

PKV PUBLIK

9/2006 | 15.12.2006

Informationen des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.

Nicht nur das Brot wird teurer

Mit der Meldung über eine PKV-Prämienverdreifachung in den nächsten 30 Jahren schreckte die Zeitschrift „Finanztest“ auf. Die Preisentwicklung im Allgemeinen und in der GKV im Besonderen wurde dabei irreführenderweise ausgeblendet. [> Seite 99](#)

Verwaltungskosten in PKV und GKV

Die populäre These, die Verwaltungskosten der GKV lägen unter denen der PKV, basiert ebenfalls auf Annahmen, die einer sachgerechten Betrachtung nicht Stand halten. [> Seite 101](#)

WIP-Arzneimittelserie: Betablocker

Das Wissenschaftliche Institut der PKV hat herausgefunden, dass der Verordnungsanteil des Wirkstoffs Carvedilol in der PKV um mehr als die Hälfte höher liegt als in der GKV. [> Seite 103](#)

Zahlenbericht: Niedriger Neuzugang

Die PKV leidet weiter unter der Anhebung der Versicherungspflichtgrenze von 2003: Laut Zahlenbericht gab es 2005 mit 113.600 Vollversicherten den niedrigsten Nettoneuzugang seit Jahren. [> Seite 104](#)

Weltaidstag: PKV stärkt Prävention

„Die Mittel der PKV ermöglichen wichtige zusätzliche Maßnahmen“, schreibt die Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Dr. Elisabeth Pott. [> Seite 106](#)

Arzt des Vertrauens: Ein Auslaufmodell

„Durch die Gesundheitsreform werden sich die Zugangswege der Menschen zur ärztlichen Behandlung deutlich verlängern“, meint Martin Grauduszus, Präsident der Freien Ärzteschaft e.V. [> Seite 108](#)

Außerdem in dieser Ausgabe

Brief aus Berlin und Köln [> Seite 98](#) +++
Impressum [> Seite 108](#)

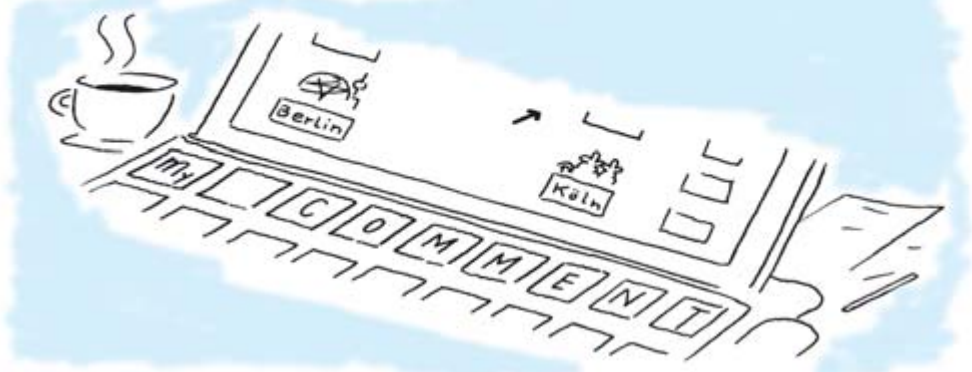
The screenshot shows a web browser window displaying the website http://www.pkv-zur-reform.de/Reform-Bewertung_47.0.html. The main heading is "Entschieden privat." Below it, there are two sub-headings: "Die Privaten müssen bleiben!" and "Qualität statt Zuteilungsmedizin". The page content is organized into several columns. On the left, there is a navigation menu with items like "Reform-Fakten", "Reform-Bewertung", "Keine Problemlösungen", "Utaugliche Portabilität", "Ziel Einheitsversorgung", "Breite Ablehnungstrotz", "Unverzichtbare PKV", "Reform-Konsequenzen", "Reform-Fragen / Reform-Antworten", and "Reform-UnRecht". The main content area has three columns of text. The first column is titled "Die echten Probleme bleiben ungelöst" and discusses the impact of the proposed law on the private health insurance system. The second column is titled "Portabilität: theoretisch untauglich, praktisch unmöglich" and discusses the challenges of portability in the private system. The third column is titled "Ziel Einheitsversorgung: Die Strategie der Gesundheitsministerin" and discusses the government's strategy for a unified health insurance system. On the right side, there are three small boxes with titles: "Versicherten-Information", "Die PKV ist solidarisch", and "Die Einkommensstruktur der Privatversicherten". At the bottom of the page, there is a logo for PKV (Verband der privaten Krankenversicherungen) and the text "Massive Kritik auf breiter Front".

www.pkv-zur-reform.de: Neue Informationsseite im Internet

Über die Auswirkungen der geplanten Gesundheitsreform können sich Privatversicherte und die Öffentlichkeit jetzt auch auf einer neu gestalteten Internetseite des PKV-Verbandes informieren. Auf www.pkv-zur-reform.de erfahren sie, wie weit der schwarzrote Gesetzentwurf in bestehende Versicherungsverträge eingreift und was daran verfassungswidrig ist. Nachzulesen ist auch, welche politisch gewollten Mechanismen zu teils massiven Prämien erhöhungen in der PKV führen würden: So sollen Privatversicherte nach den Plänen der Bundesregierung unter anderem einen zwangsweise einzuführenden Basistarif mit gesetzlich diktierten, nicht kosten-

deckenden Beiträgen subventionieren. Zusätzlich müssten sie dafür aufkommen, dass Millionen von Menschen sich erst im Krankheitsfall in der PKV absichern könnten, ansonsten aber keine Prämien bezahlen. Auf der Internetseite wird erläutert, wie dadurch ein Erosionsprozess der PKV eingeleitet würde, an dessen Ende die Bürgerversicherung steht. Außerdem kann man sich auf www.pkv-zur-reform.de über den aktuellen Stand des Gesetzgebungsverfahrens sowie darüber informieren, welche Möglichkeiten es gäbe, rechtlich gegen die Reform vorzugehen, wenn sie tatsächlich zu Lasten der Privatversicherten in Kraft treten würde.

Brief aus Berlin und Köln



Mehr denn je entscheiden heute die Medien darüber, welche Informationen in der Bevölkerung ankommen und welche Meinung sich die Menschen über mehr oder minder komplizierte Sachverhalte bilden. Zu einer erfolgreichen Verbandsgehört deshalb auch zunehmend eine einsatzfreudige Pressearbeit. Im zu Ende gehenden Jahr war die PKV in dieser Hinsicht besonders aktiv: So haben unsere Repräsentanten mit zahllosen Journalisten gesprochen, dutzende Interviews gegeben und eine ganze Reihe von Radio- und Fernsehauftritten bewältigt. Dabei kann man natürlich nicht jeden einzelnen Redakteur für die eigenen Positionen einnehmen, aber ausgewogen und journalistisch fair behandelt worden ist die PKV denn doch.

In den vergangenen Wochen gab es leider zwei Ausnahmen von dieser Regel. Zum einen sorgte eine Untersuchung der Verbraucherzeitschrift „Finanztest“ für Furore, in der die PKV zur eher unattraktiven Veranstaltung gestempelt wurde. Bedauernswerterweise verzichteten die Tester wie auch viele nachdruckende Blätter darauf, die einzige bestehende Alternative – die demografieanfällige gesetzliche Krankenversicherung (GKV) – mit in ihre Überlegungen einzubeziehen. Wir möchten dies deshalb auf den kommenden Seiten von PKV Publik nachholen.

Der zweite Vorgang beschäftigte die Branche, ihre Mitarbeiter und zahllose Versicherte bereits einige Wochen vorher: Transportiert von einzelnen Medien, war der Vorwurf erhoben worden, bei einer vom Verband begleiteten Protestbriefaktion der Privatversicherten gegen die geplante Gesundheitsreform seien massenhaft Fälschungen vorgekommen. Wir haben daraufhin sämtliche PKV-Unternehmen gebeten, möglichen Unstimmigkeiten oder Manipulationen auf den Grund zu gehen. Parallel haben wir uns bei zahlreichen Abgeordneten erkundigt, ob sie Auffälligkeiten in der Versichertenpost festgestellt haben.

Als Ergebnis der Nachforschungen ist festzuhalten, dass es keinerlei Anhaltspunkte für systematische Brief- und Unterschriftenfälschungen gibt. Der mit dem Vorgang befasste Deutsche Rat für Public Relations (DRPR) kommt sogar zu der Bewertung, dass selten eine Aktion in dieser Größenordnung so störungsfrei über die Bühne gegangen ist. Die „Fehlerquote lässt keineswegs die Annahme eines Versuchs der systematischen Täuschung zu. Auch enthielt die Handlungsanleitung des Verbandes keinen Hinweis auf eine solche Intention“, heißt es in der Pressemitteilung des DRPR von Mitte November.

Die PKV setzt sich weiter dafür ein, dass über die politisch motivierte Skandalisierung der Briefaktion die inhaltliche Auseinandersetzung mit dem authentischen Protest nicht verloren geht. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung würde für die Großzahl der Versicherten, darunter viele Durchschnittsverdiener, zu politisch gewollten Beitragserhöhungen im zweistelligen Prozentbereich führen. Darüber hinaus verstoßen viele Bestimmungen gegen die Verfassung. Die Bereitschaft vieler Versicherter, notfalls dagegen zu klagen, ist real. Das wiederum war auch schon in der Tagespresse zu lesen. L



Attraktiv nur für gesunde, junge Männer? Die PKV im „Finanztest“

In ihrer aktuellen Ausgabe widmet sich die Zeitschrift „Finanztest“ der privaten Krankenversicherung. Ihr Fazit: Die PKV rechnet sich nur für Beamte und vielleicht noch für junge, gesunde Männer. Außerdem müsse ein heute 35-Jähriger in den kommenden 30 Jahren mit einer Verdreifachung seiner Prämie rechnen. Das ist im ersten Fall nicht richtig und bedarf im zweiten zumindest der Erläuterung.

Schon bei der Frage, für wen die PKV attraktiv ist, hätte „Finanztest“ freilich auch zu einem anderen Ergebnis kommen können. Schließlich erläutert der Bericht, dass Privatversicherte mehr und bessere Leistungen vereinbaren können und dass ihr Leistungsumfang vertraglich festgeschrieben ist. Davon profitieren eindeutig die Älteren und Kranken in der PKV, egal welchen Geschlechts. Doch die These von der angeblichen Unattraktivität und die Prognose vermeintlich exorbitanter Prämiensteigerungen wurden wohl für schlagzeilenträchtiger gehalten - zu Recht: Das „Finanztest“-Resümee fand seinen Weg in die Medien, dort oft noch ergänzt um den Hinweis, dass die ganze Veranstaltung infolge der Gesundheitsreform noch teurer wird.

Letzteres ist freilich kein Argument gegen die PKV, sondern gegen die Reform. Indes zeigt sich, dass sich die Maßstäbe der gesundheitspolitischen Debatte nach nur einem Jahr Große Koalition sehr verschoben haben. Nicht nur, dass die Frage, wie man mehr Menschen und Leistungen in der kapitalgedeckten PKV absichern kann, faktisch ad acta gelegt worden ist. Die Koalition unternimmt sogar Schritte in Richtung weniger Demografie-sicherheit, indem sie Angestellten den Wechsel von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur PKV erschwert und die PKV zum Angebot eines nicht kostendeckenden Basistarifs zwingt. Es ist dieser politische Kontext, in dem der implizite Rat des Verbrauchermagazins, möglichst in der umlagefinanzierten GKV zu bleiben, weitgehend unwidersprochen geblieben ist. Die gesundheitspolitische

Diskussionslage in Deutschland ist Lichtjahre von dem Niveau der Herzog- und der Rürup-Kommission entfernt. Demografievorsorge war gestern.

„Die teilweise Rückverlagerung der Verantwortung für Alter und Krankheit hin zu den Privaten wäre eine mögliche Antwort auf die demografische Herausforderung. Dies bedeutet vor allem auch einen (teilweisen) Umstieg vom Umlageverfahren hin zu einem Kapitaldeckungsverfahren.“

Bildungsausschuss des Deutschen Bundestags im Januar 2006

Nicht nur das Brot wird teurer

Vom politischen Kontext einmal abgesehen: Hat „Finanztest“ seinen Lesern einen guten Rat gegeben? In einem Punkt ist dem Magazin in der Tat zuzustimmen: Die Entscheidung für die PKV ist eine Entscheidung fürs Leben und schlecht beraten ist, wer diesen Schritt nur tut, um zum Zeitpunkt des Übertritts Geld zu sparen. Ein System, das den medizinischen Fortschritt voll integriert und seine Versicherten daran unmittelbar teilhaben lässt, das unkündbare Leistungszusagen gibt und das aufgrund des Äquivalenzprinzips zwischen Leistung und Prämie keine Beitragssubventionen kennt: Solch ein System kann kein Schnäppchen sein. Vielmehr ist der Schritt in die PKV eine sinnvolle Investition in eine lebenslang gute Versorgung.

Ob diese Investition teuer ist, erschließt sich ganz sicher nicht durch die isolierte Betrachtung von Beitragsentwicklungen in der PKV. Die Feststellung, dass die Prämien steigen, ist banal. Unterstellt man eine Inflation von 2,3 Prozent pro Jahr, verdoppeln sich alle Preise in einem Zeitraum von circa 30 Jahren. Eine Verdreifachung der PKV-Prämien, wie von „Finanztest“ prognostiziert, entspräche einer Kostensteigerung von jährlich 3,7 Prozent. Inflationbereinigt wäre das ein sehr gutes Ergebnis, wenn man bedenkt, dass die allgemeinen Kosten für Gesundheitspflege in den vergangenen 15 Jahren ohnehin um über drei Prozent jährlich und damit stärker als die Inflation insgesamt gestiegen sind. Ausserdem ist zu berücksichtigen, dass die privaten Krankenversicherer den medizinischen Fortschritt voll einpreisen müssen und die Nachfrage nach Spitzenmedizin in einer alternden Gesellschaft wachsen wird. Ganz zu schweigen davon, dass die PKV keine Budgets kennt, jährlich wachsende Mehrzahlungen an die Leistungserbringer von zuletzt circa 10 Milliarden Euro mobilisiert und keine GKV-äquivalenten Instrumente zur Kostendämpfung zur Verfügung hat.

Beitragssteigerungen in der GKV

Verlassen wir also die isolierte Betrachtung und wenden uns einem naheliegenden Vergleichsmaßstab zu: der gesetzlichen Krankenversicherung. Während den Privatversicherten die steigenden Kosten des Gesundheitswesens in den absoluten Zahlen einer Beitragsanpassung bewusst gemacht werden, ist diese Kostentransparenz dem GKV-Versicherten aufgrund der lohnbezogenen Beitragserhebung verwehrt. Es gibt kein

adäquates Verhältnis zwischen Leistungen, Risiken und Prämien. Der noch am ehesten geeignete Indikator für die tatsächliche Kostenentwicklung ist der durchschnittliche Beitragssatz.

Dieser stellt indes nicht den einzigen Faktor der Beitragsentwicklung in der GKV dar. Neben ihm gibt es auch schlechende Mechanismen wie die jährliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze (BBG). Auch Lohnanstiege erhöhen den Beitrag. Hinzu kommen verdeckte Beitragserhebungen in Form von Steuerzuschüssen an die GKV. Außerdem gibt es implizite Beitragssteigerungen infolge von Einschränkungen des Leistungskatalogs sowie Zuzahlungen. Davon sprechen frühere Gesundheitsreformen Bände.

Anders bei der aktuellen: Da rühmen sich die Verantwortlichen, das Leistungsspektrum sogar erweitert zu haben. Die Versicherten allerdings werden dies noch teuer bezahlen müssen. Denn das Tabuisieren und das Erweitern der bestehenden Ansprüche ans gesetzliche System erhöhen nur den Druck, die Leistungen in Zukunft umso drastischer zu kürzen.

Das Wechselmotiv der Verlässlichkeit

Gewiss: Je früher ein Mensch in die PKV eintritt, desto günstiger ist es, weil das erforderliche Deckungskapital für die mit

dem Alter zunehmenden Krankheitsrisiken über einen längeren Zeitraum aufgebaut werden kann, bevor es wieder verbraucht wird. Aber die Analyse der „Finanztest“, dass sich die PKV nur für junge Männer rechnet, ist viel zu grob. Die aktuellen Einnahme- und Ausgabeprobleme der GKV sowie der Ausblick auf die demografische Krise, auf die das Umlageverfahren überhaupt nicht vorbereitet ist, haben das Vertrauen in die langfristige Finanzierbarkeit des gesetzlichen Systems erschüttert. Daher denken heute auch Menschen mit Mitte 40 noch darüber nach, in die PKV zu wechseln. Selbst Frauen in diesem Alter tun das, obwohl sie eine sterbetafelbedingt höhere Prämie als ein gleichaltriger Mann zahlen müssen. Diesem höheren Beitrag entspricht aber ein höherer Leistungsanspruch infolge der durchschnittlich längeren Lebenszeit.

Die Verlässlichkeit der Leistungsgarantie ist nicht zuletzt ein Eckpfeiler der persönlichen Finanzplanung. Denn erstens ist es ein großes finanzielles Risiko, Leistungsreduktionen in der GKV im Alter ausgleichen zu müssen. Und seit auch auf Einkünfte aus der betrieblichen Altersversorgung volle GKV-Beiträge erhoben werden, gehen zweitens alle Realisten davon aus, dass schon in naher Zukunft sämtliche Alterseinkünfte in der GKV verbeitragt werden müssen. Wer heute erhebliche Anstrengungen zur Sicherung seiner privaten Altersversorgung unternimmt, wird darauf in zwanzig Jahren keine zweite Einkommensteuer zahlen wollen. In der PKV ist er davor geschützt.

Keine Bewertung ohne Vergleich

Prognosen für die Beitragsentwicklung der kommenden dreißig Jahre sind immer unsicher, gerade in

der PKV mit ihrer Tarifvielfalt und den unterschiedlichen berufsspezifischen Unternehmenstraditionen. Dennoch wird man sich ohne Annahmen über die Zukunft kaum auf diese vorbereiten können. In diesem Zusammenhang ist es unverstänlich, wenn „Finanztest“ der PKV- keine GKV-Prognose gegenüberstellt, welche deren Mechanismen der Beitragsentwicklung berücksichtigt – und zwar vor dem Hintergrund aktueller politischer Weichenstellungen.

Da die Gesundheitsreform keines der Probleme der GKV löst und die Frage der Finanzierbarkeit des gesetzlichen Leistungskatalogs unter den Bedingungen des demografischen Wandels erneut verschiebt, werden künftige Regierungen immer weniger Spielräume und letztlich nur die Wahl zwischen Szylla und Charybdis haben: zwischen der beschäftigungsfeindlichen Erhöhung der Lohnsatzkosten auf der einen Seite und der Verweigerung von medizinischen Leistungen auf der anderen. Denn die GKV wird nicht nur Schwierigkeiten haben, das heutige Spektrum an Leistungen aufrecht zu erhalten. Sie wird zunehmend Probleme damit bekommen, medizinisch notwendige Innovationen überhaupt in ihren Katalog zu integrieren.

Da die Option der Rationierung und Verweigerung an ethische Grenzen stößt, werden Bürgerversicherungsszenarien in den kommenden Jahren immer wahrscheinlicher, um so der demografiebedingt wachsenden Ausgabendynamik zu begegnen und der dann strukturellen Unterfinanzierung eines überdimensionierten Umlagesystems neue Finanzquellen zu erschließen. Bürgerversicherungsszenarien allerdings implizieren die Verbeitragung aller verfügbaren Einkünfte. Die daraus resultierende Beitragsdynamik ist in jeden zukunftsorientierten Vergleich einzubeziehen. tg



So eine 30-jährige Prognose hat gewisse Risiken. Was glauben Sie, wie rutschig alle in das Geo-Dreieck ist.

Verwaltungskosten: Wie sachgerecht sind Kennzahlenvergleiche?

Die Diskussion über die Verwaltungskosten in der gesetzlichen (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV) ist sehr alt und vom Vergleich unterschiedlichster Kennzahlen geprägt. Methodisch sind diese Vergleiche der Verwaltungskosten allerdings wenig aussagekräftig: Zu verschieden sind dafür die Systeme und institutionellen Strukturen von GKV und PKV.

Verwaltungskosten in der GKV

Ausgangspunkt sind die so genannten Nettoverwaltungs-kosten der GKV, die sich 2005 auf 8,16 Mrd. Euro summierten. Dieser Betrag entspricht einem Anteil von 5,7 Prozent an den gesamten GKV-Ausgaben. Damit hat jeder Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2005 Verwaltungskosten von im Schnitt 115,74 Euro verursacht. Die Aussagekraft dieser Kennzahlen ist allerdings begrenzt. Das liegt insbesondere an folgenden Faktoren:

- Im System der GKV entstehen Verwaltungskosten nicht nur in den Krankenkassen selbst, sondern in erheblichem Maß auch in den Organisationen der Leistungserbringer wie zum Beispiel den Kassenärztlichen Vereinigungen. Über diese Organisationen wird die Vergütung der Leistungserbringer abgewickelt. Verwaltungskosten, die hier entstehen, könnten Schadenregulierungskosten des GKV-Systems genannt werden.
- Bei der Diskussion über die Verwaltungskosten in der GKV werden häufig deren Strukturunterschiede ignoriert. So kann bei geschlossenen Betriebskrankenkassen der Arbeitgeber den personellen und sächlichen Aufwand der Kasse übernehmen oder unterstützen. Damit trägt er Kosten, die eigentlich dem GKV-System zuzurechnen wären.
- Die Unternehmen haben unentgeltliche Verwaltungsleistungen zu er-

bringen. So sind die Arbeitgeber staatlich verpflichtet, Arbeitnehmer bei der Krankenversicherung an- und abzumelden. Darüber hinaus müssen sie monatlich die Zahlungen der Beiträge zur Krankenversicherung organisieren und abwickeln. Eine Erstattung der dazu notwendigen Verwaltungsausgaben durch die gesetzlichen Krankenkassen erfolgt nicht.



- Der Beitragseinzug für Rentner und Arbeitslose wird – ähnlich wie für Arbeitnehmer durch den Arbeitgeber – über die Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit abgewickelt. Die anfallenden Kosten werden nicht von den Kassen erstattet, sondern müssen von den Sozialversicherungsträgern übernommen werden.
- Alle Krankenhäuser erbringen regelmäßig Verwaltungsleistungen für die GKV. Neben Dokumentations- und Berichtspflichten sind bei einer stationären Behandlung Aufnahmemitteilungen an die Kassen notwendig, es müssen Anforderungen an die Abrechnungsgestaltung erfüllt und Budgetverhandlungen vor- und nachbereitet werden.

- Die Abrechnung der Vertragsärzte mit der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Vereinigung erfordert personellen und sächlichen Verwaltungsaufwand. Neben den zahlreichen Dokumentationspflichten sind insbesondere die Anforderungen an die Abrechnungsgestaltung zu nennen. In den Praxen entstehen damit nicht-erstattungsfähige Kosten, die dem GKV-System insgesamt anzulasten sind.

- In den Apotheken findet zunächst eine Überprüfung statt, ob und in welcher Höhe ein Kunde bei Einreichen eines Rezepts eine Selbstbeteiligung zu zahlen hat. Ein zeitlicher Aufwand, der insbesondere dann nicht zu unterschätzen ist, wenn Selbstbeteiligungen einzufordern sind. Darüber hinaus entstehen bei der Abrechnungserstellung an die Krankenkassen erhebliche personelle und sächliche Verwaltungskosten. Diese Kosten fallen in der Regel bei den Abrechnungsstellen der Apotheker an. Auch sie sind dem Sachleistungsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung anzurechnen.

Die Summe dieser direkten und indirekten Verwaltungskosten offenbart den tatsächlichen Verwaltungsaufwand in den verschiedenen Krankenkassen, Leistungsbereichen und Institutionen, die allesamt Bestandteil des Systems der GKV und damit des Sachleistungsprinzips sind. Fazit: Die Kennzahlenanalyse allein – die Betrachtung der so genannten Nettoverwaltungs-kosten je Mitglied oder als Anteil

an den Gesamtausgaben – ist keine sachgerechte Bewertung der Verwaltungskosten im System der GKV.

Verwaltungskosten in der PKV

Ähnlich große Schwierigkeiten ergeben sich aber auch bei der Bewertung der PKV-Verwaltungskosten. Diese tauchen zunächst als Verwaltungsaufwendungen in der Gewinn- und Verlustrechnung (GuV) auf. Die ebenfalls dort bezifferten Abschlussaufwendungen sind dabei nicht als Verwaltungskosten zu bewerten. Dafür sprechen insbesondere zwei Argumente: Erstens spiegeln die Abschlusskosten ausschließlich die Vertriebsanstrengungen der PKV wider. Im Interesse

Im Jahr 2005 summierten sich die Verwaltungsaufwendungen in der privaten Krankenversicherung auf einen Betrag von 781,7 Mio. Euro. Dies entspricht einem Anteil von 4,67 Prozent an den Versicherungsleistungen der PKV. Je (vollversicherter) Person sind damit Verwaltungskosten in Höhe von 93,36 Euro entstanden. Damit schneidet die PKV im Kennzahlenvergleich mit der GKV prinzipiell sehr gut ab. Allerdings ist auch in der PKV die Aussagekraft dieser Kennzahlen begrenzt. Warum?

- Die Summe der Verwaltungskosten wird von diesen Kennzahlen nicht korrekt wiedergegeben. Denn im

in Mio. Euro	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Nettoverwaltungskosten	6.140	6.550	6.450	6.820	7.170	7.300	7.640	8.020	8.210	8.110	8.160
Verwaltungsaufwendungen	617,7	628,3	636,4	653,5	682,9	712,4	734,8	750,8	758,8	758,6	781,7

Alleine nicht aussagekräftig: Nettoverwaltungskosten in der GKV und Verwaltungsaufwendungen in der PKV

der Versicherten einer PKV stellen sie damit eine Investition in die Zukunft dar. Während nämlich die Zugehörigkeit zur GKV in der Regel verpflichtend ist – also Abschlusskosten erst gar nicht entstehen dürfen –, müssen PKV-Unternehmen ein Vertriebssystem unterhalten, um eine ausreichend große und damit funktionierende Versichertengemeinschaft zu erhalten. Zweitens unterliegen alle PKV-Unternehmen beim Neugeschäft einem intensiven Angebots- und Produktwettbewerb. Ein Wettbewerb, der auf der einen Seite mit Abschlusskosten bestritten wird, auf der anderen Seite aber auch Produktvielfalt und Effizienz generiert. Eine zur GKV analoge Einheitsversicherung mit beinahe identischen Leistungen und Preisen wird so vermieden. Abschlusskosten sind damit die Begleitscheinungen eines Marktes. Sie stellen den zu entrichtenden Preis des Wettbewerbs dar.

System der PKV zählen neben den im GuV-Posten als Verwaltungskosten ausgewiesenen Kosten auch die in den Versicherungsleistungen enthaltenen Schadenregulierungskosten zu den Verwaltungskosten der PKV.

- Leistungen im System der PKV werden bei Beamten sowohl von Versicherungsunternehmen als auch von Beihilfestellen ausgezahlt. Nur beide Leistungsträger zusammen garantieren einen zur GKV äquivalenten Versicherungsschutz. Damit die Kennzahl der Verwaltungskosten in der PKV als Anteil an den Versicherungsleistungen nicht verzerrt wird, müssten die Leistungen der Beihilfe zu den Leistungen der Unternehmen addiert werden.
- Analog zur GKV enthalten auch die Kennzahlen der PKV keinerlei Verwaltungskosten, die nicht direkt bei

den privaten Versicherungsunternehmen entstehen. Diese unterscheiden sich systembedingt häufig von denen in der GKV. Beispielhaft sind die Schadenregulierungskosten in den Beihilfestellen oder die bei Ärzten und Patienten entstehenden Verwaltungskosten einer direkten Abrechnung zwischen Leistungserbringer und Versicherten (Kostenerstattung) zu nennen.

Fazit

Berücksichtigt man all diese Faktoren, so müssten in einem methodisch sauberen Verwaltungskostenvergleich in Form einer Kennzahlenanalyse ausschließlich die institutionellen Verwaltungskosten der Krankenversicherungssysteme und die bei den Arbeitgebern entstehenden Verwaltungskosten einbezogen werden, die von ihrer Art her in beiden Systemen existieren. Es würden damit ausschließlich diejenigen Kosten berücksichtigt, die beim Arbeitgeber wettbewerbsrelevante Kosten verursachen oder im System der GKV beziehungsweise PKV beitragsrelevant sind, also von den Beitragszahlern als einkommensabhängige Beiträge beziehungsweise als risikoäquivalente Prämien getragen werden müssen.

Ein derartiger unverzerrter Vergleich ist nahezu unmöglich zu quantifizieren. Alle Ergebnisse derartiger Vergleichsberechnungen wären angreifbar und nicht belastbar. Schon relativ kleine Abweichungen von getroffenen Annahmen würden stets zu völlig anderen Resultaten führen. Das Fazit ist damit wenig konkret, stellt aber dennoch einen Beitrag zur Versachlichung der häufig emotional geführten Diskussion dar. Weil strukturelle und systembedingte Unterschiede zwischen GKV und PKV bestehen, ist das Gegenüberstellen von herkömmlichen Kennzahlen wenig hilfreich. Es fehlt an Sachgerechtigkeit. se

Privatversicherte erhalten häufiger den teuren Betablocker Carvedilol

Das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) untersucht derzeit die Arzneimittelversorgung von privat im Vergleich zu gesetzlich Versicherten. Im Folgenden wird die Struktur der Arzneverordnungen auf dem Markt für Betablocker erörtert:

Betablocker sind Medikamente zur Behandlung von hohem Blutdruck, koronarer Herzkrankheit und Herzrhythmusstörungen. Sie beeinflussen das sympathische Nervensystem, das jene Körperfunktionen reguliert, die nicht dem steuerbaren Willen des Menschen unterliegen. Betablocker blockieren Rezeptoren und vermindern damit deren Funktion. Eine Anbindung an die so genannten Beta-1-Rezeptoren lässt das Herz langsamer schlagen und verringert seine Schlagkraft. Bei einer Blockierung der so genannten Beta-2-Rezeptoren bleiben die Bronchien enger gestellt. Zudem bremsen Betablocker die Produktion des blutgefäßverengenden Hormons Renin in den Nieren. Damit wird der Blutdruck gesenkt.

Verschiedene Arten von Betablockern

Betablocker, die weitgehend nur die Beta-1-Rezeptoren beeinflussen, werden als selektive Betablocker bezeichnet. Der umsatzstärkste Wirkstoff dieser Gruppe ist Metoprolol. Mit einem Umsatz von 321 Mio. Euro bei der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehört Metoprolol zu den wichtigsten Wirkstoffen auf dem gesamten Pharmamarkt. Das Original stammt von AstraZeneca und wird unter dem Namen Beloc vertrieben. Es wurde 1975 eingeführt. Weitere selektive Betablocker sind zum Beispiel Bisoprolol, Atenolol und Betaxolol.

Nichtselektive Betablocker besetzen neben den Beta-1- auch die Beta-2-Rezeptoren. Dabei ist Propranolol der wichtigste Wirkstoff. Ein neuerer Betablocker ist der Wirkstoff Carvedilol. Er wird ebenfalls den nichtselektiven Betablockern zugeordnet. Carvedilol blockiert neben den beiden Beta- zusätzlich die so genannten

Alpha-1-Rezeptoren. Das erweitert die Blutgefäße, wodurch der Blutdruck sinkt. Carvedilol wird im Original von Altana unter dem Namen Querto sowie von Roche unter dem Namen Dilatrend vertrieben.

Tagestherapiekosten der Betablocker

Wie die nachfolgende Tabelle zeigt, kostet eine Tagesdosis von selektiven Betablockern im Schnitt 0,41 Euro. Damit sind diese vergleichsweise preisgünstig. Nichtselektive Betablocker, ausgenommen Carvedilol, liegen leicht darüber, während Carvedilol selbst mit Tagestherapiekosten von 0,94 Euro deutlich teurer ist.

Betablocker	durchschnittliche Tagestherapiekosten
Selektive Betablocker (Metoprolol, Bisoprolol, Atenolol etc.)	0,41 €
Nichtselektive Betablocker (Propranolol etc., aber ohne Carvedilol)	0,49 €
Carvedilol	0,94 €

Tagestherapiekosten von Betablockern

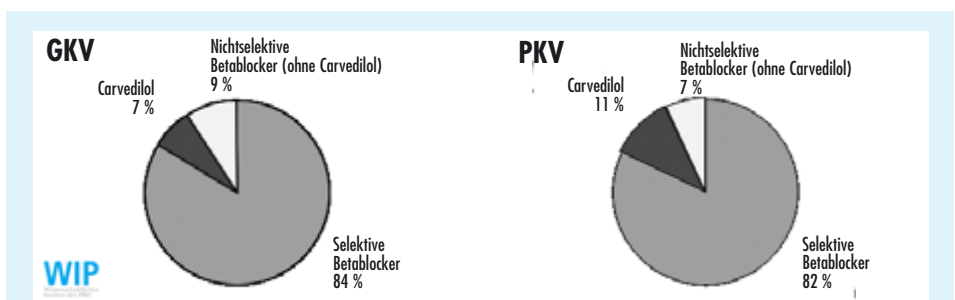
Unterschiede bei der Verordnung

Die Auswertung von Arzneimitteldaten von vier PKV-Unternehmen sowie von Daten des Arzneimittelreports der GKV durch das WIP ergab, dass sowohl in der GKV als auch in der PKV die Mehrzahl aller Verordnungen auf selektive Betablocker entfällt. Ein Unterschied ist bei Carvedilol auszumachen, wie die Abbildung unten zeigt. Dieser Wirkstoff besitzt bei der

PKV mit einem Verordnungsanteil an allen Betablockern von elf Prozent einen um über die Hälfte höheren Anteil als in der GKV, wo er bei sieben Prozent liegt.

Privatversicherte erhalten demnach in größerem Umfang den neueren Wirkstoff. In Verbindung mit dem höheren Preis führt dies dazu, dass mehr als 20 Prozent des Umsatzes von Betablockern bei der PKV auf Carvedilol entfällt, während es bei der GKV lediglich zwölf Prozent sind. Da nur die Anteile an der Verschreibung von Betablockern betrachtet werden, können die Differenzen nur bedingt mit unterschiedlichen Krankheitsbildern begründet

werden. Die Unterschiede sind eher im Verordnungsverhalten der Ärzte zu suchen. Die Mediziner sind bei Kassenpatienten Restriktionen, zum Beispiel einer Budgetierung, unterworfen. Eine Begründung für den höheren Anteil von Carvedilol in der PKV könnte deshalb sein, dass in der GKV Medikamente mit hohen Therapiekosten beim Vorhandensein von preiswerten Alternativen seltener verschrieben werden. *wi*



Verordnungsanteile einzelner Betablocker am Gesamtmarkt

Zahlenbericht 05/06: Vollversicherungs-Neugeschäft bleibt im Keller

Drei Jahre nach der drastischen Anhebung der Versicherungspflichtgrenze verharrt die Zahl der neu abgeschlossenen privaten Krankheitsvollversicherungen auf niedrigem Niveau. Dies geht aus dem aktuellen PKV-Zahlenbericht hervor.

Der PKV-Zahlenbericht enthält das endgültige Geschäftsergebnis 2005 der 48 Mitgliedsunternehmen des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. Für das Jahr 2006 werden erste Daten veröffentlicht sowie Prognosen für die zweite Jahreshälfte erstellt. Daraus lässt sich ablesen, wie stark sich die außerordentliche Anhebung der Versicherungspflichtgrenze 2003 inzwischen auf den Neuzugang in die private Krankheitsvollversicherung auswirkt. So war der Netto-neuzugang im Jahr 2005 um 46,8 Prozent niedriger als 2002. Die Zahl der Vollversicherten stieg damit im vergangenen Jahr um 113.600 auf 8,373 Mio. Personen an. Im ersten Halbjahr 2006 lag der Netto-neuzugang mit 46.900 Personen nur leicht über dem Vorjahresniveau von 39.200 Personen. Der Bestand erhöhte sich damit auf 8,42 Mio. Personen.

Über 86 Prozent der Privatvollversicherten legen Wert auf eine besondere Versorgung im Krankenhaus: Ende 2005 hatten 7,206 Mio. Vollversicherte einen Versicherungsschutz mit Wahlleistungen im Krankenhaus. Eine Krankentagegeldversicherung hatten hingegen nur 2,012

Mio. Personen abgeschlossen. In der privaten Pflegeversicherung waren zum Jahresende 9,164 Mio. Personen versichert.

Private Zusatzversicherung

Die Zahl der Zusatzversicherten hat sich in den letzten Jahren sukzessive erhöht. Dies dürfte in erster Linie der Tatsache zuzuschreiben sein, dass die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung zunehmend Leistungskürzungen erfahren und befürchten müssen. Darüber hinaus hat sich der Abschluss einer Zusatzversicherung für viele Menschen vereinfacht, seit es Kooperationen zwischen gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen gibt.

Ende 2005 gab es 17,088 Mio. Zusatzversicherungen, das waren 1,19 Mio. mehr als im Vorjahr. Im 1. Halbjahr 2006 erhöhte sich die Anzahl nochmals um 771.200 auf 17,86 Mio. Zusatzversicherungen. Drei Zusatzversicherungsarten werden in der Regel nur von gesetzlich Versicherten abgeschlossen: ambulante Tarife, Tarife für Wahlleistungen im Krankenhaus sowie Zahntarife. Bis Ende 2005 hatten 11,693 Mio. Personen mindestens einen solchen Tarif zur Ergänzung ihres GKV-Schutzes abgeschlossen. Von besonderer Attraktivität sind Zahn-

Der Netto-neuzugang lag bei 943.600 Personen, so dass am 30. Juni 2006 8,738 Mio. Personen eine solche Zusatzversicherung hatten.

In den ambulanten Zusatztarifen verzeichnete die PKV Ende 2005 5,038 Mio. Versicherte und im ersten Halbjahr 2006 einen Zugang von 217.000 Personen auf 5,255 Mio. Versicherte. Die Zahl der Zusatzversicherungen für Wahlleistungen im Krankenhaus stieg von 5,04 Mio. Ende 2005 in den ersten sechs Monaten dieses Jahres um 59.000 auf 5,099 Mio. Versicherte.

Erläuterungen zur Zählung der Zusatzversicherten

- Wie viele zusatzversicherte Personen es insgesamt gibt, lässt sich nicht ganz genau feststellen. Die Unternehmen melden jeweils die bei ihnen zusatzversicherten Personen. Ist jemand bei verschiedenen Unternehmen zusatzversichert, wird er auch von jedem dieser Unternehmen gemeldet. Dadurch kommt es zu Doppelzählungen, die nicht verhindert werden können.
- Schließt ein Versicherter erstmals bei einem Unternehmen einen Zusatztarif ab, so wird er in der Tarifart gezählt und in der Zahl der gesamten Neuzugänge. Schließt er später (nach Jahresende) weitere Tarife (zusätzlich) ab, so wird er nur noch in den Tarifarten, nicht mehr jedoch als genereller Neuzugang gezählt. Aus diesem Grund ist es möglich, dass der Neuzugang in die einzelnen Tarife höher liegt als der Neuzugang insgesamt.



besonderer Attraktivität sind Zahn-zusatzversicherungen, wie der Bestand von 7,794 Mio. Versicherten Ende 2005 zeigt. Auch in den ersten sechs Monaten des laufenden Jahres herrschte eine sehr große Nachfrage nach Zahntarifen:

Erstmals wurden im Jahr 2005 die Daten für Zusatzversicherungen zum GKV-Schutz getrennt nach Frauen, Männern und Kindern erfasst. Hierbei zeigte sich, dass Frauen erkennbar häufiger Zusatzversicherungen abschließen. Von den 11,693 Mio. Zusatzversicherten in diesem Bereich waren 5,237 Mio. Frauen und 3,957 Mio. Männer.

Beitragseinnahmen

Die Beitragseinnahmen in der privaten Kranken- und Pflegeversicherung stiegen 2005 um 934,7 Mio. auf 27,348 Mrd. Euro. Auf die Krankenversicherung entfielen hier 25,48 Mrd. Euro (plus 938,6 Mio.) An den Beitragseinnahmen lässt sich die Bedeutung der Krankheitsvollversicherung erkennen: Mit 19,665 Mrd. Euro hatte sie 2005 einen Anteil von 71,9 Prozent an den gesamten Beitragseinnahmen (siehe Grafik unten rechts). Dies zeigt deutlich, dass selbst die stark wachsende Zusatzversicherung einen nachhaltigen Einbruch oder gar die Auflösung des Krankheitsvollversicherungsgeschäfts nicht kompensieren könnte.

In der Pflegeversicherung sanken die Beitragseinnahmen um 3,9 Mio. auf 1,868 Mrd. Euro. Ursache hierfür ist der Einsatz von Mitteln aus den Rückstellungen für Beitragsrückerstattung, wodurch bei vielen Versicherten Beitragssenkungen vorgenommen werden konnten.

Im ersten Halbjahr 2006 betragen die Beitragseinnahmen knapp 14,3 Mrd. Euro, davon etwa 13,3 Mrd. in der Krankenversicherung und 940 Mio. Euro in der Pflegeversicherung. Bis zum Jahresende 2006 ist mit Beitragseinnahmen in Höhe von 28,5 Mrd. Euro – 26,6 Mrd. für die Krankenversicherung und 1,9 Mrd. Euro für die Pflegeversicherung – zu rechnen.

Versicherungsleistungen

Die Versicherungsleistungen stiegen 2005 insgesamt um 746,8 Mio. auf 17,3 Mrd. Euro: in der Krankenversicherung um 725,5 Mio. auf 16,75 Mrd. Euro, in der Pflegeversicherung um 21,3 Mio. auf 549,8 Mio. Euro. Bis zur Jahresmitte 2006 erreichten die Versicherungsleistungen knapp 9,1 Mrd. Euro: 8,8 Mrd. in der Krankenversicherung und 270 Mio. Euro in der Pflegeversicherung. Für das gesamte Jahr dürften Versicherungsleistungen

in Höhe von knapp 18,2 Mrd. Euro zu erwarten sein.

Die Krankenversicherungsleistungen je Versicherten stiegen 2005 um 3,5 Prozent. Im Einzelnen stellte sich die Kostenentwicklung je Versicherten wie folgt dar:

ambulante Leistungen	+ 4,3 Prozent
davon	
Arztbehandlung	+ 3,8 Prozent
Heilpraktikerbehandlung	+ 9,4 Prozent
Arzneien und	
Verbandmittel	+ 4,1 Prozent
Heilmittel	+ 4,0 Prozent
Hilfsmittel	+ 5,8 Prozent
stationäre Leistungen	+ 2,2 Prozent
davon	
allg. Krankenhausleistungen	+ 5,4 Prozent
Wahlleistung Chefarzt	- 1,5 Prozent
Wahlleistung Unterkunft	- 4,9 Prozent
Ersatz-Krankenhaustagegeld	- 9,0 Prozent
Zahnleistungen	+ 3,5 Prozent
davon	
Zahnbehandlung	+ 3,2 Prozent
Zahnersatz	+ 3,5 Prozent
Kieferorthopädie	+ 7,8 Prozent

Die Kostenentwicklung war 2005 in allen ambulanten Leistungsbereichen überdurchschnittlich. Absolut gesehen fallen hier besonders die Leistungssteigerungen für die ambulante Arztbehandlung sowie für Arzneien und Verbandmittel ins Gewicht, da diese Bereiche mit 56,4 beziehungsweise 24,4 Prozent den größten Anteil an den ambulanten Leistungen insgesamt ausmachen. Die Entwicklung im stationären Bereich war überwiegend positiv. Zwar stiegen die allgemeinen Krankenhausleistungen deutlich, jedoch

sanken die Leistungen in allen übrigen stationären Bereichen. Bei der Wahlleistung Unterkunft ist die Kostenreduzierung weiterhin auf das Urteil des Bundesgerichtshofs vom August 2000 und die darauf gründenden Wahlleistungsvereinbarungen des PKV-Verbandes zurückzuführen.

Gesamtaufwendungen und Zukunftsvorsorge in der PKV

Die Position Gesamtaufwendungen ist die Gesamtsumme, die ein Versicherungsunternehmen aufwenden muss, um seinen Verpflichtungen gegenüber den Versicherten nachkommen zu können. Im Jahr 2005 lag dieser Betrag bei 30,455 Mrd. Euro.

Mit der Bildung von Alterungsrückstellungen betreibt die PKV Vorsorge für die Zukunft, denn sie garantiert auf diese Weise, dass die Beiträge ihrer Versicherten nicht aufgrund des Älterwerdens steigen. Jeder Versicherte finanziert so seine Beiträge im Alter selbst und belastet damit nicht die jüngeren Generationen.

Die Summe der Zuführungen zu den Alterungsrückstellungen betrug im Jahr 2005 9,559 Mrd. Euro. Insgesamt verfügte die PKV damit zum 31. Dezember 2005 über Alterungsrückstellungen in Höhe von 103,371 Mrd. Euro (88,203 Mrd. Euro für die Krankenversicherung und 15,168 Mrd. Euro für die Pflegeversicherung). *hc*

Beitragseinnahmen nach Versicherungsarten 2005



„Gemeinsam gegen Aids: Wir übernehmen Verantwortung – für uns selbst und andere.“

Gastbeitrag von Dr. Elisabeth Pott

Der PKV-Verband beteiligt sich 2006 zum zweiten Mal an der Gemeinschaftsaktion der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Deutschen AIDS-Hilfe und der Deutschen AIDS-Stiftung zum Welt-Aids-Tag.

In dieser Besetzung trifft man sie selten an: Rapper Samy Deluxe, Comedian Thomas Hermanns, Schauspieler Benno Fürmann und Moderatorin und Designerin Verona Pooth standen zum ersten Mal zusammen vor der Kamera. Als prominente Botschafter der Welt-Aids-Tags-Kampagne 2006 trafen sie sich in Berlin zum Fotoshooting für das Kampagnenmotiv. Die dritte gemeinsame Aktion der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Deutschen AIDS-Hilfe und der Deutschen AIDS-Stiftung zum Welt-Aids-Tag am 1. Dezember 2006 steht wie 2005 unter dem Motto „Gemeinsam gegen Aids: Wir übernehmen Verantwortung – für uns selbst und andere“.

Im Rahmen der langfristigen Unterstützung der Aidsprävention der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sind vor und zum 1. Dezember 25.000 aufmerksamkeitsstarke Plakate mit dem Aktionsmotiv in ganz Deutschland auf Citylight- und Großplakatflächen zu sehen. Der Fachverband Außenwerbung e.V. stellt die Flächen kostenlos zur Verfügung, die PKV trägt die Plakatkosten.

Die PKV übernimmt Verantwortung

Die Kräfte bündeln und zusammen ankämpfen gegen HIV und Aids: Das ist seit vielen Jahren das erklärte Ziel staatlicher und nichtstaatlicher Akteure in Deutschland – sowohl auf nationaler als

auch internationaler Ebene. Neue Herausforderungen brauchen neue Partner. Angesichts der auch in Deutschland gestiegenen HIV-Zahlen hat sich die PKV genau zur richtigen Zeit als neuer Partner für die HIV-Prävention engagiert. 2005 fasste der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. den Beschluss, in einer langfristig angelegten Kooperation mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung deren nationale Aids-Präventionskampagne mit erheblichen finanziellen Mitteln zu unterstützen. Damit will die PKV dazu beitragen, die weitere Ausbreitung von HIV in der Bevölkerung so weit wie möglich einzudämmen.

Die Mittel der PKV, jährlich 3,5 Mio. Euro, ergänzen die Finanzmittel der Bundesregierung wesentlich und ermöglichen die Entwicklung und Implementierung wichtiger zusätzlicher Maßnahmen. Im Vordergrund stehen neben der Massenkommunikation auch Maßnahmen zur persönlichen Ansprache der Zielgruppen. Aus den Studien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist bekannt, dass Menschen, die mit möglichst vielen, unterschiedlichen Aufklärungsangeboten erreicht werden, sich eher und besser schützen. Alle Maßnahmen werden intensiv qualitätsgesichert und getestet, um ihre Verständlichkeit, Akzeptanz und damit ihr Kommunikations-Potential zu sichern. Diese langfristig angelegte Kooperation ist ein bedeutsames Beispiel für eine produktive Public Private Partnership: Unterschiedliche Partner, die das



Thomas Hermanns, Verona Pooth, Benno Fürmann und Samy Deluxe (von links nach rechts) nehmen ihre Verantwortung als "öffentliche Personen", als Vorbilder und Meinungsmacher wahr: Seit Herbst dieses Jahres ist das Kampagnenfoto mit den vier prominenten Botschaftern bundesweit auf Plakaten, in Anzeigen, auf Gratispostkarten und Internet-Bannern zu sehen, die von der PKV mitfinanziert werden.

gleiche wichtige Gesundheitsziel verfolgen – nämlich die Zahl neuer HIV-Infektionen auch in Zukunft so niedrig wie nur möglich zu halten – gehen zum Nutzen der Sache eine Partnerschaft ein. Durch diese umfangreiche Kooperation erhält die Aids-Prävention in Deutschland wieder mehr Gewicht und größere Breitenwirkung.

Erfolg ist nur gemeinsam möglich

Die deutsche Aktion zum Welt-Aids-Tag 2006 unterstützt die Aktivitäten der Vereinten Nationen. Diese haben 1988 den ersten Welt-Aids-Tag ausgerufen und seitdem jährlich unter ein spezielles Motto gestellt. In diesem Jahr lautet es „Stop AIDS. Keep the Promise!“ Damit sollen weltweit Politiker an ihr Versprechen erinnert werden, das sie auf der Sondersitzung der Vereinten Nationen im Juni 2001 gegeben haben: sich national wie international stärker im Kampf gegen die weltweite HIV-/Aids-Epidemie zu engagieren. Der deutsche Slogan appelliert nicht nur an Politiker, sondern zusätzlich an jeden Einzelnen, Verantwortung für sich selbst und andere zu übernehmen. Jeder kann etwas tun, aber nur zusammen sind wir erfolgreich im Kampf gegen HIV und Aids sowie für das Leben und die Gesundheit der Menschen, die davon besonders betroffen und bedroht sind.

Prävention bedeutsam für Akzeptanz

Deutschland gibt im Kampf gegen HIV/Aids und andere sexuell übertragbare Krankheiten ein gutes Beispiel: Schon seit Mitte der 80er Jahre besteht bei uns eine erfolgreiche Arbeitsteilung zwischen der staatlichen Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die sich mit ihren Maßnahmen in der Präventionskampagne „Gib Aids keine Chance“ an die Allgemeinbevölkerung richtet, und der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH), die ihre Präventionsangebote für besonders bedrohte und betroffene Gruppen entwickelt. Schon früh hat man bei uns erkannt: Selbsthilfeorganisationen sind unver-



Mit diesem an die TV-Serie „Verliebt in Berlin“ angelehnten Riesenplakat informierte die PKV vier Wochen lang über ihr Engagement in der HIV-Aufklärung. Auf der Stirnseite des in direkter Nähe der Regierungsgebäude gelegenen Hauses hieß es: „Aufwachen! Aids hat kein Happy End. Die privaten Krankenversicherungen unterstützen die Aids-Prävention jährlich mit 3,5 Millionen Euro.“

zichtbar, weil sie den besten Zugang zu ihren Zielgruppen haben. Informations- und Aufklärungskampagnen für die gesamte Bevölkerung sind nicht zuletzt die Voraussetzung für die breite gesellschaftliche Akzeptanz der Präventionsbotschaften und dafür, dass die Prävention in einem Klima der Solidarität und ohne Diskriminierung wirksam werden kann.

Ergänzt werden die Aktivitäten von BZgA und DAH durch die Deutsche AIDS-Stiftung, die sich vor allem mit der sozialen Dimension von HIV/Aids befasst, indem sie etwa Einzelfallhilfen für Betroffene in Not leistet sowie Projekte für Menschen mit HIV und Aids in Deutschland und anderen Ländern unterstützt. Viele Infizierte oder Kranke können sich zum Beispiel keine krankengerechte Ausstattung ihrer Wohnung leisten, sie brauchen Zuschüsse für gesunde Ernährung oder eine dringend benötigte Erholungsreise.

Selbsthilfe kann oft früher und schneller auf neue Entwicklungen reagieren als professionelle Einrichtungen. Dennoch

kann auf die Arbeit von professionellen Mitarbeitern nicht verzichtet werden, denn es wird immer Menschen geben, die sich nicht selbst helfen können. Unterstützt und ergänzt werden Selbsthilfe und Fremdhilfe durch vielfältiges Engagement der Zivilgesellschaft, insbesondere im ehrenamtlichen Bereich – in allen Altersgruppen, quer durch alle Schichten. Dieses freiwillige Engagement ist heute wichtiger denn je: Es macht Solidarität erfahrbar, trägt Ziele und Ideen in die Gesellschaft (zum Beispiel die Anerkennung verschiedener Lebensweisen als gleichberechtigt), trägt zur Aufklärung und Information bei und ermöglicht ein umfangreiches und vielfältiges Unterstützungsangebot – von Sportgruppen bis zur persönlichen Begleitung von Menschen mit HIV und Aids.



Dr. Elisabeth Pott

Dr. Elisabeth Pott ist Direktorin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Adieu, wohnortnahe Versorgung!

Im Bereich der gesetzlichen Kassen werden heute anerkanntermaßen 30 Prozent der ärztlichen Leistungen nicht honoriert. So soll ein Hausarzt gemäß der neuen Gebührenordnung EBM 2000 plus bei einem Patienten, der in laufender Behandlung steht, für einen Hausbesuch 21,50 Euro erhalten. Durchschnittlich bekommt der Arzt jedoch nur 16,50 Euro für diese Leistung vergütet und am Ende des Quartals werden Leistungen ganz umsonst erbracht. Arztpraxen sind deshalb heute existenziell auf die Einnahmen durch privat versicherte Patienten angewiesen. Für einen vergleichbaren Hausbesuch beim Privatpatienten erhält der Arzt 60 Euro. Das private Versicherungssystem in Deutschland subventioniert mithin die Vertragsarztpraxis.

PKV und freie Arztpraxis sitzen bei der derzeitigen Gesundheitsreform in einem Boot. Der Gesetzgeber favorisiert für die Versorgung so genannte „Medizinische Versorgungszentren“: 30 Prozent der Vertragsarztsitze sollen an diese Zentren verlagert werden. Der Staatsapparat behauptet zudem, 30 Prozent der erbrachten ambulanten Leistungen seien unnötig. Bei dieser Rechnung werden zwei von drei Praxen innerhalb der nächsten Jahre verschwinden.

Im letzten Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit vom August 2006 war die Entwertung der ärztlichen Gebührenordnung für Privatpatienten auf das Niveau der gesetzlichen Gebührenordnung vorgesehen. Für die ambulante Medizin wären Einnahmerückgänge um 25 Prozent die Folge gewesen. Durch die Ärzteproteste wurde der Reformentwurf geändert.

Das Vorhaben des Gesetzgebers, der PKV die Geschäftsgrundlage zu nehmen und das Verschwinden der Arztpraxen vorzubereiten,

wurde aber nur scheinbar aufgegeben. Der Staat bleibt seinen Vorhaben treu und ändert nur die Verpackung. Das trojanische Pferd heißt Basistarif. Eigentlich für Nichtversicherte gedacht, wird jeder Privatversicherte in diesen Tarif wechseln können. Nach Schätzungen werden kurzfristig 50 Prozent der Privatpatienten zum Kassentarif behandelt werden müssen. Schlechte Aussichten – sowohl für Ärzte als auch für die PKV!

Die Folge der Gesundheitsreform wird die Unterfinanzierung der ambulanten Versorgung in Praxen, in Medizinischen Versorgungszentren und Krankenhäusern sein. Unterfinanzierung eines Wirtschaftszweiges führt aber immer dazu, dass die Unternehmen in diesem Bereich von Investoren übernommen werden, die dann entweder Profite aus der Verwertung machen oder durch marktbeherrschende Stellung die Preise bestimmen.

Der Staat wird die Kontrolle über die Sozialverträglichkeit verlieren. Die ärztliche Versorgung der Menschen wird sich erheblich verschlechtern, die Zugangswege der Menschen zur ärztlichen Behandlung werden sich deutlich verlängern und die Kosten drastisch steigen. Ärztin oder Arzt des Vertrauens sind dann ein Auslaufmodell. Nur der „Wachstumsmarkt Gesundheit“ wird davon profitieren.



Martin Grauduszus

Martin Grauduszus arbeitet als Hausarzt in Erkrath bei Düsseldorf und ist Präsident der Freien Ärzteschaft e.V., die sich als Motor der Protestbewegung der niedergelassenen Ärzte versteht.

Impressum

Herausgeber:

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.
Postfach 51 10 40, 50946 Köln
Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln
Telefon: (0221) 376 62-0
Telefax: (0221) 376 62-10
Internet: <http://www.pkv.de>
E-Mail: presse@pkv.de

Verantwortlich: Dr. Volker Leienbach

Redaktion: Stephan Caspary
Produktion: Karin Held

Autoren dieser Ausgabe:

Timm Genett, Martin Grauduszus, Sabine Heche,
Dr. Elisabeth Pott, Dr. Frank Schulze Ehring, Dr. Frank Wild

Karikaturen: Dirk Meissner, Köln

Verlag:

Versicherungswirtschaft GmbH
Klosestr. 20-24, 76137 Karlsruhe
Telefon (0721) 3 50 90

Herstellung: LUTHE Druck und Medienservice KG, Köln

Erscheinungsweise: Neunmal jährlich

Abonnementpreis: Jährlich € 9,00 inkl. Versand
und Mehrwertsteuer
ISSN 0176-3261

Nachdruck der Texte honorarfrei.

Belegexemplar erbeten.

Die nächste Ausgabe erscheint am 01.02.2007.