



# Workshop: Weiterentwicklung der privaten Krankenversicherung

Brauchen wir die private Krankenversicherung in unserem Gesundheitssystem? Stehen PKV und GKV in einem fruchtbaren Wettbewerb, oder bilden sie eine feudale Zweiklassengesellschaft? Kann eine PKV nur existieren, weil die GKV eine entsprechende Infrastruktur aufgebaut hat? Oder ist es eher so, dass die PKV mit ihren großzügigeren Honorierungen den medizinischen Fortschritt finanziert, den sich die GKV sonst nicht leisten könnte? Wer subventioniert also wen? Was wäre, wenn es die PKV nicht mehr gäbe? Oder wie könnte eine zukünftige PKV aussehen?

von Dr. Erich Schröder

**AUF EINLADUNG** von Bundesärztekammer und PVS/Verband kamen 15 hochkarätige Referenten und rund 200 Teilnehmer in die Kaiserin-Friedrich-Stiftung in Berlin, um die Zukunft der privaten Krankenversicherung zu diskutieren. Der Workshop wurde von Thomas Grünert, Chefredakteur Vincentz Network Berlin, moderiert und fand auf diese Fragen sehr konträre Antworten.

Deutschland besitzt ein einzigartiges, historisch gewachsenes Ge-

sundheitswesen mit zwei parallelen Vollversicherungssystemen, in denen insgesamt praktisch die gesamte Bevölkerung krankenversichert ist. Die Finanzierung der medizinischen Versorgung unserer Bevölkerung ruht also im Wesentlichen auf zwei Säulen. Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt hat mehrfach erklärt, dass sie eine dieser Säulen, die PKV, für verzichtbar hält. Sie sei mit ihren Vorstellungen von Solidarität und Gerechtigkeit nicht vereinbar. Zwar ist es ihr in ihrer bisherigen Amtszeit nicht gelungen, die PKV „abzuschaf-

fen“, gleichwohl wird die Geschäftsgrundlage der PKV durch die letzte Gesundheitsreform, das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG), erheblich belastet. Allein die Verpflichtung, einen sogenannten „Basistarif“ anzubieten, der den GKV-Standard zu GKV-Preisen enthält, ist für die PKV, die ohne die gesetzlichen Privilegien der GKV auskommen muss, wirtschaftlich nicht tragfähig darzustellen. Letztlich müssen also die Vollversicherten der PKV den Basistarif quersubventionieren, was wohl nur über Beitragserhöhungen



**Konvergenz der Systeme versus Zwei-Säulen-Modell:** Franz Knieps, Uwe Laue (o.), Dr. Regina Klakow-Franck, Dr. Franz Gadomski (u.) | FOTO: AXENTIS

zu realisieren ist. Der Basistarif ist ein „Fremdkörper im freiheitlichen PKV-System“, stellte Uwe Laue, Vorstandsvorsitzender der Debeka, fest. Bereits jetzt sei erkennbar, dass die Anzahl der Neuabschlüsse in der PKV-Vollversicherung deutlich zurückgeht, um bis zu 45 Prozent, so Laue.

Es ist wohl anzunehmen, dass Ulla Schmidt diesen Austrocknungseffekt der PKV als Auswirkung ihres GKV-WSG mit klammheimlicher Freude beobachtet.

**Warum greift** die Politik diese Dualität des deutschen Krankenversicherungssystems überhaupt an? Schließlich hat das deutsche Zwei-Säulen-Modell doch bisher ein weltweit anerkanntes, gut funktionierendes Gesundheitssystem hervorgebracht.

Solange die GKV ihren Versicherten eine gute, bedarfsgerechte me-

dizinische Versorgung gewährleisten konnte, wurde die Koexistenz von gesetzlicher und privater Versicherung auch nicht in Frage gestellt. Die aktuelle Diskussion wurde erst virulent, als die GKV durch permanente Finanzierungsprobleme zu schwächeln begann und die Versicherten neben immer schneller steigenden Beiträgen auch erste Leistungseinschränkungen hinnehmen mussten. Da fiel der neidische Blick immer öfter auf die gesunde PKV, die ihren Versicherten nicht weniger, sondern mehr Leistungen zur Verfügung stellt und darüber hinaus Ärzte und andere Leistungsträger des Gesundheitswesens weitaus besser honoriert als die GKV. Es mussten Begründungen für diesen Unterschied gefunden werden, und was ist öffentlichkeitswirksamer als der Hinweis auf eine „Zwei-Klassen-Medizin“, in der sich „Besserverdienende“ mit Einkommen oberhalb der „Friedensgrenze“ eine privilegierte Medizin gestatten können?

Franz Knieps, BMG, gerade von einem Rom-Aufenthalt zurück, stellte zunächst fest, dass er dort viele Säulen gesehen hatte, die „offenbar auch den Untergang des römischen Reiches nicht verhindern konnten“. Nach eigenen Angaben zu seinem Bedauern „faktisch gezwungen, selbst in der PKV versichert zu sein“, plädierte er für den Verzicht auf eine zweite Säule PKV neben der GKV. Warum sollte man, so Knieps, „einzelnen Gruppen erlauben, aus der Solidarität der Versicherten auszubrechen“? Aber welcher einheit-



**Plädoyer für mehr Freiheit:** Prof. Gerd Habermann im Gespräch mit Dr. Jochen-Michael Schäfer. | FOTO: AXENTIS

liche Ordnungsrahmen wäre für eine solche einzige Säule anzusetzen? Das gesetzliche GKV-System oder das erfolgreichere PKV-Modell?

„Beide sollten voneinander lernen“, postulierte Professor Dr. Norbert Klusen, Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse. Ein gegenseitiges Benchmarking zwischen GKV und PKV sei als Chance zu betrachten. Die Gesundheitspolitik habe zuletzt viel Einfalt und wenig Vielfalt produziert. Einfalt sei z.B. die staatliche Festsetzung eines einheitlichen Beitragssatzes, eine Verpflichtung zum Hausarzttarif oder Regelleistungen statt Satzungsleistungen. Die Gesundheitspolitik der Großen Koalition sei in Bezug auf Wettbewerb und Deregulierung inkonsistent, Korrekturen seien erforderlich. Das Verhältnis zwischen GKV und PKV werde stärker reguliert ohne einen Wettbewerb der Systeme zu befördern. Das Wettbewerbspotenzial in der PKV bleibe faktisch ungenutzt, so Klusen.

„Wettbewerb“, schränkte Professor Dr. Gregor Thüsing, LL.M. (Harvard), Universität Bonn, ein, „ist kein Selbstzweck, sondern ein Instrument, das verbraucherfreundliche Ergebnisse erzielen kann“. Auch bestehe nach aktuellem EU-Recht in Deutschland kein Wettbewerb zwischen GKV und PKV. Darüber hinaus sei Wettbewerb nur unter gleichwertigen Systemen sinnvoll möglich und setze Gleichbehandlung der Wettbewerber durch den Gesetzgeber voraus. Diese sei aber aktuell nicht gegeben, denn z.B. „haben auch Privatversicherte Kinder“, die sie aber im Gegensatz zu GKV-Versicherten separat zu versichern hätten.

Ein spezielles Problem beim Vergleich und ggf. bei der Annäherung der beiden Systeme GKV und PKV sind die unterschiedlichen Vergütungssysteme für Ärzte nach EBM oder GOÄ. Während der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) mit seiner Neigung zu Pauschalen und zahlreichen Restriktionen eine insgesamt eher niedrige Vergütung



„Benchmarking zwischen GKV und PKV als Chance“: Prof. Norbert Klusen

FOTO: AXENTIS

ärztlicher Leistungen bietet, gewährt die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit ihren Regelungen höhere Vergütungen bei durchgehender Einzelleistungsbewertung.

Viel Widerspruch fanden die von Professor Dr. Stefan Greß, Hochschule Fulda, vorgetragene Thesen. Die aktuellen Vergütungssysteme seien das Resultat eines verzerrten Systemwettbewerbs und würden eine bevorzugte Behandlung privat versicherter Patienten generieren. Eine Einzelleistungsvergütung ohne Mengengrenzung sei auch für die PKV auf lange Sicht keine realistische Option, so Greß. Dagegen warb Dr. Regina Klakow-Franck, Bundesärztekammer, für die aktuell überarbeitete GOÄ mit ihrer Einzelleistungsvergütung. Im Gegensatz zum mehr pauschalierten EBM wird durch die GOÄ das individuell vereinbarte ärztliche Leistungsgeschehen abgebildet. Der sektorübergreifende Leistungskatalog ermögliche eine leistungs- und fachgruppenübergreifende Honorargerechtigkeit, so Klakow-Franck. Ihre Transparenz und der Einzelleistungsbezug qualifiziere die GOÄ auch für ihre Anwendung in der Kostenerstattung.

Das berührt zudem Fragen des ärztlichen Selbstverständnisses und Berufsbildes. Die zunehmende Unzu-

friedenheit vieler Ärzte hat auch etwas mit der Missachtung ihrer Tätigkeit zu tun, die im EBM ihren zahlenmäßigen Ausdruck findet. Mengengrenzungen, die kostenlos erbrachte Leistungen erzwingen, Pauschalen und floatende Punktwerte sind eben nicht Ausdruck einer Wertschätzung, die der verant-

wortungsvoll dem Menschen dienenden Tätigkeit des Arztes angemessen gerecht wird. Auch wenn mit EBM-Honoraren bei konsequenter Massenproduktion von Abrechnungspositionen vielleicht ein erträglicher Praxisumsatz erzielt werden kann, so fühlt sich doch der Arzt mit seiner Tätigkeit bei der GOÄ mit ihren Einzelleistungsbewertungen und Steigerungsfaktoren deutlich besser abgebildet.

Professor Dr. Norbert Roeder, Universitätsklinikum Münster, wies auf die Risiken eines ökonomischen Diktats mit andauernder Unterbewertung ärztlicher Leistungen hin: Verweigerung, sich als Erfüllungsgehilfe ökonomischer Zwänge hinzugeben, bis hin zur Resignation, Abwanderung insbesondere junger Ärztinnen und Ärzte, Qualitätsverlust der medizinischen Versorgung und schließlich – als schlimmste Folge – Vertrauensverlust beim Patienten. Noch stehen Ärzte im Ansehen der Berufsgruppen an der Spitze, noch genießen insbesondere die Hausärzte größtes Vertrauen beim Patienten, ein einmal verloren gegangenes Vertrauen ließe sich aber nicht so leicht wieder herstellen. Roeder appelliert an die Ärzte, bei der Gestaltung des Gesundheitssystems aktiv mitzuwirken und die freiberufl-

chen Grundwerte ihres Berufsstandes energisch einzufordern.

**Hintergrund der** Diskussion um die gesetzliche und/oder private Krankenversicherung sind unterschiedliche Vorstellungen von Gerechtigkeit, Solidarität und Wettbewerb, die vielleicht am meisten missbrauchten Begriffe in der aktuellen politischen Auseinandersetzung. Professor Dr. Gerd Habermann, Berlin, stellte die kritische Frage: „Ist es richtig verstandene Solidarität, 90 Prozent der Bevölkerung in eine soziale Zwangsjacke zu stecken?“ Er plädierte dagegen für mündige Bürger in einer freien Gesellschaft, die in der Lage sind, ihr Leben selbst zu meistern – und direkte Unterstützung aus Steuermitteln, insofern ihnen das nicht gelingt. Eine staatlich erzwungene „Verteilungsgerechtigkeit“ sei dagegen immer willkürlich, da ihr objektive Maßstäbe fehlten, sie würde auch nicht mehr dem Grundgedanken der Solidarität in der ursprünglichen GKV entsprechen.



Das Finale: Die Podiumsdiskussion bringt ideologische Unterschiede auf den Punkt. | FOTO: AXENTIS

„Mir graut vor einer Gleichschaltung des Systems auf GKV-Niveau“, so Dr. Rudolf Kösters, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft, abschließend, „wir sollten lieber

schauen, was wir von der PKV für das Gesamtsystem übernehmen können.“ ■



Dr. Erich Schröder

Arzt und Journalist, ist Geschäftsführer der Eugekom GmbH sowie einer eigenen Consulting GmbH. Er hat einen Lehrauftrag für „Kommunikation im Gesundheitswesen“ an der Charité/Humboldt-Universität zu Berlin.

[www.aerztepost.net/autoren](http://www.aerztepost.net/autoren)