass Solidarität auch ihnen gut tut.

Straubinger: Wenn es die PKV nicht mehr gäbe, würden 100 Prozent der Versicherten das spüren, denn dann gäbe es weniger Leistungen und mehr staatliche Reglementierung. Das kann nicht Ziel einer guten politischen Entscheidung sein, deshalb stehen wir für die PKV.

Bahr: Wenn es die PKV nicht mehr gäbe, dann müssten wir sie neu erfinden. Ich würde sie dann neu erfinden. Das kann mir auch keiner verbieten. Und genau so ist die PKV entstanden, ohne dass der Staat etwas gemacht hat. Es haben sich Versichertengemeinschaften zusammen gefunden und selbst füreinander Verantwortung übernommen. Eigentlich ist es ein vernünftiges Solidarprinzip!

Grünert: Ganz herzlichen Dank für die Diskussion und auch fürs Zuhören. Dankeschön!



Impressum

Herausgeber

PVS/Verband

Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V.,
Straßmann-Haus, Schumannstraße 18, 10117 Berlin

Redaktionelle Bearbeitung

Ulrike Scholderer, M.A., PVS/Verband

Realisierung

Reihenkonzept: Stefan Tilgner, M.A., PVS/Verband

Layout & Satz: FGS Kommunikation, Berlin

Grafik: FGS Kommunikation, Berlin

Fotografien: Axentis

Repro & Druck: Königsdruck Berlin

Schrift: Emigre Tarzana, FF Quadraat

Papier: IGEPa Invercote, Munkun Premium Cream

© 2009

Eigenverlag des PVS/Verbandes

1. Auflage, August 2009

ISBN 978-3-9809893-6-7

Printed in Germany

Die Koexistenz von gesetzlicher und privater Krankenversicherung zählt zu den Besonderheiten des deutschen Gesundheitssystems. Bisher konnten durch dieses Zwei-Säulen-Modell privater und gesetzlicher Krankenversicherung sowohl die Nachteile rein staatlicher als auch die Gefahren rein marktwirtschaftlicher Gesundheitssysteme vermieden werden. Nachdem die Krise der gesetzlichen Krankenversicherung Dauerzustand geworden ist, wird nun auch die private Krankenversicherung in Mitleidenschaft gezogen. Deshalb haben Bundesärztekammer und PVS/Verband gemeinsam zu einem Workshop eingeladen, um mit Vertretern aus der Gesundheitspolitik, GKV und PKV, ärztlicher Selbstverwaltung, Krankenhausträgern sowie Experten für Gesundheitsökonomie und Verfassungsrecht die Optionen für die Weiterentwicklung der privaten Krankenversicherung zu diskutieren. Band 8 der Schriftenreihe des PVS/Verbandes dokumentiert den Workshop.

