

Brief aus Berlin und Köln

Die neuesten Zahlen des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2003 zeigen die Altersabhängigkeit der Gesundheitsausgaben deutlich auf. Sie belegen einmal mehr, dass unser Gesundheitssystem mit immer mehr alten Menschen und immer weniger Erwerbstätigen nicht finanzierbar sein wird, wenn für die im Alter steigenden Gesundheitskosten nicht rechtzeitig Vorsorge betrieben wird. Doch sowohl Bürgerversicherung als auch die Pauschalprämie verzichten bewusst darauf, das Gesundheitssystem nachhaltig finanzierbar zu machen. Zweifel an der Umsetzbarkeit der Konzepte in Reinkultur nehmen jedoch zu, je konkreter die Diskussion wird.

> Seite 63

Auch Rürup/ Wille-Vorschlag zur Pauschalprämie löst Problem der Nachhaltigkeit nicht

Die Professoren Rürup und Wille haben am 15. Juli ihr Pauschalprämienmodell vorgestellt. Positiv hervorzuheben ist, dass von den Autoren auch für die Zukunft eine private, kapitalgedeckte Vollversicherung als notwendig anerkannt wird. Zentraler Kritikpunkt ist, dass auch Rürup und Wille das Hauptproblem des Gesundheitswesens - die fehlende Nachhaltigkeit der Finanzierung - in ihrem Ansatz nicht lösen.

Seite 68

Weitere Themen in dieser Ausgabe

Mindestmengenregelung gilt gleichermaßen für gesetzlich Versicherte und Privatversicherte > Seite 67 +++ HIV – Zahl der Neuinfektionen weiter auf hohem Niveau > Seite 72 +++ Impressum > Seite 72



Weiterentwicklung des GOÄ-Leistungskatalogs

Der Leistungskatalog der GOÄ bedarf der Novellierung: Zum einen ist eine zeitnahe und kontinuierliche Anpassung an den medizinischen Fortschritt erforderlich. Zum anderen wird eine eindeutige und abschließende Leistungsdefinition gemäß Zielleistungsprinzip benötigt. Hintergrund: Das bei der derzeitigen Abrechnungspraxis bestehende Konfliktpotential zwischen Ärzten und Versicherern, das immer wieder durch Gerichte geklärt werden muss und letztendlich zu Lasten der Versicherten geht.

Die PKV plädiert dafür, ein Regelwerk für die kontinuierliche Pflege des Leistungskatalogs der GOÄ zu entwickeln, das den Bedarf an Verhandlungen zwischen Bundesärztekammer, Beihilfe und PKV minimiert. Ein geeignetes Modell bietet dafür das DRG-System. Aus dem amtlichen Fallpauschalenkatalog ließe sich für den stationären Bereich ein umfassender GOÄ-Leistungskatalog grundsätzlich für alle Fachbereiche generieren. Prinzipiell wäre dieser auch auf ambulant erbrachte Leistungen anwendbar.

> Seite 65

Das PKV-Modell in der laufenden Reformdiskussion

Seit der Vorstellung des PKV-Modells zur Ausgestaltung der Krankenversicherung vor zwei Monaten hat eine Vielzahl von Gesprächen mit der Politik stattgefunden. Der Verbandsvorsitzende Reinhold Schulte geht im Interview mit PKV Publik auf die häufigsten (Nach-)Fragen zum neuen PKV-Zukunftskonzept ein.

Seite 62

Das Gesundheitssystem in den Niederlanden

In der vierten Folge „Blick über die Grenzen“ gibt PKV Publik einen Überblick über das niederländische Gesundheitssystem. Das niederländische Gesundheitsmodell strebt für die gesamte Bevölkerung eine umfangreiche Grundversorgung an. Aktuell diskutiert wird ein radikaler Umbau des Gesundheitswesens.

Seite 70

PKV-Modell erfüllt wesentliche Forderungen der Politik und bietet vernünftige Gesprächsgrundlage für anstehende Reformdiskussion

Anfang Juni hatten die privaten Krankenversicherer ihr Konzept für die künftige Ausgestaltung der Krankenversicherung vorgestellt. Die Resonanz in der Presse und der Öffentlichkeit war bisher überaus positiv. In den vergangenen Wochen fand eine Vielzahl von Gesprächen mit der Politik statt, um das Konzept näher zu erläutern. Nachfolgend geht der PKV-Verbandsvorsitzende Reinhold Schulte auf die häufigsten (Nach-)Fragen zum neuen PKV-Zukunftskonzept ein.

1 *Herr Schulte, die Branche spricht im Zusammenhang mit dem PKV-Zukunftskonzept von einer neuen PKV-Welt. Was sind die wesentlichen Unterschiede zwischen neuer und alter PKV-Welt?*

Verbandsvorsitzender Reinhold Schulte:

In der neuen Welt gilt erstens: Jeder freiwillig GKV-Versicherte kann bis zum 55. Lebensjahr jederzeit und ohne Risikozuschläge in den Basisschutz der PKV wechseln. Für die PKV-Anbieter besteht Kontrahierungszwang, d.h. auch Versicherte mit Vorerkrankungen werden im PKV-Basisschutz ohne Risikozuschlag versichert. Diese Wechselmöglichkeit wollen wir auch allen über 55jährigen für einen Zeitraum von zwölf Monaten nach Einführung unseres Modells geben.

Zweitens: In der neuen PKV-Welt können die neuen PKV-Versicherten im Rahmen des Basisschutzes jederzeit zu einem anderen Anbieter wechseln, ohne dass sie ihre Rechte aus der Alterungsrückstellung verlieren und ohne dass sie Nachteile aufgrund eines sich in der Zwischenzeit eventuell verschlechterten Gesundheitszustands erfahren. Um dies technisch zu ermöglichen, bedarf es eines standardisierten, unternehmensübergreifen-

den Tarifs mit Poolausgleich: dem Basistarif.

2 *Entspricht der Basistarif in seinem Leistungsumfang dem Standardtarif, der vor allem für Rentner eine preisgünstige Absicherung auf dem Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) bietet?*



Reinhold Schulte

Verbandsvorsitzender Reinhold Schulte:

Der Basisschutz ist mit dem Standardtarif nicht vergleichbar. Der Basistarif ist kein Sozialtarif. Er folgt also nicht – wie der

Standardtarif – eventuellen weiteren Änderungen im GKV-Leistungsniveau und hat auch keinen limitierten Höchstbeitrag. Vom Leistungsumfang ist der Basisschutz etwas oberhalb der GKV.

Wie in der PKV üblich werden natürlich auch beim Basisschutz Alterungsrückstellungen gebildet. Entscheidender Unterschied zu den Tarifen der alten PKV-Welt ist, dass dieser neue Basistarif zusätzlich mit einem Wechselrecht kalkuliert wird. Das kostet natürlich Geld, so dass die neuen Versicherungsprodukte insgesamt auch etwas teurer sein werden als die bisherigen Produkte.

3 *Trotzdem liegen die Beiträge – z.B. mit 227 Euro für einen 33jährigen Mann oder 357 Euro für einen 53jährigen Mann – immer noch deutlich unter dem durchschnittlichen gesetzlichen Höchstbeitrag. Ist vor diesem Hintergrund nicht mit erheblichen Prämiensteigerungen zu rechnen, weil der Wechsel vor allem für kranke und ältere GKV-Versicherte attraktiv ist?*

Verbandsvorsitzender Reinhold Schulte:

Nein. Wir haben ja schon in der Vergangenheit die Erfahrung mit anderen Öffnungsaktionen zu vergleichbaren Zugangsbedingungen wie z.B. die Einführung der privaten Pflegeversicherung oder des Standardtarifs für Beamte gemacht. Dabei hat sich gezeigt, dass die PKV die Aufnahme der „zugewechselten“ Risiken in ihre Bestände immer sehr gut „verkräftet“ hat. Die Öffnungsaktionen hatten eigentlich immer so gut wie keine Auswirkungen auf die Beiträge. Außerdem ist auch überhaupt nicht damit zu rechnen, dass der Wechselansturm so groß sein wird: Nicht jeder, für den die Tarife aus der neuen Welt eine attraktive Option darstellen, wird letztendlich zur PKV wechseln. Die Menschen verhalten sich nun mal in der Mehrheit nicht strikt nach den Kriterien eines homo oeconomicus.

4 Bedeutet ein einheitlicher Basisschutz, dass in Zukunft jeder private Krankenversicherer nur noch ein Produkt anbieten wird – die Versicherten also ein privates Einheitsprodukt erhalten?

Verbandsvorsitzender Reinhold Schulte:

Ganz und gar nicht. Hauptbetätigungsfeld der PKV bleibt das Angebot von vollwertigen, auf die individuellen Bedürfnisse der Versicherten abgestimmten Tarife. Der eigentliche Wettbewerb wird also nach wie vor in der Produktvielfalt der höherwertigen Versorgung stattfinden. Aber auch bei den Produkten des Basisschutzes werden sich die Anbieter durch ihre Verwaltungskosten, Serviceleistungen, ihr Gesundheitsmanagement, ihre jeweiligen Erfolge im Kapitalanlagemanagement etc. unterscheiden.

5 Für den über den Basisschutz hinausgehenden, höherwertigen Versicherungsschutz wird es aber keinen erleichterten Wechsel geben?

Verbandsvorsitzender Reinhold Schulte:

Ein Anbieterwechsel in der PKV – unter Beibehaltung der Rechte aus den Alterungsrückstellungen für den Versicherten – setzt zwei Bedingungen voraus: Kontrahierungszwang bei den Versicherern einerseits und ein standardisiertes Einheitsprodukt andererseits. Ein uneingeschränkter Anbieterwechsel für alle Produkte – also auch für den über den Basisschutz hinausgehenden, höherwertigen Versicherungsschutz – würde konsequenterweise eine 100prozentige Standardisierung aller Produkte und Produktkomponenten voraussetzen und damit um einen sehr hohen Preis erkaufte: Die Versicherten hätten bei den Produkten faktisch keine Wahlmöglichkeiten mehr – ein Produktwettbewerb fände quasi nicht mehr statt! Das ist nicht das, was wir unter Wettbewerb verstehen und dürfte auch kaum im Interesse der Versicherten sein. Außerdem entsprechen die neu geschaffenen Wechselrechte exakt denen in der GKV: Bei ei-

nem Kassenwechsel ist der Zusatzversicherungsschutz auch nicht zu erleichterten Bedingungen wechselbar.

6 Für die Bestandskunden wird es keine vergleichbaren Wechsellösungen geben. Warum nicht?

Verbandsvorsitzender Reinhold Schulte:

Das für den Versicherungsschutz der neuen Welt von vorneherein einkalkulierte Wechselrecht ist in den Tarifen der derzeit PKV-Versicherten nicht enthalten. Dieses Recht kann dem Versichertenbestand auch nicht im Nachhinein durch Beitragserhöhungen aufgezwungen werden. Für den Bestand stoßen wir also an technische und juristische Grenzen bei der Realisierung einer vergleichbaren Wechselmöglichkeit wie für Neuversicherte in der neuen PKV-Welt.

Trotzdem werden wir den Wechsel auch für die Bestandsversicherten soweit verbessern wie dies technisch und rechtlich möglich ist: Zum einen sollen alle Rechte aus dem gesetzlichen Zuschlag in Höhe von 10 Prozent beim Unternehmenswechsel erhalten bleiben und beim neuen Unternehmen angerechnet werden. Zum anderen erhalten alle Bestandskunden mit Beginn der neuen PKV-Welt die Möglichkeit, in die neue Tarifwelt zu wechseln. Für die dann in der neuen PKV-Welt aufgebauten Alterungsrückstellungen bleiben die Rechte an den Alterungsrückstellungen bei einem Versicherungswechsel bestehen. Das kann z.B. für Versicherte, die bisher noch nicht so lange in der PKV versichert sind, durchaus eine interessante Option sein.

7 Ist das neue PKV-Konzept in erster Linie als Reaktion auf die von der Bundesregierung geplante Bürgerversicherung zu sehen?

Verbandsvorsitzender Reinhold Schulte:

Natürlich verfolgen wir die aktuelle politische Diskussion sehr aufmerksam. Unser

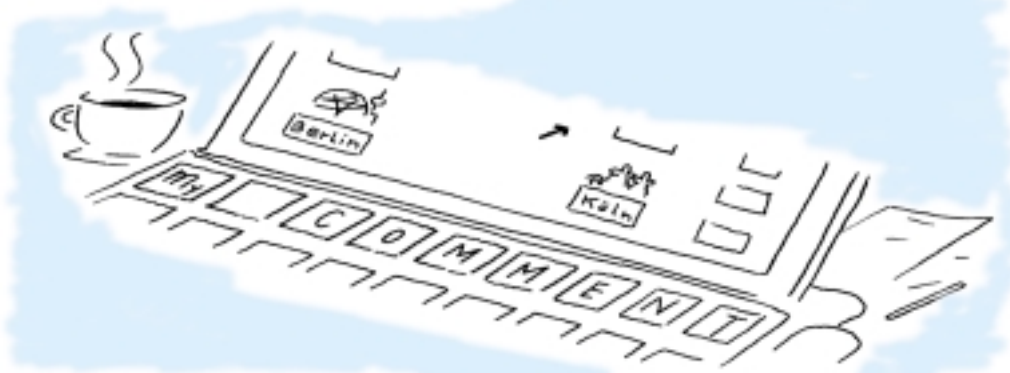
Konzept ist jedoch keinesfalls als Schnellschussreaktion zu verstehen, sondern das Ergebnis einer einjährigen konzeptionellen Arbeit der gesamten Branche. Wir hatten uns drei Zielvorgaben für das künftige System gesetzt – nachhaltige Finanzierbarkeit, Wettbewerb und Wahlfreiheit – und es war klar, dass wir dabei als Branche auch unsere Hausaufgaben zu machen hatten.

Wir sind der Meinung, dass unser Vorschlag hinsichtlich dieser Vorgaben eine vernünftige Gesprächsgrundlage für alle Beteiligten darstellt. Seine Umsetzung würde unser im Prinzip bewährtes Gesundheitssystem dauerhaft stärken: Der Wettbewerb zwischen den PKV-Unternehmen würde deutlich zunehmen. Das gilt ebenso für das Wettbewerbsverhältnis zwischen GKV und PKV. Beides sind zentrale Forderungen aus der Politik, die wir mit unserem Konzept erfüllen. Darüber hinaus machen wir uns für ein Konzept stark, das die Finanzierung der Gesundheitsversorgung auch langfristig auf eine stabile und demographieresistente Basis stellt.

Wir alle wissen, dass die nachhaltige Finanzierung eines weiterhin leistungsstarken Gesundheitswesens ohne ausreichende Kapitaldeckung nicht bewältigt werden kann. Für die Altersversorgung ist dies inzwischen eine von allen Seiten akzeptierte Position. Und dort war es die jetzige Regierung, die den entscheidenden und lange überfälligen Richtungswechsel zu mehr kapitalgedeckter Vorsorge eingeleitet hat. Für mich nicht nachvollziehbar ist, warum dieser auch für das Gesundheitssystem so wichtige Aspekt in der bisherigen Diskussion nach wie vor nicht stärker berücksichtigt wird. Als Branche, die über eine jahrzehntelange Erfahrung und Expertise in der Kapitaldeckung verfügt, bieten wir uns als kompetenter Gesprächspartner an, der im Interesse des Gesundheitssystems mehr Verantwortung übernehmen sollte und will.

UP

Brief aus Berlin und Köln



Auf die Bevölkerungsgruppe der über 85-Jährigen entfallen pro Kopf 12.430,- Euro an Gesundheitskosten. Demgegenüber betragen die Durchschnittsausgaben pro Kopf der Gesamtbevölkerung 2.710,- Euro – vom Baby bis zum Greis. Diese Zahlen hat das Statistische Bundesamt für das Jahr 2003 vorgelegt. Sie belegen einmal mehr, dass unser Gesundheitssystem mit immer mehr alten Menschen und immer weniger Erwerbstätigen nicht finanzierbar sein wird, wenn für die im Alter steigenden Gesundheitskosten nicht rechtzeitig Vorsorge betrieben wird. Schon heute entfallen auf die mehr als 65 Jahre alten Patienten knapp 34 % aller Gesundheitsausgaben, obwohl sie nur 17 % der Bevölkerung ausmachen. Das Statistische Bundesamt geht davon aus, dass sich der Anteil der über 65-jährigen in den nächsten Jahrzehnten verdoppeln wird. Die Lösung für das Finanzierungsproblem liegt also auf der Hand: Mehr Kapitaldeckung, weniger Umlage!

An diesem Ziel müssen sich auch die Reformvorschläge für eine nachhaltige Finanzierung unseres Gesundheitswesens messen lassen. Dass die sog. Bürgerversicherung hierzu ein untaugliches Instrument ist, wurde an dieser Stelle bereits mehrfach nachgewiesen. Und so verwundert es nicht, dass die Bürgerzwangsversicherung zunehmend skeptisch kommentiert wird. Sie

löst nicht ein einziges strukturelles Problem im Gesundheitswesen, verfehlt das Ziel der Generationengerechtigkeit, bringt eine Vielzahl nicht gelöster und nicht lösbarer juristischer und administrativer Probleme mit sich und wird große Teile der Bevölkerung höher belasten, ohne auch nur einen einzigen positiven Beitrag zu einer besseren Versorgung der Bevölkerung zu leisten.

Fehlende Nachhaltigkeit ist auch ein zentraler Kritikpunkt an dem Konzept der Pauschalprämien. Diese Kritik trifft insbesondere auch die Mitte Juli 2004 in Berlin von den Professoren Rürup und Wille vorgelegte Konzeption. Zwar erkennt sie die Notwendigkeit einer auch in Zukunft starken privaten, kapitalgedeckten Vollversicherung an. Sie weist jedoch keinen Weg, mehr Versicherte in die Kapitaldeckung zu bringen, um damit die Nachhaltigkeitslücke zu verkleinern.

Je intensiver die beiden revolutionären Reformansätze – Bürgerzwangsversicherung versus Pauschalprämienmodell – diskutiert werden, je konkreter die Pläne werden, umso mehr werden beide „Wunderwege“ entzaubert. Die Zweifel an ihrer Umsetzbarkeit in Reinkultur werden größer. Auch die Bevölkerung dürfte kaum für revolutionäre Ansätze zu gewinnen sein, die außer einen vollständigen Systembruch

keine erkennbaren Verbesserungen mit sich bringen.

Dass die Bevölkerung diesen Weg nicht mitzugehen bereit ist, zeigen die Reaktionen auf die Einführung der Praxisgebühr. Die Regierung scheint Ähnliches bei der im Konsens mit der Opposition beschlossenen Ausgliederung des Zahnersatzes, die zu Beginn des nächsten Jahres wirksam werden soll, zu befürchten. Anders ist es wohl nicht zu erklären, dass dieser mühsam ausgehandelte Kompromiss – der allerdings in der Tat ein fauler Kompromiss ist – wieder in Frage steht. Seit Beginn der Diskussion um die Ausgrenzung des Zahnersatzes hat der PKV-Verband immer wieder darauf hingewiesen, dass die zahnmedizinische Versorgung – und hier insbesondere die Versorgung mit Zahnersatz – wie kein anderer Leistungsbereich jedem Einzelnen überantwortet werden kann. Die Praxis in anderen Ländern wie z.B. der Schweiz zeigt, dass eine Ausgliederung des Zahnersatzes zu einer deutlich besseren Zahngesundheit geführt hat – bei sozial verträglichen Beitragsbelastungen. Regierung und Opposition wären gut beraten, diesen Weg zu gehen, sollte tatsächlich der mühsam gefundene Kompromiss erneut ernsthaft verhandelt werden. Man kann nur hoffen, dass die politisch Verantwortlichen hierfür den notwendigen Mut aufbringen.

Mut ist auch gefordert bei der überfälligen Reform der gesetzlichen Pflegeversicherung. Die Umlagefinanzierung der gesetzlichen Pflegeversicherung erweist sich bereits neun Jahre nach ihrer Einführung als ein Fehler. In den nächsten Jahrzehnten wird sich der Beitrag zur sozialen Pflegeversicherung – je nach Szenario – verdoppeln bis verdreifachen. Dieser Beitragsexplosion kann nur durch einen sofortigen Einstieg in eine verstärkte Kapitaldeckung begegnet werden. Der PKV-Verband wird hierzu in Kürze mit eigenen Vorschlägen an die Öffentlichkeit gehen. **L**

Weiterentwicklung des Leistungskatalogs der GOÄ

Der Leistungskatalog der GOÄ bedarf der Novellierung: Zum einen ist eine zeitnahe und kontinuierliche Anpassung an den medizinischen Fortschritt erforderlich. Zum anderen wird eine eindeutige und abschließende Leistungsdefinition gemäß Zielleistungsprinzip benötigt. Hintergrund: Das bei der derzeitigen Abrechnungspraxis bestehende Konfliktpotential zwischen Ärzten und Versicherern, das immer wieder durch die Gerichte geklärt werden muss und letztendlich zu Lasten der Versichertengemeinschaft geht.

Der Leistungskatalog der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) muss in Zukunft in kürzeren zeitlichen Abständen aktualisiert werden als in der Vergangenheit. Er muß weiterhin resistenter gegen Unsicherheiten der Auslegung werden, indem er sich grundsätzlich strikt an Komplexleistungen im Sinne des Zielleistungsprinzips orientiert. Das hier vorgeschlagene, schlüssige Verfahren nutzt die öffentlich zugänglichen Daten des neuen Entgeltsystems im Krankenhaus (DRG-System = Diagnosis Related Group = diagnosebezogene Fallpauschale).

Zweck der GOÄ als Rechtsverordnung ist, den Bürger vor beliebigen Honorarforderungen zu schützen. Kritisiert wird die GOÄ, weil insbesondere das Verfahren ihrer Anpassung an die Entwicklung der medizinischen Wissenschaft zu schwerfällig sei. Die Bemühungen des gemeinsamen Konsultationsausschusses (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), Bundesärztekammer (BÄK), Beihilfe, PKV) um Abrechnungsempfehlungen können das nicht beheben. Dies gilt auch für die Empfehlungen des Gebührenordnungsausschusses der BÄK zur Analogabrechnung; zumal diese zwangsläufig nicht frei von Partikularinteressen sind.

Die Leistungsausgaben je Versicherten der privaten Krankenversicherung sind von 1992 bis 2002 für die ambulante ärztliche Behandlung um fast 70%, für die wahlärztliche Behandlung im Krankenhaus um 22% gestiegen. Beitragssteigerungen sind

die unausweichliche Folge. Die Ausgaben sind gestiegen, obwohl der Punktwert in den letzten Jahren nur einmal in 1996 angepasst wurde. Dazu hat der von der GOÄ als Einzelleistungsvergütungssystem ausgehende Anreiz beigetragen, unter Umgehung des Zielleistungsprinzips zusätzliche Einzelleistungen abzurechnen: sei es unter originärem oder analogem Rückgriff auf vorhandene Leistungspositionen der GOÄ. Die Möglichkeit des Analogabgriffs soll u.a. die Verzögerungen bei der Anpassung an die medizinische Entwicklung ausgleichen. Im Einzelfall ist aber regelmäßig streitig, ob tatsächlich eine Innovation den Analogabgriff rechtfertigt und die vom Arzt gewählte Analogposition angemessen ist. Oder ob die Motive allein darin liegen, ein dem jeweiligen Aufwand vermeintlich angemesseneres Honorar zu erzielen. Für die Abbildung des Aufwandes im Einzelfall sieht die GOÄ aber den Multiplikator vor.

Die Folge daraus: Die Ärzteschaft investiert in Abrechnungsberatung - die Krankenversicherer investieren in Rechnungsprüfung. Schlussendlich werden die Gerichte beschäftigt, die sich ihrerseits der Gutachter bedienen müssen. Auf dem Weg durch die Instanzen werden widersprüchliche Entscheidungen gefällt. Am Ende kostet das alles das Geld der Versicherten und ist insofern für alle Beteiligten wenig erquicklich.

Novellierung des Leistungskatalogs der GOÄ erforderlich

Insbesondere der Leistungskatalog der GOÄ bedarf der Novellierung: Einerseits

ist eine zeitnahe und kontinuierliche Anpassung an den Fortschritt erforderlich. Andererseits wird eine eindeutige, abschließende Leistungsdefinition gemäß Zielleistungsprinzip benötigt; auch um Konfliktpotentiale zu minimieren. Gefragt ist also die kontinuierliche Pflege des Katalogs:

- Die zunächst vom BMGS ins Spiel gebrachte *Verhandlungslösung*, wonach die Pflege der GOÄ zwischen BÄK, Beihilfe und PKV auszuhandeln sei, scheiterte an verfassungsrechtlichen Bedenken.
- Derzeit diskutiert wird das *Vorschlagsmodell*: Die genannten Parteien, möglicherweise erweitert um Patientenvertreter, unterbreiten dem BMGS Vorschläge, die – ggf. nach Modifikationen – mit Zustimmung des Bundesrates verordnet werden würden.
- Das BMGS denkt *alternativ oder ergänzend* daran, für nach §§ 108, 109 SGB V zugelassene Krankenhäuser die wahlärztliche Leistung als prozentualen Zuschlag auf das DRG-Entgelt abzubilden; dabei also den individuellen Arzt zu ignorieren. Dies würde dem – im Muster-Chefarztvertrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) vorgezeichneten – Trend folgen, wahlärztliche Behandlung nur noch als Institutsleistung zu gewähren. Die daraus folgende Entfremdung zwischen Wahlarzt und Patienten läge weder im Interesse des Versicherten noch des Arztes - noch der privaten Krankenversicherung. Der Anreiz zu besonderer

ärztlicher Betreuung würde zumindest leiden.

Stärkung des Zielleistungsprinzips

BÄK und PKV sind sich in der Problemanalyse im Wesentlichen einig. Die BÄK folgt der PKV auch darin, das Zielleistungsprinzip der GOÄ zu stärken: „Das GOÄ-Konzept der Bundesärztekammer sieht – zunächst für die operativen Leistungen – eine ablaufbezogene Bündelung von Einzelleistungen zu Komplexleistungen vor, in die alle methodisch notwendigen und häufig fakultativ zusätzlich erforderlichen Maßnahmen einbezogen werden. Zudem werden verwandte Leistungen vergleichbaren Aufwandes und Schwierigkeitsgrades derselben Gebührenposition zugeordnet. . . . Die Abrechnung nach einem „Baukasten“ wird beseitigt. . . . Die Leistungspositionen des Gebührenverzeichnis werden auf der Grundlage . . . des Operationen- und Prozedurenschlüssels nach § 301 SGB V (OPS-301) . . . definiert“ (R. Hess: Deutsches Ärzteblatt vom 05.03.2004). Allerdings stellt die BÄK fest, die Leistungen könnten nicht allein kostenorientiert bewertet werden, sondern seien mit dem derzeitigen Liquidationsniveau ärztlicher Leistungen abzugleichen.

Regelwerk für die Pflege des Leistungskatalogs

Abweichend von der BÄK sieht die PKV die Notwendigkeit, nicht nur den Leistungskatalog zu definieren, sondern vielmehr ein Regelwerk für die kontinuierliche – jährliche – Pflege des Leistungskataloges der GOÄ zu entwickeln. Das Regelwerk sollte so gestaltet sein, dass der Bedarf an Verhandlungen (und damit das Risiko des Scheiterns) zwischen BÄK, Beihilfe und PKV minimiert wird. Im optimalen Fall sollte sich das Verhandeln auf den Punktwert beschränken, während die Anpassung an den Fortschritt quasi automatisch erfolgt.

Ein solches Regelwerk bietet das DRG-System als Modell an. Zur Pflege des

DRG-Systems werden jährlich möglichst repräsentativ die tatsächlichen Leistungen und ihre Aufwände (Ist-Kosten) im Krankenhaus erfasst. Damit ist die Anpassung an den medizinischen Fortschritt weitgehend gewährleistet, so dass für die GOÄ auf das Verfahren der Analogabrechnung verzichtet werden könnte. Die Leistungen werden als möglichst kostenhomogene Leistungskomplexe (DRG) im Wesentlichen durch Diagnosen und Prozeduren definiert. Ihre unterschiedlichen Aufwände werden in Bewertungsrelationen (BWR) ausgedrückt. Die BWR errechnet sich, indem die mittleren Ist-Kosten jeder Fallgruppe (DRG) durch den Mittelwert der Ist-Kosten aller Fälle dividiert werden. Das Entgelt (der Preis) ergibt sich, indem der $BWR=1$ ein Geldbetrag (sog. Basisfallwert) zugeordnet wird. Dem DRG-System wird zugetraut, jährlich immerhin rund 50 Mrd. Euro sachgerecht zu verteilen. Damit sollte seine Datenbasis auch für die GOÄ tauglich sein.

Ermittlung der Bewertungsrelationen

Aus dem amtlichen Fallpauschalenkatalog läßt sich der Anteil der ärztlichen Leistung an jeder Bewertungsrelation ermitteln, indem die Bewertungsrelationen für Belegabteilungen von denen für Hauptabteilungen subtrahiert werden. Dabei ergeben sich unmittelbar Bewertungsrelationen für den Operateur bzw. für den Anästhesisten. Die Arztkostenanteile weiterer Fachgebiete lassen sich aus den für jede DRG im jährlichen Abschlussbericht über die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems des Institutes für das Entgeltssystem im Krankenhaus enthaltenen Kostendaten ermitteln. Analog lassen sich auch für Zuschläge und Abschläge bei Über- bzw. Unterschreiten der oberen bzw. unteren Grenzverweildauer die Bewertungsrelationen ärztlicher Leistungen ableiten. Dies gilt grundsätzlich auch für gesondert ausgewiesene Zusatzentgelte. Um eine Ähnlichkeit mit dem System der gültigen GOÄ zu ermöglichen, könnte die

$BWR=1$ 1000 Punkten gleichgesetzt werden.

Für den Leistungskatalog der GOÄ auf den Arztkostenanteil der DRGs zurückzugreifen, hat auch den Vorteil, dass das Honorar für stationär erbrachte ärztliche Leistungen nicht – wie bisher – mit Sachkosten kontaminiert ist. Die pauschale Gebührenminderung gemäß § 6a GOÄ (25% bzw. 15%) könnte also wegfallen. Die Vergütung würde dadurch wahrscheinlich gerechter auf die verschiedenen Fachgebiete verteilt.

Einschränkungen ergeben sich derzeit dadurch, dass die Leistungen medizinischer Laboratorien bei der Ist-Kosten-Kalkulation für das DRG-System nicht nach Fachgebieten (z.B. klinische Chemie, Pathologie, Mikrobiologie) differenziert werden. Hier wäre zu prüfen, ob die an der Ist-Kosten-Kalkulation mitwirkenden Krankenhäuser dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus nicht entsprechend differenzierte Daten zur Verfügung stellen könnten. Dies wäre auch im Interesse der Krankenhäuser; zumal ihnen diese Informationen grundsätzlich vorliegen. Alternativ könnte man sich vorübergehend auf Verteilungsschlüssel verständigen.

Mit dem skizzierten Verfahren ließe sich für den stationären Bereich, soweit er vom DRG-System erfasst wird, ein umfassender, abschließender GOÄ-Leistungskatalog grundsätzlich für alle Fachgebiete generieren. Dieser wäre jährlich ebenso aktuell wie das DRG-System. Um die persönliche Zuwendung des Arztes weiter zu fördern, könnten u.U. entsprechende, höchstpersönlich zu erbringende Leistungen wie die körperliche Untersuchung und Beratungen im Sinne der bisherigen GOÄ zusätzlich abgerechnet werden. Wie ein solcher ergänzender Katalog im Detail zu gestalten wäre, müßte Verhandlungen vorbehalten bleiben.

Einbeziehung des ambulanten Bereichs

Prinzipiell wäre der aus dem DRG-System abgeleitete Leistungskatalog der GOÄ auch auf ambulant erbrachte Leistungen anwendbar. Es liegt aber auf der Hand, dass bestimmte Leistungen ausschließlich ambulant erbracht werden. Um solche Leistungen müßte der Katalog erweitert werden. Hierbei könnte man auch Anleihen beim Katalog der gültigen GOÄ machen. Soweit im DRG-System abgebildete Leistungen durch Vertragsärzte erbracht werden, wären die Sachkosten gesondert zu entgelten. Auch die Bewertungsrelationen der Sachkosten lassen sich grundsätzlich für die

Fachgebiete aus den Daten des jährlichen Abschlußberichtes des Institutes für das Entgeltsystem im Krankenhaus ableiten.

Resümee

Das beschriebene Modell bietet wie der gültige Leistungskatalog der GOÄ die Möglichkeit, auch den besonderen Aufwand und Schwierigkeitsgrad im Einzelfall in Form eines Multiplikators zu berücksichtigen. Von der zulässigen Spannweite des Multiplikators würde abhängen, welcher Punktwert der Bewertungsrelation=1 (oder 1000 Punkten) der ärztlichen Leistung zuzuordnen wäre.

Aus den vorhandenen Daten des DRG-Systems läßt sich also ein GOÄ-Leistungskatalog ableiten, der – anders als das DRG-System selbst – eine individuelle Honorierung der Leistungen jedes einzelnen liquidationsberechtigten Arztes unter Würdigung der individuellen Gegebenheiten auf Seiten des Patienten zulässt. Das vorgeschlagene Verfahren erfüllt die Grundanforderungen an eine moderne GOÄ: Transparenz, Aktualität, Pauschalierung im Sinne des Zielleistungsprinzips, Individualisierung bezüglich des Arztes sowie Individualisierung bezüglich der medizinischen Bedingungen auf Seiten des Patienten. *JF*

Mindestmengenregelung gilt für gesetzlich Versicherte und Privatversicherte gleichermaßen

Die sog. Mindestmengen sind Gegenstand aktueller Auseinandersetzungen. Der Begriff ist ebenso griffig wie aversiv. Hintergrund: Mit dem Fallpauschalengesetz wurde im Jahr 2002 in § 137 eine Regelung aufgenommen, wonach die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft unter Beteiligung der Bundesärztekammer sowie der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe Maßnahmen zur Qualitätssicherung für nach § 108 zugelassene Krankenhäuser vereinbaren: Einheitlich für alle Patienten soll ein Katalog planbarer Krankenhausleistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, verabschiedet werden. Für diese Leistungen sind Mindestmengen je Arzt oder Krankenhaus sowie Ausnahmetatbestände festzulegen. Dahinter steht die Idee, dass sowohl die Erfolgsrate als auch die Komplikationsrate ärztlichen Handelns von Erfahrung und Übung – also von der Häufigkeit, mit der ein Eingriff durchgeführt wird – abhängen. Dies ist nicht nur plausibel, sondern kann

sich inzwischen auch auf eine Reihe von Studien berufen.

Entsprechend ist es den Partnern der Selbstverwaltung (noch unter Einschluss der PKV) tatsächlich im Dezember 2003 gelungen, einen ersten – bescheidenen – Katalog gemäß § 137 zu konsentieren. Dieser bezieht – vereinfacht dargestellt – Leber- (10) und Nierentransplantationen (20), Stammzelltransplantationen (12), komplexe Eingriffe an der Speiseröhre (5) und komplexe Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse (5) ein. Werden in einem Jahr die in Klammern genannten Fallzahlen nicht erreicht, dürfen in diesem Krankenhaus die entsprechenden Eingriffe grundsätzlich künftig nicht mehr durchgeführt werden. Das wird zu einer – gewünschten – Konzentration dieser Eingriffe in spezialisierten Zentren führen. Es besteht aber Konsens, dass diese Mindestvorgaben nicht zu unzumutbaren Entfernungen zwischen Wohnort der Kranken und Behandlungszentrum führen sollen.

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) hat sich die Rolle des Verbandes der privaten Krankenversicherung (PKV)

in diesem Verfahren aus rechtssystematischen Gründen geändert: Das GMG hat die Verantwortung für die Fortschreibung des „Mindestmengenkataloges“ dem Gemeinsamen Bundesausschuss übertragen. Damit ist die PKV jetzt nicht mehr Vertragspartner, sondern Beteiligte. Diese Änderung der Gesetzeslage könnte dahingehend missverstanden werden, dass bei Privatversicherten auch dann Eingriffe vorgenommen werden dürfen, wenn die Voraussetzungen der Mindestmengenregelung nicht erfüllt werden. Das ist falsch! Das würde nämlich andernfalls bedeuten, Privatversicherten einen geringeren Qualitätsstandard als gesetzlich Versicherten zuzugestehen. Versuche, die Einheitlichkeit der Qualitätsstandards durch Ausgründung von Privatkliniken zu umgehen, würden dem ausdrücklichen Ziel des Gesetzgebers zuwider laufen, alle Patienten gleichermaßen zu schützen.

Fazit: Die Mindestmengenregelung gilt für gesetzlich Versicherte und Privatversicherte gleichermaßen. Anderenfalls würden beide Versichertengruppen mit unterschiedlichen Qualitätsstandards behandelt. *JF*

Pauschalprämien mit Varianten

Am 15. Juli haben die Professoren Bert Rürup und Eberhard Wille ihr Pauschalprämienmodell in Berlin vorgestellt. Positiv hervorzuheben ist, dass von den Autoren auch für die Zukunft eine private, kapitalgedeckte Vollversicherung als notwendig anerkannt wird. Zentraler Kritikpunkt ist, dass auch Rürup und Wille das Hauptproblem des Gesundheitswesens – die fehlende Nachhaltigkeit der Finanzierung – in ihrem Ansatz nicht lösen.

In der gesundheitspolitischen Reformdiskussion stehen sich die Lager Bürgerversicherung und Pauschalprämien bisher unverrückbar gegenüber. Dem Außenstehenden vermittelt sich leicht der Eindruck, es ginge vor allem darum, sich die besten Ausgangspositionen für die anstehenden Wahlkämpfe zu schaffen. Fragen der konkreten Umsetzung geraten dabei nur allzu oft in den Hintergrund. Den Professoren Rürup und Wille ist jetzt mit einem überarbeiteten und erstmalig durchgerechneten Vorschlag zum Konzept der Pauschalprämien ein erster Brückenschlag zur Machbarkeit gelungen.

Im Kern sieht der Vorschlag von Rürup und Wille vor, dass jeder Erwachsene eine Gesundheitsprämie von rd.

169 Euro im Monat zahlen soll. Der Beitrag für Kinder soll bei 78 Euro liegen und aus einer mit Steuermitteln dotierten Familienkasse finanziert werden. Der Arbeitgeberanteil wird an die Versicherten ausbezahlt und muss versteuert werden. Die Versicherten sollen nicht mehr als 12,5 Prozent ihres Einkommens für die Pauschalprämie zahlen. Wer mehr zahlen muss, erhält einen staatlichen Zuschuss, der nach dem Vorschlag von Rürup und Wille entweder durch eine Anhebung des Solidaritätszuschlags oder durch einen einkommensabhängigen Beitragszuschlag innerhalb der GKV finanziert werden soll.

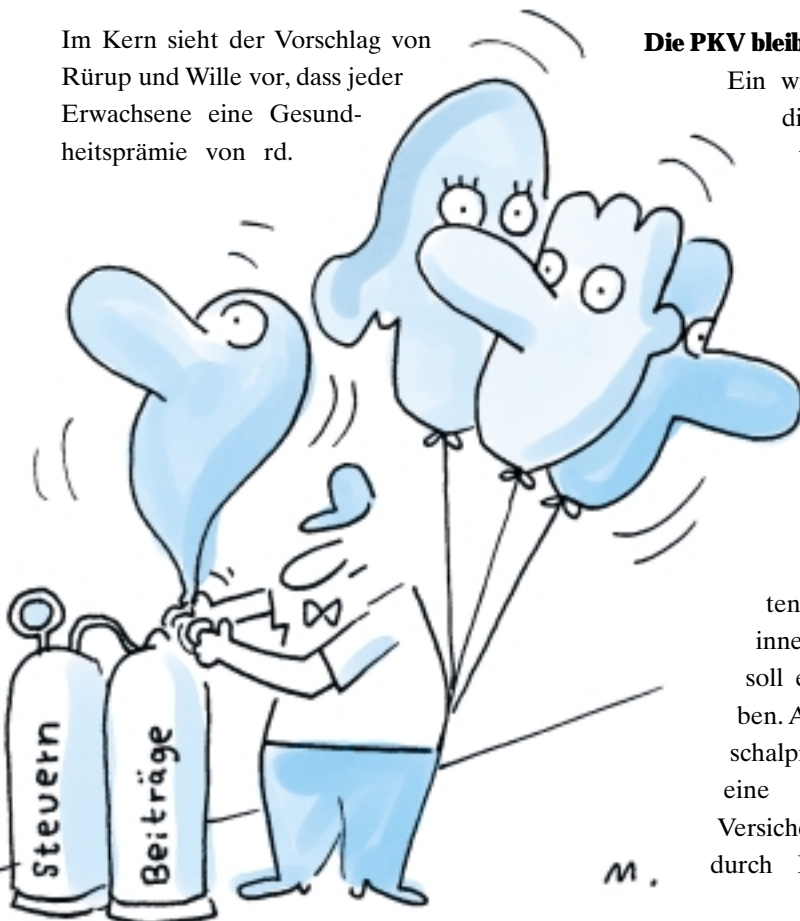
Versicherungspflichtgrenze, ausdrücklich abgelehnt.

Im Übrigen gilt: Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels ist ein System mit Kapitaldeckung einem ohne Kapitaldeckung stets überlegen. Gesundheitspolitische Reformvorschläge, die auf eine Abschaffung der Kapitaldeckung in der PKV hinauslaufen würden, vergrößern das demographische Risiko insgesamt und schneiden damit gegenüber dem Status quo der bestehenden Dualität von PKV und GKV stets schlechter ab.

Realistischer als alle bisherigen Modelle zur Pauschalprämie ist auch der Vorschlag zur Versicherung von Kindern. Schon im bestehenden System der GKV weist die Familienförderung durch die kostenlose Familienmitversicherung deutliche Schwächen auf. Eine Verteilungsanalyse führt z.B. zu dem Ergebnis, dass der kinderreiche Hochverdiener von kinderlosen Pflichtversicherten mittleren Einkommens subventioniert wird. Dies spricht keineswegs gegen die Notwendigkeit der Familienförderung selber, sondern lediglich gegen ihre Durchführung innerhalb der Krankenversicherung. Die Autoren entscheiden sich deshalb konsequent für einen eigenen Pauschalbeitrag für Kinder in der Krankenversicherung, der durch eine steuerfinanzierte Familienkasse – z.B. durch Erhöhung des Kindergeldes – bezahlt werden soll. Dieser steuerliche Zuschuss steht konsequenterweise sowohl GKV-versicherten als auch PKV-versicherten Eltern für ihre Kinder zu.

Die PKV bleibt bestehen

Ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung ist, dass die Dualität von PKV und GKV im deutschen Gesundheitssystem von den Autoren ausdrücklich anerkannt wird. Eine Ausweitung des pflichtversicherten Personenkreises innerhalb der GKV soll es daher nicht geben. Auch in einem Pauschalprämienmodell wird eine Ausweitung der Versicherungspflicht, etwa durch Heraufsetzen der



Mit den Pauschalprämien wird die Einkommensumverteilung aus der GKV herausgenommen. Begründet wird dies damit, dass Umverteilung in der Steuerpolitik besser aufgehoben sei als in der Beitragsgestaltung einer Sozialversicherung. Allerdings verliert dann auch der überproportionale Finanzierungsbeitrag der PKV für das Gesundheitswesen seine Berechtigung, wenn die PKV-Versicherten über ihre Steuerzahlung mit zur Finanzierung der benötigten Transfersumme für diejenigen beitragen, die die Pauschale nicht aus ihrem eigenen Einkommen finanzieren können.

Der andere Vorschlag der Einführung eines einkommensabhängigen Aufschlags auf die Pauschale in der GKV hat den großen Charme, dass der Staat als Steuereinknehmer für die Finanzierung des Transfer Volumens und als Transfergeber außen vor bleibt.

Ist ein Pauschalprämiensystem also wünschenswert?

Die Antwort muss sehr im Grundsätzlichen beginnen. Ein Pauschalprämiensystem beseitigt die Lohnanbindung der Gesundheitskosten und gibt damit einen zentralen wirtschaftlichen Impuls für mehr Beschäftigung und Wachstum. Dieses Argument wird umso wichtiger, je weiter die Gesundheitskosten in Zukunft insbesondere durch den demographischen Wandel überproportional steigen. Die entscheidende Frage ist aber, ob die Abkoppelung der Gesundheitskosten von den Lohnkosten nicht auch im bestehenden Gesundheitssystem möglich ist: Die Antwort ist ja! Die Forderung nach Festschreibung und Auszahlung des Arbeitgeberzuschusses zur Krankenversicherung ist schließlich keineswegs neu, sondern ist durch die Reformdebatte um Bürgerversicherung oder Kopfpauschalen sehr in den Hintergrund geraten. Der Arbeitgeberbeitrag lässt sich ebenso gut im bestehenden System festschreiben und auszahlen. Die

Einführung einer Pauschalprämie ist dafür nicht erforderlich! Der mögliche Gegen einwand, dass steigende Beitragssätze in den Tarifverhandlungen als Lohnsteigerungsargument verwendet werden, überzeugt schon deshalb nicht, weil steigende Pauschalprämien ebenfalls als Lohnsteigerungsargument verwendet werden können.

Nachhaltige Finanzierung wird nicht erreicht

Eine Bewertung von Reformvorschlägen kann nur anhand von Zielen erfolgen. In Anbetracht des demographischen Wandels sollte das Ziel zur Schaffung von mehr Nachhaltigkeit eigentlich oberste Priorität haben. Das Pauschalprämienmodell von Rürup und Wille sieht jedoch keine Alterungsrückstellungen vor. Es bleibt damit in der Systematik der Umlagefinanzierung. Die Folge ist, dass die Pauschalen in den nächsten Jahren und Jahrzehnten deutlich steigen werden. Erste Analysen zeigen, dass die Steigerungen der Pauschalen nicht wesentlich anders ausfallen werden als die heute für die GKV prognostizierten Beitragssatzsteigerungen. Damit wäre dann das Ziel der vermehrten Nachhaltigkeit nicht erreicht. Denn immer mehr Versicherte werden mit ihrer Einkommensbelastung durch die Pauschalen in die Gruppe der Transferanspruchsberechtigung hineinwachsen und bestehende Transferansprüche werden bei steigenden Pauschalen immer höher ausfallen. Gemildert werden kann dies nur durch eine permanente Anhebung der Belastungsobergrenzen, was bei steigenden Gesundheitskosten ohnehin geschehen muss. Wie und in welchem Umfang dies geschehen muss, ist aber bisher in allen Vorschlägen völlig unbeantwortet.

So steht der Beleg noch aus, dass der Transfermechanismus bei steigenden Gesundheitskosten langfristig tatsächlich funktionsfähig bleiben kann. Um im Modell zu bleiben: Steigen die Transferansprüche, wird entweder der einkommensabhängige

Zuschlag in der GKV oder aber der Steuerzuschlag angehoben werden müssen. Im ersten Fall verschiebt sich die Relation von der Pauschale zum einkommensabhängigen Beitrag. Im zweiten Fall wird die fehlende Nachhaltigkeit der Finanzierung auf den Staat übergewälzt. Insofern hängt von der Funktionsweise des Transfermechanismus auch die langfristige Erreichbarkeit verteilungspolitischer Ziele ab.

Schließlich verändert die Pauschalprämie die Wettbewerbsintensität zwischen PKV und GKV. Da der Einstiegsbeitrag in der PKV aufgrund der Alterungsrückstellung fast immer höher ist als die Pauschalprämie der GKV, würde die PKV sehr an Wettbewerbsfähigkeit verlieren. Zu Lasten der PKV würde also ein System gestärkt, das die Kosten des steigenden Lebensalters auf nachwachsende Generationen verschiebt. Auch unter diesem Gesichtspunkt wäre die Einführung der Pauschalprämie eine Entscheidung gegen mehr Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen.

Fazit

Was bleibt ist ein Modell, das sicherlich überzeugender ist als die bisherigen Kopfpauschalenmodelle. Das Problem bleibt aber das Pauschalprämienmodell selber. Allein das damit zu erreichende Ziel der Entlastung bei den Lohnkosten überzeugt wirklich. Die damit einhergehende Verbesserung der Allokationseffizienz hat einen hohen Reiz. Alle anderen Ziele werden dafür weniger gut erreicht als im Status quo des bestehenden Gesundheitssystems. Da eine Entlastung der Lohnkosten aber auch mit Reformen im bestehenden Gesundheitssystem erzielt werden kann, bleibt bei kritischer Überlegung die Frage, warum ein radikaler Systemumbau vorgenommen werden soll, mit dem man nicht mehr erreichen würde als auch im bestehenden System möglich wäre. Vielmehr würde man sich aber eine Vielzahl von neuen Problemen einfangen, die im bestehenden System einigermaßen gut gelöst sind. W



Niederlande – vom „regulierten Wettbewerb“ zur privatisierten Bürgerversicherung?

In der vierten Folge „Blick über die Grenzen“ gibt PKV Publik einen Überblick über das niederländische Gesundheitssystem. Auch in den Niederlanden wird derzeit ein Umbau des Gesundheitswesens diskutiert.

Das niederländische Gesundheitssystem ist gegenwärtig noch immer geprägt von dem sog. Dekker-Simons-Plan von Ende der 80er Jahre. Das niederländische Gesundheitsmodell gehört zum Typus „Sozialversicherung“ und strebt für die gesamte Bevölkerung eine umfangreiche Grundversorgung an. Seit dem Dekker-Bericht von 1987 laufen permanente Reformbestrebungen, die – wie es heißt – „regulierten Wettbewerb“ im Gesundheitssystem verwirklichen möchten.

Die Niederlande verfügen über drei nebeneinander stehende gesetzlich reglementierte Versicherungssysteme:

Volkerversicherung für alle Einwohner

Die Volkerversicherungen als erstes System umfassen neben anderen die Allgemeine Versicherung für besondere Krankheitskosten (AWBZ). Hier sind alle Einwohner versichert. Die AWBZ trägt große Risiken wie Langzeitbehandlung und -pflege etc. und erfasst damit etwa 40 % der Gesundheitsausgaben. Finanziert wird sie aus den einkommensabhängigen Beiträgen der Versicherten (ohne Arbeitgeberanteil) sowie aus erheblichen Staatszuschüssen. Die Versicherten haben dabei keine Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Versicherungsträgern.

Pflichtversicherung für alle Bürger unter 65 Jahren

Im zweiten System sind darüber hinaus alle Bürger unter 65 Jahren in der gesetzlichen (ZFW) oder privaten Krankenversicherung pflichtversichert und zahlen einkommensabhängige Beiträge. In der ZFW sind alle Arbeitnehmer und Selbständigen

unter 65 Jahren mit einem Jahreseinkommen unter 30.700/19.550 versichert. Das sind rd. 60 % der niederländischen Bevölkerung. Zusätzliche Anspruchsberechtigte sind im Haushalt des Versicherten lebende Unterhaltsberechtigte sowie Partner bis 65 Jahre. Daneben besteht die Krankengeldversicherung (ZW), in die Arbeitnehmer und Arbeitgeber einzahlen.

Es gibt ca. 40 öffentlich-rechtliche Krankenkassen. Die Krankenkasse kann jährlich gewechselt werden. Alle Krankenkassen stehen im gegenseitigen Wettbewerb und verfügen zunehmend über marktorientierte Managementstrukturen. Allmählich haben die Krankenkassen außerdem ihr Risiko anstelle der bisherigen staatlichen Defizitdeckung selbst zu übernehmen, um Wirtschaftlichkeitsanreize zu geben und insbesondere Managed-Care-Ansätze zu fördern.

Der Rest der Bevölkerung ist aufgrund der allgemeinen Versicherungspflicht überwiegend privat versichert, weil diese Personen die Einkommensgrenze überschreiten oder selbständig sind. Eine Wahlfreiheit existiert insoweit nicht. Dabei besteht Kontrahierungszwang für die jeweiligen Versicherungsunternehmen. Insgesamt ist damit etwa ein Drittel der Bevölkerung privat versichert. Dabei besteht ein besonderes Sicherungssystem für Beamte und eine spezielle Versicherung für die Angestellten im öffentlichen Dienst.

Im Vergleich zu den gesetzlichen Krankenkassen verfügt die PKV über einen größeren Gestaltungsspielraum bei den Versicherungsoptionen bezüglich Leistungsum-

fang, Zuzahlungsmodalitäten, Beitragssätzen usw. Hierdurch hat sich der Wettbewerb zwischen den Versicherungsunternehmen in den letzten Jahren erheblich verstärkt. Die privaten Versicherungsunternehmen sind verpflichtet, für die Grundversorgung ein Standardversicherungspaket anzubieten, das im Leistungsumfang der gesetzlichen Versicherung entspricht und auch für Hochrisikopatienten und ältere Menschen gegen eine Maximalprämie gilt. Da die Kosten über diese Prämien nicht gedeckt werden, wird die Standardversicherung durch die übrigen privat Versicherten subventioniert. Privat Versicherte haben die Möglichkeit im Rahmen ihres Versicherungsvertrages bestimmte Leistungen aus ihrem Versicherungsschutz auszugrenzen, Selbstbehalte festzulegen und so ihre Beiträge zu senken.

Freiwillige Zusatzversicherungen

Darüber hinaus – und dies ist der dritte Sektor – können freiwillig Zusatzversicherungen abgeschlossen werden, die frei und individuell risikoabhängig gestaltet werden können. Ca. 90 % der Versicherten verfügen über eine solche Zusatzversicherung. Es ist auch eine freiwillige Zusatzversicherung bei der gesetzlichen Krankenkasse möglich, wodurch sich der Versicherte über den Regelleistungskatalog hinausgehende Leistungen sichern kann. Die Beiträge hierfür sind einkommensunabhängig und können individuell risikoabhängig gestaltet werden.

15% der Gesamtausgaben über private Krankenversicherung

Über die private Krankenversicherung laufen in den Niederlanden ca. 15 % der



Gesamtausgaben des Gesundheitswesens. Die Unternehmen konkurrieren zusätzlich über unterschiedliche Versicherungspakete und -prämien. Die Anreize zum Versicherungswechsel aufgrund einer niedrigeren Pauschalprämie sind jedoch gering, weil sich die Prämienunterschiede nicht gravierend gestalten. Außerdem sind die privat Versicherten eng an ihre Versicherung gebunden, da sie bei einem Wechsel häufig altersabhängige Aufschläge und je nach Gesundheitszustand den Leistungsausschluss für bestehende Krankheiten in Kauf nehmen müssen.

Grundversorgung überwiegend im Umlageverfahren

Die Finanzierung der Grundversorgung erfolgt zu etwa drei Viertel über personenbezogene und einkommensabhängige Beiträge von Arbeitgebern und Arbeitnehmern im Umlageverfahren. Der für alle Krankenkassen einheitliche Beitragssatz wird gesetzlich festgelegt. Außerdem wird ein einkommensunabhängiger Beitragsanteil erhoben, der als „nominale Prämie“ bezeichnet wird. Zusätzlich erhalten die gesetzlichen Krankenkassen als Risikoausgleich für den höheren Anteil kostenintensiver Senioren eine Solidarzahlung der privat Versicherten (MOOZ-Beitrag). Durch diesen Beitrag und einen kassenübergreifenden Risikostrukturausgleich sind die privaten Versicherungen in die Solidargemeinschaft eingebunden. Die Beiträge der Versicherten fließen in einen zentralen Fonds, aus dem die Krankenkassen eine Kopfpauschale pro Versichertem erhalten, die zum Teil risikoabhängig gestaltet ist. Jeder Versicherte hat darüber hinaus eine Pauschalprämie zu zahlen.

Niedrigere Selbstbeteiligung der Versicherten

Die Sozialversicherung deckt eine Grundversorgung ab, deren Umfang nach Beratung mit verschiedenen Gremien vom Gesundheitsministerium festgelegt wird. In der ZFW wird Krankenhausversorgung

ein Jahr lang sowie ambulante Behandlung und Schutzimpfungen, Krebsvorsorgeuntersuchungen ebenso wie die Gesundheitsberatung von Schwangeren und Müttern mit Kleinkindern getragen. Es besteht freie Arztwahl zweimal jährlich bei einem registrierten Kassenarzt. Der selbstständig tätige Hausarzt nimmt dabei jedoch die zentrale Stellung ein. Er erhält für gesetzlich versicherte Kopfpauschalen und rechnet gegenüber der PKV Einzelleistungen ab. Für den Versicherten entstehen bei Inanspruchnahme eines Arztes in der Regel keine Kosten und keine Selbstbeteiligung. Zahnärztliche Behandlung ist für Jugendliche bis 19 Jahren umfassend, für Erwachsene werden Prophylaxe, Zahnprothesen und spezielle chirurgische Eingriffe gewährt. Bei Zahnersatz bestehen 25 % Selbstbeteiligung, Voraussetzung für die Gewährung ist eine jährliche Kontrolluntersuchung.

Freie Wahl ist möglich unter ortsnahen Krankenhäusern oder Genehmigung durch die Kasse. Bei Standardunterbringung fallen keine eigenen Kosten im Krankenhaus an. Für Arzneimittel bei Vertragsapotheken und für zugelassene Medikamente eines „qualitativ hochwertigen Sortiments“ erfolgt volle Erstattung, sonst Zuzahlung. Für Heil- und Hilfsmittel nach Genehmigung besteht keine Selbstbeteiligung, ausgenommen Brillen, Kontaktlinsen, Hörhilfen, orthopädische Schuhe o.ä.. Kuren werden nicht gewährt. Krankengeld wird ohne Vorzeiten und Karenztage im Anschluss an die Entgeltfortzahlung für 52 Wochen in Höhe von 70 % bis zur Obergrenze eines täglichen Entgelts von 159 gezahlt.

Radikaler Umbau geplant

Durch die Reformen seit den 80er Jahren, in deren Folge insbesondere strikte Planung und Steuerung der Versorgungskapazitäten durch den Staat erfolgten und integrierte Versorgungsketten aufgebaut wurden, konnten die Kosten im Griff gehalten werden. So schnitten die Niederlan-

de im Kostenvergleich der Sozialversicherungssysteme lange Zeit am besten ab, obwohl die niederländische Sozialversicherung zu den umfangreichsten in Europa gehört. 75 % der Niederländer zeigten sich demgemäß mit ihrem System zufrieden. Dabei besteht Einigkeit, dass Wettbewerbselemente bisher nicht ausreichend wahrgenommen werden. Im Gegenteil bestehen nach wie vor starke Tendenzen staatlicher Planung, etwa bei der Kapazitätsplanung im stationären Bereich und der Vergütung der Hausärzte über Kopfpauschalen.

In den letzten Jahren sind die Wartelisten erheblich angewachsen. Dementsprechend hat die Zufriedenheit der Bevölkerung mit ihrem Gesundheitssystem inzwischen drastisch abgenommen. Es ist deshalb eine radikale Veränderung des niederländischen Gesundheitswesens geplant. Schon der Bericht der Dekker-Kommission von 1987 sah langfristig den Übergang zu einer einzigen, gleichen Grundversicherung für alle vor, die sowohl von öffentlicher als auch privater Krankenversicherung angeboten wird, zwischen denen jeder Einwohner wählen kann. Kern der Überlegungen bildet daher jetzt der Übergang zu ausschließlich privaten Versicherern dergestalt, dass die bisher öffentlich-rechtlichen und privaten Versicherer in einer Bürgerversicherung – es heißt dort „Standardversicherung“ – zusammengeführt werden. Bei nach wie vor bestehender Versicherungspflicht sollen diese Versicherungsträger Gewinn erwirtschaften dürfen und die Prämien im Wettbewerb festlegen. Insgesamt soll der Einfluss des Staates weiter verringert werden. Geplant ist auch eine Wahlmöglichkeit der Versicherten zwischen Sachleistung und Kostenerstattung. All diese Pläne stoßen gegenwärtig jedoch noch auf europarechtliche Bedenken, da die Träger der niederländischen Krankenversicherung dann in vollem Umfang dem EU-Wettbewerbsrecht unterliegen dürften.

Fazit

Die Einzelheiten der geplanten Reform haben noch keine klaren Konturen angenommen. Sicher ist jedoch, dass auch die Niederlande in die Falle der Wartelisten geraten sind – Folge einer nach wie vor strikten Reglementierung des Gesundheitswesens in Verbindung mit der allgemeinen Versicherung der gesamten Bevölkerung. Die Verwirklichung von Wettbewerbselementen im System ist letztendlich misslungen. Es mag bezweifelt werden, ob die Vorschläge der Dekker-Kommission jetzt erfolgversprechend wirken können, zumal die Wettbewerbsbedingungen zwischen gesetzlichen und privaten Versiche-

ren bisher keineswegs klargestellt sind. Außerdem scheint es, dass die europarechtlichen Konsequenzen der freien Anbieter-tätigkeit von Krankenkassen in ihrer ganzen Tragweite noch nicht erkannt worden sind: Krankenkassen würden nach EU-Recht zu Unternehmen, die dann auch nicht mehr subventioniert werden dürften. Die Niederlande täten daher besser daran, vom alten Dekker-Modell, das diese Rechtslage noch nicht berücksichtigen konnte, endlich Abschied zu nehmen. T

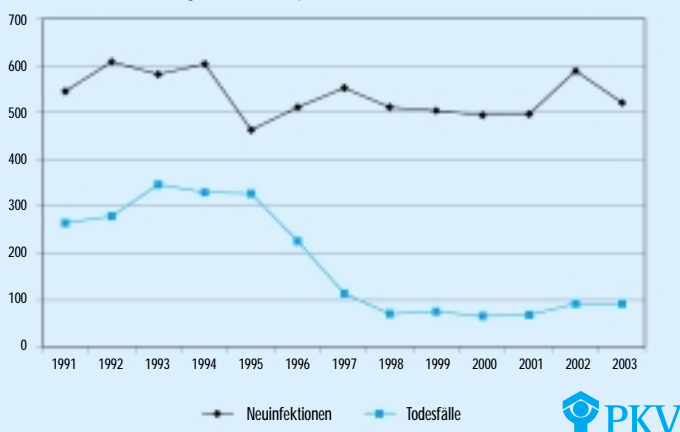
HIV – Zahl der Neuinfektionen weiter auf hohem Niveau

Die jüngste Auswertung der Statistik über HIV-Infektionen im Bestand der privat Vollversicherten zeigt, dass die bekannt gewordenen Neuinfektionen in 2003 in derselben Größenordnung wie in den Vorjahren liegen. Dass sich hier keine Besserung einstellt, macht deutlich, dass das Bewusstsein für die Gefahren einer Ansteckung in der Bevölkerung nach wie vor nicht nachhaltig ausgeprägt ist.

Hierzu tragen möglicherweise auch die positiven Erfolge der Medizin bei der Bekämpfung der Krankheit bei. Diese führen zwar nicht zu einer Heilung, jedoch zu einer Lebensverlängerung und damit zu einem Rückgang der Todesfälle. Dies lässt sich auch aus der PKV-Statistik ablesen, wonach die Zahl der Todesfälle gleichmäßig auf niedrigem Niveau liegt. Dieses Niveau ist allerdings relativ zu sehen: Zwar machen die privat Versicherten nur knapp

10% der Bevölkerung aus; ein Vergleich zur Bundesstatistik – bei aller Vorsicht aufgrund unterschiedlicher Erfassungsmethoden – zeigt allerdings, dass die privaten Krankenversicherer bei AIDS eine weit höhere Last als die gesetzlichen Krankenkassen tragen müssen. R

Entwicklung der HIV-Epidemie bei Privatversicherten



Impressum

Herausgeber:

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.
Postfach 51 10 40, 50946 Köln
Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln
Telefon: (0221) 37662-0
Telefax: (0221) 37662-10
Internet: <http://www.pkv.de>
E-Mail: postmaster@pkv.de

Verantwortlich: Dr. Volker Leienbach

Redaktion: Ulrike Pott

Produktion: Karin Held

Mitarbeiter dieser Ausgabe:

Prof. Dr. Jürgen Fritze, Helga Riedel,

Prof. Dr. Susanne Tiemann, Christian Weber

Karikaturen: Dirk Meissner, Köln

Verlag: Versicherungswirtschaft GmbH

Klosterstr. 20-24, 76137 Karlsruhe

Telefon (0721) 35090

Herstellung: LUTHE Druck und Medienservice KG, Köln

Erscheinungsweise: Neunmal jährlich

Abonnementpreis: Jährlich € 6,50 inkl. Versand
und Mehrwertsteuer

ISSN 0176-3261

Nachdruck der Texte honorarfrei.

Belegexemplar erbeten.

Die nächste Ausgabe erscheint am 15.09.2004.