

IGZ

18. Jahrgang
VKZ 17248

DIE ALTERNATIVE

3
2012



Die Zukunft von GKV und PKV

Editorial:

Das duale System auf dem Prüfstand 3

Prof. Dr. Christiane Woopen:

Der Arzt als Heiler und Manager 4

Dr./RO Eric Banthien:

Ideologie und Realität in der Systemdiskussion ... 8

Dr. Wolfgang Eßer: PKV und GKV zwischen

Konvergenz und Konkurrenz 12

Jost Rieckesmann:

Quo vadis, PKV?. 15

Dr. Wilfried Beckmann:

Die Medizin hat Vorrang vor dem Kommerz..... 16

Jens Spahn:

Zur Zukunft von GKV und PKV 18

Dr. Heiner Garg: Die Bürgerversicherung -

Kuschelheterik oder Sozialreform..... 20

Birgitt Bender:

Bürgerversicherung und Zahnmedizin 22

Steffen-Claudio Lemme: Mit der Bürgerver-

sicherung die Zukunft solidarisch gestalten 24

Roland Weber:

Die PKV in der Niedrigzinsphase 25

Dr. Reiner Will: Die Konsequenzen der

Absenkung des Rechnungszinses in der PKV 26

Uwe Laue:

Der Lösungsansatz der „reformierten Dualität“ .. 28

Dr. Volker Leienbach: Die PKV - eine starke

Säule für das deutsche Gesundheitswesen 30

Cercon ht – Vollanatomische Sicherheit neu definiert.

Okklusale Mindestwandstärke 0,5 mm,
inklusive 0,1 mm Einschleif-Reserve



Substanzschonende
zirkuläre Präparation
0,4 mm

Randbereich
Mindestwandstärke
0,2 mm

Anwendersicherheit

Klinische Sicherheit

Zukunftssicherheit

cercon®

Cercon ht ist die neue Zirkonoxid-Generation mit herausragender Transluzenz für hochästhetische Restaurationen.

Cercon ht ist nachweislich sicher für den Antagonisten – selbst wenn eingeschliffen wird¹ – und ermöglicht substanzschonende, vollanatomische Kronen und Brücken auch im Seitenzahnbereich.

Cercon ht – das gute Gefühl 3facher Cercon-Sicherheit.

¹ Quelle: Universität Regensburg, 2011

www.degudent.de

DeguDent
A Dentsply Company

Benn Roolf

Das duale System auf dem Prüfstand

Liebe Leserinnen und Leser,

ein Jahr vor der Bundestagswahl ist die Diskussion um die künftige Gestaltung unserer Krankenversicherungsordnung in vollem Gange. Diesmal stehen nicht Beitragssteigerungen oder Kostendämpfungsprogramme der GKV im Mittelpunkt der Debatten, sondern die nach und nach immer stärker zutage tretenden Probleme der privaten Krankenversicherer. Lange galten die PKVen als der Goldstandard der gesundheitlichen Absicherung. Nur die PKV löste das luxuriöse Versprechen bestmöglicher medizinischer Versorgung ohne Rücksicht auf die Art und Kosten der Behandlung weitestgehend ein. Dieser Anspruch bröckelte in den letzten Jahren zusehens ab: Beitragssteigerungen, immer höhere Selbstbehalte, Leistungskürzungen, billige Neukunden- und teure „Vergreisungstarife“ - verpackt in einem immer undurchschaubarer werdenden Tarifdschungel - kratzten am Image. Eine überdurchschnittliche Ausgabendynamik, gepaart mit fehlenden, weil dem Anspruch bestmöglicher Versorgung widersprechenden Instrumenten zur Kostendämpfung, führte schließlich zu einer Zuspitzung der finanziellen Lage bei vielen privaten Versicherern. Hinzu kommen nun auch noch Belastungen auf Grund niedriger Zinsen am Kapitalmarkt, die die Kalkulationen der Alterungsrückstellungen gefährden und weitere, teils drastische Beitragssteigerungen auslösen könnten - zwei Beiträge in unserem Schwerpunktthema beleuchten diese Thematik. Damit stünde dann auch noch das Argument der Demografiefestigkeit der PKVen zur Disposition.

Sind nun all diese Probleme der privaten Krankenversicherung Ausfluss eines „Systemfehlers“ der PKV-Idee oder handelt es sich um Fehlsteuerungen in der Geschäftspolitik der Unternehmen, die innerhalb der PKV-Welt korrigiert und behoben werden können? Dazu gibt es naturgemäß unterschiedliche Meinungen und die Autoren dieses Schwerpunktthemas beschäftigen sich intensiv und differenziert mit dieser Frage.

Im Mittelpunkt der gesundheitlichen Versorgung stehen - und das gerät bei der Diskussion um Systemfragen, Ressourcen, Gebührenordnungen und Finanzen schnell aus dem Blick - letztlich immer der Patient und der behandelnde Arzt. Deshalb haben wir dem Schwerpunktthema einen Beitrag der Kölner Medizinerin und Vorsitzenden des Deutschen Ethik-

rates, Christiane Woopen, vorangestellt. Sie beschäftigt sich mit der Frage, wie ärztliches Handeln heute ethisch vertretbar wirksam wird, ohne von ökonomischen und rechtlichen Einflüssen zerrieben zu werden. Ihr Appell richtet sich sowohl an den Arzt, der sich „nicht länger auf die Ausschließlichkeit seiner Aufgabe als Heiler berufen“, sondern sich zunehmend auch als Manager im Interesse seiner Patienten verstehen sollte, als auch an die politischen Entscheider, die Gesundheitsversorgung nicht als „Reduktion ärztlichen Handelns auf einen Herstellungsprozess“ von standardisiert-austauschbaren Gesundheitsprodukten verkürzen dürften.

Die Diskussion um die Zukunft der Krankenversicherungssysteme ist selbstverständlich auch für die Zahnärzteschaft bedeutsam. Das PKV-System bietet - wenn auch inzwischen mit Abstrichen - die Möglichkeit, anstatt eines eingeschränkten Leistungskataloges die gesamte Palette zahnärztlicher Diagnostik und Therapie zur Anwendung zu bringen. Bei den Privatleistungen handelt es sich eben nicht - wie gern von GKV-Vertretern unterstellt - um ästhetische Luxustherapien oder Leistungen mit zweifelhaftem Nutzen, sondern um medizinisch indizierte, unzweifelhaft hochwertigere Versorgung. So muss dem GKV-Versicherten beispielsweise ein durchaus erhaltungsfähiger Zahn gezogen werden, wenn er nicht „wirtschaftlich“ wurzelkanalbehandelt werden kann. Implantate sind eben nicht nur die ästhetisch bessere, sondern in den meisten Fällen auch die medizinisch bessere Alternative. Die PKV finanziert - zumindest bislang - eine bessere Zahnmedizin. Das sollte mitbedacht werden, wenn es um Entscheidungen über die Zukunft des dualen Systems geht.

Die IGZ möchte mit ihrer Zeitschrift den Dialog der Zahnärzteschaft mit Fachleuten und Partnern im Gesundheitswesen befördern. Deshalb freuen wir uns, dass unserer Einladung zur Diskussion des Schwerpunktthemas Vertreter aus der Politik und den Kassen so zahlreich gefolgt sind. Nur im Gespräch und im Austausch der Argumente lässt sich das Verständnis für die unterschiedlichen Positionen vertiefen und die beste Lösung für die Gestaltung unseres Gesundheitswesens finden.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.
Benn Roolf



Benn Roolf
Chefredakteur

Christiane Woopen

Der Arzt als Heiler und Manager

Zur erforderlichen Integration des scheinbar Unvereinbaren



Foto: Deutscher Ethikrat

Prof. Dr. Christiane Woopen,
Vorsitzende des Deutschen
Ethikrates

Qualitätsmanagement, Case-Management, Praxismanagement, Gesundheitsmanagement, Patientenmanagement - Management ist im Medizinbetrieb heute allerorten anzutreffen. Der Arzt selbst jedoch will kein Manager sein und wehrt sich gegen ein ihn einengendes Management, weil es gegen sein ärztliches Selbstverständnis und seine unbedingte Verpflichtung dem einzelnen Patienten gegenüber verstößt. Ein Konflikt, der einer Zerreißprobe gleichzukommen scheint.

Zweifellos ist die Medizin unserer Tage im Gefolge der wissenschaftlichen und technologischen Entwicklung sowie des ökonomischen Drucks in einer Identitätskrise: Das Gewohnte bietet keine Orientierungssicherheit mehr und wird in Frage gestellt, eine neue Vergewisserung anhand allgemein akzeptierter Leitideen aber steht noch aus. Die Medizin ist herausgefordert, auf die Frage nach ihren Funktionsprinzipien, ihrem Wertefundament und ihren Zielen neue, zumindest differenziertere Antworten zu geben. Vor dem Hintergrund knapper Ressourcen sowie angesichts der Überformung der Arzt-Patient-Beziehung durch eine zunehmende Vielfalt rechtlicher Regelungen sowie ständig neuer Organisationsstrukturen liegt es nahe, dazu Anleihen aus einem Praxisbereich zu machen, der sich seit jeher mit Organisationen befasst – dem Management. Dieses wird alsdann zum handlungsleitenden Prinzip, um mit den Herausforderungen des modernen Medizinbetriebs fertig zu werden. Wie ein trojanisches Pferd trägt es zugleich die Ökonomie mitten in den medizinischen Alltag hinein. Wer in diesem Zusammenhang an die hohen Ideale der persönlichen Beziehung zwischen Arzt und Patient als zwei Individuen in einer existenziell bedeutsamen Situation erinnert, wird schnell als Ewiggestriger abgetan.

Die Schärfe der Auseinandersetzungen auf der politischen Bühne ebenso wie im Krankenhaus und in den Praxen rührt nicht zuletzt daher, dass es um nicht weniger als das ethische Fundament des ärztlichen Handelns geht. Aber sind die Rollen des Arztes als Heiler und als Manager tatsächlich unvereinbar? Kann ein Arzt kein Manager sein, ohne seine handlungsleitenden Prinzipien zu verletzen und die vertrauensvolle Beziehung zum Patienten zu untergraben?

I. Das Handeln eines Managers

Der Management-Begriff wird vielseitig verwendet und erhielt seine ökonomische Prägung erst mit der industriellen Revolution im 19. Jahrhundert. Seither steht er vorrangig für die zielgerichtete Führung eines Unternehmens, wobei sich im Laufe der Zeit zu Zielen und Aufgaben des Managements unterschiedlichste Theorien herausgebildet haben.

Aus einer sektorenübergreifenden, systemtheoretischen Perspektive formuliert der Wirtschaftswissenschaftler Fredmund Malik, einer der führenden Management-Theoretiker, die konstitutiven Merkmale eines professionellen Managers. Nach seiner Auffassung betrifft Management alle Segmente der Gesellschaft sowie jeden Einzelnen (im Sinne eines Selbstmanagements). „... fast jeder Beruf hat einen Managementanteil. Das hängt damit zusammen, dass die Ausübung praktisch eines jeden Berufs heute – und in markantem Gegensatz zu früher – innerhalb einer Organisation stattfindet oder von Organisationen abhängt.“¹ Management verfolgt - als Transformation von Wissen in Ergebnisse – nach Malik das Ziel, sich und andere wirksam und erfolgreich zu machen. Es ist global und in seinen grundlegenden Merkmalen kulturübergreifend.

Malik benennt Grundsätze und Aufgaben als Charakteristika des professionellen Managementhandelns. Im Grundsatz handelt ein Manager strikt ergebnisorientiert und im Bewusstsein, einen Beitrag zum Ganzen zu leisten, sich insofern auch für das Ganze verantwortlich zu fühlen. Er pflegt ein positives und konstruktives Denken, entfaltet zielgerichtet eigene Stärken und konzentriert sich auf wenige, aber wesentliche Dinge: Im Kontakt zu Mitarbeitern und Kollegen zählt die charakterliche Integrität mehr als der Führungsstil als Voraussetzung für ein Miteinander im gegenseitigen Vertrauen.

Auf der Basis dieser Grundsätze ergeben sich nach Malik fünf zentrale Aufgaben: Management hat für klare Ziele zu sorgen. Die Verantwortung zur Erreichung eines Ziels sollte individualisiert werden - damit wird ein Ziel zu einem persönlichen Ziel. Die zweite Aufgabe besteht in der Organisation, die ermöglichen

¹ Fredmund Malik: *Führen, Leisten, Leben. Wirksames Management für eine neue Zeit*, 2006. Vgl. auch Mullins, *Management and Organisational Behaviour*, 2002.

Der vorliegende Artikel ist eine gekürzte und überarbeitete Fassung des Beitrages „Der Arzt als Heiler und Manager. Zur erforderlichen Integration des scheinbar Unvereinbaren“.

*In: C. Katzenmeier, K. Bergdolt: Das Bild des Arztes im 21. Jahrhundert. Springer, Heidelberg 2009, 181-194.
http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-540-70532-1_16*

soll, dass dasjenige im Zentrum der Aufmerksamkeit aller stehen kann, was am Ende erreicht werden soll. Drittens müssen Manager Entscheidungen treffen – idealerweise wenige und wesentliche Entscheidungen. Dem Entscheiden geht eine präzise Analyse des Problems voraus. Die Festlegung der Schritte und Zuständigkeiten für die Umsetzung des Entschiedenen gehören ebenso noch zum Entscheidungsprozess hinzu wie ihre Nachverfolgung. Daran anknüpfend zählt die Kontrolle zu den Aufgaben des Managers, die – wird sie richtig im Sinne der Verhaltenssteuerung und nicht der Informationserhebung ausgeführt

wiederholbar, die ausführende Person ist austauschbar und das Ergebnis ist garantierbar sowie widerufbar, beispielsweise, indem das Produkt zerstört oder verändert wird.

Handeln zeichnet sich in diesem Kontext demgegenüber dadurch aus, dass sein Ziel vorrangig in ihm selbst liegt, wie beispielsweise beim Kommunizieren. So entzieht es sich der standardisierbaren Reglementierbarkeit, Lehrbarkeit und Prüfbarkeit. Das handelnde Subjekt ist nicht austauschbar, das Handeln ist an eine konkrete Situation gebunden, nicht wiederholbar, und das Gelingen ist weder garan-

Der Doppelcharakter ärztlichen Handelns als Handeln und Herstellen unterliegt auch zweierlei Bewertungen, derjenigen der Zweckrationalität wie derjenigen der Ethik.

- nicht gegen den Grundsatz des Vertrauens spricht. Die fünfte Aufgabe ist die Entwicklung und Förderung von Menschen anhand der eigenen Vorbildwirkung und der Zuweisung geeigneter, an den individuellen Potentialen orientierter Aufgaben.

II. Das Handeln des Arztes

In welchem Verhältnis stehen diese Grundsätze und Aufgaben eines Managers nun zu den grundlegenden Merkmalen ärztlichen Handelns? Ungeachtet dessen, dass der Arzt sich selbstverständlich selbst führen muss, ist seine Führung auf zwei Ebenen relevant: auf der Arzt-Patient-Ebene sowie auf der Ebene der Organisationseinheit, in der er tätig ist, also z. B. einer Praxis oder eines Krankenhauses (gegenüber eigenen Mitarbeitern oder auch Vorgesetzten). Dies wird im Folgenden unter dem Begriff „ärztliches Management“ zusammengefasst. Darüber hinaus wird der Arzt selbst in unterschiedlichem Maße durch andere Funktionseinheiten, etwa Verwaltung oder Politik, geführt, was hier als „nichtärztliches Management“ bezeichnet werden soll.

1. Der Doppelcharakter ärztlichen Handelns als Handeln und Herstellen

Aristoteles hat herausgearbeitet, dass das Verhältnis eines Tuns zu seinem Ziel spezifische Merkmale aufweisen kann, die ihn zu einer Differenzierung zwischen Handeln (griech. praxis) und Herstellen (griech. poiesis) führen. Herstellen ist dadurch gekennzeichnet, dass das Ziel des Tuns in einem Produkt besteht, das von der Tätigkeit selbst zu unterscheiden ist. Die Eigenschaften des Produkts stehen im Vorhinein modellhaft fest, so dass die Tätigkeit im Rahmen einer technischen Anleitung als schrittweises Vorgehen normierbar sowie standardisierbar ist. Auf diese Weise ist die Tätigkeit lehrbar, und das Produkt sowie die Regelkonformität des Prozesses sind überprüfbar. Der Prozess selbst ist beliebig oft

tierbar noch widerruflich. Liegen die Bewertungsmaßstäbe für ein Tun im Sinne von Herstellen im Wesentlichen in der Zweckrationalität des Einsatzes von Mitteln und der Übereinstimmung des hergestellten Produktes mit dem angestrebten Modell, so erfolgt die Bewertung des Handelns anhand moralischer Maßstäbe.

Ärztliches Handeln weist Züge beider Handlungscharaktere auf: Der Arzt als Handelnder ist – ebenso wie der Patient – in der personalen Beziehung, in der es zudem um existenzielle Belange gehen kann, weitestgehend nicht austauschbar. Zudem stößt die Standardisierbarkeit ärztlichen Handelns auf Grenzen, was sich auch bezüglich der Vielzahl einflussnehmender Faktoren in der Diskussion um die Ausgestaltung und die Verbindlichkeit von Leitlinien niederschlägt. Standards, die sich auf herzustellende Umgebungsbedingungen ärztlichen Handelns beziehen, sind zwar lehrbar, letztlich ist es jedoch die praktische Urteilskraft des Handelnden, hier insbesondere bei der Diagnose- und Indikationsstellung, die für die Einzelhandlung am Patienten unerlässlich und nur begrenzt standardisierbar ist. Bestimmte ärztliche Tätigkeiten, insbesondere technischer Art, lassen sich zwar überprüfen, vergleichen, lehren und messen, jedoch sind zentrale Aspekte wie Aufklärung und Beratung sowie die Berücksichtigung individueller und situativer Faktoren in ihrer Komplexität solchen Methoden nur begrenzt zugänglich. Schließlich kann der Arzt das Ziel seines Handelns im Sinne der Heilung, Linderung oder Vorbeugung nicht garantieren – er kann eine Garantie nur dafür geben, ein vereinbartes Ziel zu verfolgen.

Mit dem – je nach konkreter Tätigkeit unterschiedlich gewichteten – Doppelcharakter ärztlichen Handelns unterliegt dieses auch beiden Arten von Bewertung: derjenigen der Zweckrationalität wie derjenigen der Ethik. In ärztlichen Gelöbnissen und Verhaltenskodices wurde das seit jeher berücksichtigt. Zum einen

wurden stets Anforderungen an die ärztliche Grundhaltung gestellt, aus der der Arzt handeln und die das gesamte Leben des Arztes umfassen sollte. Darüber hinaus wurde der Arzt auf bestimmte Ziele, nämlich auf die Herstellung des gewünschten Zustandes und das Wohl des ihm anvertrauten Patienten verpflichtet. Auf beide Kompetenzen schließlich bezieht sich das Vertrauen des Patienten.

2. Strukturanalogien zum Handeln von Managern

Vergleicht man das Handeln eines Arztes und eines Managers, so überwiegen die Gemeinsamkeiten in den Grundsätzen die Unterschiede bei weitem: Ebenso wie im Management wird in der Medizin derjenige Arzt besonders wirksam sein, der sein Handeln an einem Ziel - nämlich der erfolgreichen Behandlung des Patienten - ausrichtet und der bereit ist, z.B. als Spezialist in einem bestimmten Fachgebiet, einen Beitrag zum Ganzen - dem Wohl des Patienten - zu leisten.

Ähnliche Gemeinsamkeiten findet man bei den Aufgaben des Arztes und des Managers: Der Arzt muss ebenso Ziele definieren, die Behandlungsabläufe so organisieren, dass alle Beteiligten möglichst wirksam am Erfolg mitarbeiten können, Entscheidungen treffen (mit dem Patienten gemeinsam) und deren Umsetzung verfolgen, den Behandlungsverlauf kontrollieren und bestenfalls auch den Patienten als Menschen in seiner Lebenssituation stärken. Vor diesem Hintergrund erscheint es geradezu wünschenswert, als Arzt ein guter Manager zu sein, da gerade dies eine erfolgreiche Behandlung des Patienten ermöglicht. Die Definition von Management als „the art of getting things done through people in organizations“ schließt ärztliches Handeln demnach nicht aus, sondern bringt es gerade unter den heutigen Handlungsbedingungen angemessen in den Blick.

3. Konflikte mit nichtärztlichem Management

Nichtärztliches Management, das gleichsam von außen auf das ärztliche Handeln am Patienten einwirkt, trägt ein wesentlich höheres, strukturelles Konfliktpotenzial in sich. Es kann direkt auf das ärztliche Handeln einwirken, indem es Handlungsweisen und -ziele vorschreibt oder ausschließt, und es kann das Handeln indirekt über die Gestaltung der Umstände z.B. rechtlicher, ökonomischer oder administrativer Art beeinflussen. Als besonders bedrohlich für die Integrität ärztlichen Handelns werden dabei solche Maßnahmen empfunden, die sich in ihrer Zielsetzung von den Zielen ärztlichen Handelns grundsätzlich unterscheiden.

a) Therapiefreiheit

Therapiefreiheit steht dafür, dass der Arzt seine Handlungsweise – mit dem Patienten gemeinsam – auswählen sowie die Gründe dafür nach eigener Fach-

kompetenz und Urteilskraft für die konkrete Situation ohne äußere Einschränkungen oder Vorgaben ausbilden kann. Sie ist ein zentrales Merkmal der Integrität ärztlichen Handelns.

Der Arzt sieht sich im Vergleich zu früheren Zeiten schon durch zwei Management-unabhängige Entwicklungen in seiner alleinigen Handlungshoheit eingeschränkt: Zum einen führt er durch die Spezialisierung der Medizin die Untersuchung und Behandlung eines Patienten nur noch selten allein durch - er muss oft mit weiteren Ärzten sowie nichtärztlichem Fachpersonal zusammenarbeiten. Des Weiteren ist die ursprünglich paternalistische Arzt-Patient-Beziehung weitgehend durch ein partnerschaftliches Verhältnis oder gar Dienstleistungsverhältnis abgelöst worden, demgemäß der Patient nach Aufklärung und Beratung sowohl mit-entscheidet als auch mit-handelt. Nichtärztliches Management greift darüber hinaus auf unterschiedlichen Ebenen, z.B. durch rechtliche Vorgaben (SGB V, Richtlinien des G-BA), Festlegung von Versorgungsstrukturen, Einrichtung standardisierter Behandlungsformen und das Setzen von ökonomischen Anreizen, in die ärztliche Therapiefreiheit ein.

Ebenso wie in Bezug auf ärztliches Handeln sollte ein Qualitätsmanagement für nichtärztliches Management eingeführt werden. Dieses müsste insbesondere die Auswirkungen auf das ärztliche Handeln als Qualitätsindikatoren einführen. Dazu würde gehören, dass nichtärztliches Management den Doppelcharakter ärztlichen Handelns als Handeln und Herstellen angemessen zur Geltung bringt, ermöglicht und befördert. In diesem Aspekt liegt wohl die größte strukturelle Herausforderung nichtärztlichen Managements: Je einseitiger es auf messbare, gar quantifizierbare Ziele ausgerichtet ist und Werkzeuge wie das Budget sowie standardisierte, Checklisten-artige Leistungsbeurteilungen verwendet, umso mehr wird die Dimension des Handelns im engeren Sinn ausgeblendet – Zweckrationalität übertrumpft in diesem Fall die Moral. Gemäß dem Grundsatz guten Managements, einen Beitrag zum Ganzen zu leisten, ist jedoch die Wahrung der Handlungsfreiheit derer, deren Handeln für das Wohl von Patienten letztlich den Zweck der Organisation ausmacht, ein herausragendes Anliegen.

b) Arzt-Patient-Beziehung

Neben der Therapiefreiheit kann die Arzt-Patient-Beziehung durch nichtärztliches Management erheblich geprägt, ja zerstört werden. Zwei Besonderheiten zeichnen diese Beziehung aus: Zum einen ist sie asymmetrisch. Der Arzt ist der Fachkundige, der die erforderlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Mittel hat, um dem Patienten zu helfen. Der Patient ist sowohl der Bedürftige als auch der Kundige bezüglich seiner Biographie und seiner Wertvorstellung-

gen. Er erhofft vom Arzt, dass er sowohl Experte als auch Partner ist, da die gelingende Überwindung der Krankheit im Kern beides erfordert. Die zweite Besonderheit der Beziehung besteht darin, dass der Patient als 'Handlungsobjekt' nicht nur Partner und Mit-Handelnder ist, sondern dass sein Wohl zugleich das Handlungsziel darstellt - behandeln kann der Arzt nicht eine Krankheit, sondern nur einen kranken Patienten.

Eine Arzt-Patient-Beziehung kann sich sehr unterschiedlich darstellen, abhängig von Patient und Krankheitssituation unterschiedlich gewichtet pa-

nichtärztliche Management ist ein solches Verständnis zwar besser handhabbar und die Steuerung sowie Kontrolle leichter operationalisierbar, der Tragweite und den Dimensionen ärztlichen Handelns wird dies jedoch nicht gerecht.

III. Fazit

Ärztliches Handeln weist in seiner Struktur erhebliche Gemeinsamkeiten mit Management-Handeln auf. Im Sinne guten Führens kann der Arzt von einer vertieften Beschäftigung mit den Grundsätzen und Aufgaben professionellen Managements profitieren –

Nur der Arzt als Heiler *und* Manager kann sich der Deformierung seines Handelns zu einem reinen Herstellungsprozess verweigern und damit dem Paradigma der Zweckrationalität sein ärztliches Ethos wirkungsvoll entgegensetzen.

tionalistisch, partnerschaftlich oder als Dienstleistungsverhältnis. Es kann jedoch nicht oft genug betont werden, wie bedeutsam und unverzichtbar Empathie und Vertrauen als Grundlage einer jeden Arzt-Patient-Beziehung sind - angesichts der anthropologisch tief greifenden Betroffenheit des Patienten und angesichts der Asymmetrie der Beziehung. Vor diesem Hintergrund muss nichtärztliches Management die Förderung gedeihlicher Bedingungen für die Arzt-Patient-Beziehung zu seinen vornehmsten Zielen zählen. Die zentrale Herausforderung stellt jedoch wohl die Bewältigung der Probleme knapper finanzieller Ressourcen dar. Sie muss mit Hilfe von Maßnahmen erfolgen, die die Vertrauensbeziehung nicht, jedenfalls möglichst wenig untergraben. Eine Wahrnehmung des Arztes als „Teilnehmer an einem Markt für Gesundheitsdienstleistungen“, nicht zuletzt durch eine zunehmende Werbepaxis und zunehmende IGEL, nimmt dem Patienten das Vertrauen in die Unabhängigkeit ärztlichen Handelns und dessen primäre Ausrichtung auf sein Wohl.

Es kann letztlich nur um ein vernünftiges Maß und klug ausgewählte Instrumente finanzieller Steuerungen durch nichtärztliches Management gehen – die persönliche Integrität des Arztes und sein Ethos bleiben aber entscheidend und können durch Management gefördert, nie aber hergestellt oder garantiert werden. Wie bei der Therapiefreiheit ist es auch mit Blick auf die Arzt-Patient-Beziehung darüber hinaus bedeutsam, den Doppelcharakter ärztlichen Handelns als Handeln und Herstellen zu bewahren. Eine Reduktion ärztlichen Handelns auf einen Herstellungsprozess deutet unter der Hand die Beziehung zu einem reinen Dienstleistungsverhältnis um, in dem die Partner beliebig austauschbar, die Leistung standardisierbar und das Produkt garantierbar sind. Für das

zum einen für die Führung des Patienten und seiner selbst, zum anderen für die Führung derer, mit denen er im Rahmen einer Organisation zusammenarbeitet. Nicht zuletzt ist eine Stärkung und Professionalisierung ärztlichen Managements mit Blick auf die vielfältigen Herausforderungen auf den unterschiedlichen Ebenen eines Gesundheitssystems wünschenswert. Da dies jeden Arzt betrifft, erscheint eine Einführung in die Grundlagen professionellen Managements schon im Medizin-Studium und nicht erst auf dem Weg zur Chefarzt-Position angebracht zu sein.

Durch den ökonomischen und den rechtlichen Druck ist die Gefahr erheblich, dass dem ärztlichen Handeln unzutragliche Rahmenbedingungen geschaffen oder verfestigt werden. Damit Missstände beseitigt und Fehlentwicklungen verhindert werden, hat nichtärztliches Management die Ziele angemessen zu wählen und die Werkzeuge klug einzusetzen, damit das Wohl des Patienten leitendes Prinzip ärztlichen Handelns ist. Andererseits darf der Arzt sich nicht länger auf die Ausschließlichkeit seiner Aufgabe als Heiler berufen, vielmehr muss er sich im Rahmen der heute unvermeidbaren Organisationen gleichzeitig als Manager verstehen, der das Wirksamwerden der jeweils beteiligten Personen mit Blick auf das Ziel, nämlich der qualitativ guten medizinischen Versorgung des Patienten, zu seiner Verantwortung zählt. Nur der Arzt als Heiler *und* Manager kann die Bedrohungen der Therapiefreiheit und der Arzt-Patient-Beziehung bewältigen, ohne der frucht- und verantwortungslosen Leugnung ökonomischer Zwänge zu verfallen. Nur der Arzt als Heiler *und* Manager kann sich der Deformierung seines Handelns zu einem reinen Herstellungsprozess verweigern und damit dem Paradigma der Zweckrationalität sein ärztliches Ethos wirkungsvoll entgegensetzen.

Eric Banthien

Ideologie und Realität in der Systemdiskussion



*Dr./RO Eric Banthien,
Vorsitzender der IGZ,
Vorsitzender der KZV Hamburg*

Sowohl die private als auch die gesetzliche Krankenversicherung haben zur Zeit Probleme, sich ungestört ihrem Kernauftrag, der Gesundheitsversorgung, zu widmen. Sie wurden in einen Wettbewerb geschickt, der daran leidet, dass beide Systeme nicht wirklich vergleichbar sind. Aus politischem Kalkül oder falsch verstandenem Sendungsbewusstsein werden sie aber immer wieder gegeneinander ins Feld geführt. Dabei haben sie mit sich selbst schon genug zu tun.

Die PKV verliert an Akzeptanz durch ihre Politik der geschlossenen Tarife. Die PKV ist eben keine Solidarversicherung auf Gegenseitigkeit mehr, seit sie aus Gründen der Kundenwerbung dazu übergegangen ist, die Versicherten in getrennten Gruppen zusammenzufassen. So können die Versicherer zwar für Neukunden günstige Einstiegstarife anbieten, die erweisen sich aber im Laufe der Zeit als Mogelpackung. In den geschlossenen Tarifen steigen die Beiträge im Alter gegen unendlich, da die Neuzugänge nicht für den notwendigen Ausgleich sorgen können. Das führt zu einer zunehmenden Belastung im Alter und weckt dann bei vielen den Wunsch, in die gesetzliche Krankenversicherung wechseln zu können. Ein solcher Wechsel ist aber in den meisten Fällen nicht möglich.

Die GKV leidet an der politisch verursachten Unterfinanzierung. Daran ändert auch die temporär erfreulicherweise einmal gute Kassenlage nichts. Sie leidet auch an ihrem schlechten Image („Kassenversorgung“). Durch ihr fahrlässiges Gerede von der „Zweiklassenmedizin“ befördert die Politik dieses schlechte Image noch. Es wird so getan, als ob die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung in jedem Fall schlechter wäre als in der privaten. Die GKV sieht sich inzwischen in direkter Konkurrenz zur PKV und wäre gerne in der Lage, die Bevölkerung besser und aufwändiger zu versorgen, als sie es tun darf. Welche Kasse es sich immer leisten kann, offeriert Alternativmedizin und Wellnessurlaube. Eine Erweiterung des medizinischen Leistungskataloges ist dagegen nicht so leicht möglich. Die Politik scheut sich davor, die dafür notwendigen Mittel in der GKV zu mobilisieren. Die Beiträge sind politisch festgesetzt und alles, was ein Ansteigen dieser Beiträge verursachen könnte, wird gerade vor anstehenden Wahlen vermieden. Auf die Gefahr der politisch motivierten Unter-

finanzierung hat die IGZ schon bei der Einrichtung des Gesundheitsfonds mehrfach hingewiesen. Eines der Probleme, die durch die Einheitszuteilung aus dem Fonds entstanden sind, wurde durch die Vergütungsangleichung zwischen Primär- und Ersatzkassen inzwischen gelöst. Aber zu wenig bleibt zu wenig, auch wenn man es gleichmäßig aufteilt. Die Politiker haben den Kassen den schwarzen Peter in Form von Zusatzbeiträgen zugeschoben. Sie haben diese als Gestaltungselement verkauft, sie im selben Atemzug aber als Ausweis einer unfähigen Kassensführung diffamiert. Die Kassen selbst scheuen daher diese Zusatzbeiträge wie der Teufel das Weihwasser. Eine eigenständig kalkulierte, bedarfsgerechte Finanzierung kann daraus nicht entstehen. Fazit: Immer noch fehlt das Geld, um GKV-Versicherten die gleichen Leistungen zu ermöglichen, die PKV-Versicherte erstattet bekommen.

Hier wird natürlich der aufmerksame Leser einwenden, dass uns die Logik der immer höheren Ansprüche an die GKV auf Abwege führt. Eine Versorgung der GKV-Versicherten auf PKV-Niveau ist weder möglich noch wünschenswert. Es kann natürlich keine solidarisch finanzierte Maximalversorgung geben. Die Versicherten hätten zwar nichts gegen eine Maximalversorgung einzuwenden, wohl aber gegen maximale Beiträge. Die Politik sieht sich in der Situation gefangen, in der GKV die Balance zwischen Leistungsumfang und Beiträgen herzustellen. Das ist ja aus Sicht der Versicherten in der Vergangenheit auch recht gut gelungen - die ermittelten Zufriedenheitswerte, so man sie nicht nur als Selbstbestätigung der GKV-Öffentlichkeitsarbeit betrachten will, belegen das. Sobald sich jedoch die Politik aus ihrer Moderatorenrolle des Interessenausgleichs verabschiedet und Partei ergreift, wie nicht selten in der Vergangenheit unter dem Kalkül „Wir werden lieber von 50% der gesetzlich Versicherten als von 100% der Privatversicherten gewählt“, gerät sie in Schieflage. Die dadurch angeschobene Diskussion leidet darunter, dass die Voraussetzungen von fast niemandem mehr richtig verstanden werden. Das politische Sendungsbewusstsein steht dabei einer rationalen Betrachtung im Weg. Schon in der Pauschalisierung, Privatversicherte seien immer besser versorgt, schleicht sich das erste Missverständnis ein: Es gibt durchaus Tari-

fe in der PKV, deren Versicherte schlechter dastehen als ein GKV-Versicherter. Nicht jeder Privatpatient hat die Erstattung aller Kosten bis zur Chefarztvisite in seinem Tarif. Trotzdem wird die umfangreichere Absicherung der Privatversicherten genutzt, um eine Neiddebatte zu schüren. Das Gerede von der „Zwei-Klassen-Medizin“ soll den Eindruck erwecken, als ob die Existenz der privaten Krankenversicherung an sich schon eine Ungerechtigkeit sei. Und die gesetz-

Geschäft für die GKVen unter dem Strich wirklich so vorteilhaft wäre, bleibt dahingestellt. Die ideologisch gefärbte Debatte um die mangelnde Solidarität der „Besserverdiener“ ist letztlich Humbug und verstellt nur den Blick auf das Wesentliche.

Das Gleiche gilt für die Forderung, GOZ und Bema aneinander anzugleichen, unter der Überschrift: „Gleiches Geld für gleiche Leistung“. Dabei wird ger-

Sobald sich jedoch die Politik aus ihrer Moderatorenrolle des Interessenausgleichs verabschiedet und Partei ergreift, gerät sie in Schiefelage. Das politische Sendungsbewusstsein steht dabei einer rationalen Betrachtung im Weg.

liche Krankenversicherung, die sich in Konkurrenz zur PKV sieht, macht sich diese üble Nachrede zu eigen. Untersuchungen zu den Wartezeiten in Arztpraxen sind da nur ein Beispiel für die polemische Überhöhung des Gerechtigkeitsproblems.

Dabei ist die oft beklagte mangelnde Solidarität der sogenannten „Besserverdiener“ eben nur ein Missverständnis. Die begüterten Klassen haben sich bei der Gründung der gesetzlichen Krankenversicherung nicht der Solidarität entzogen. Sie wurden schlicht und einfach sich selbst überlassen. Die Arbeiterkassen der Reichsversicherungsordnung wurden gegründet, um denen zu helfen, die sich nicht selbst helfen konnten. Teile der Politik bemühen die Mär von der „mangelnden Solidarität“ nun aber für ihre Forderung, die PKV als Vollversicherung abzuschaffen. So sollen neue Beitragszahler für die GKV gewonnen werden. Der Finanzmangel in der GKV hat die Begehrlichkeit geweckt, die „Besserverdiener“ sollten auch ihr Scherflein beitragen. Das klingt zunächst logisch, ist aber nicht nur systematisch falsch.

Es gibt heute schon den freiwillig Versicherten. Der liegt mit seinem Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze, ist aber bei Überschreiten dieser Grenze nicht in die PKV gewechselt. Solche präsentieren sich in der Praxis wahlweise als anspruchsvolle Kassenpatienten, oder sie haben Kostenerstattung vereinbart und treten ganz als Privatpatienten auf. In jedem Fall ist ihre Anspruchshaltung hoch. Wirklich günstige Risiken sind sie für die Kassen nicht. Wenn wir jetzt in einer Aufwallung von Gerechtigkeitsbedürfnis alle, die sich bisher privat versichert haben, in Zukunft verpflichteten, sich in der gesetzlichen Krankenversicherung zu versichern, gäbe es sicher eine Menge Beiträge zum höchsten Beitragssatz, aber auch eine Menge anspruchsvoller Versicherter. Ob das

ne übersehen, dass die GOZ eine Gebührenordnung für (fast) alle zahnärztlichen Leistungen ist. Die Bewertung dieser Leistungen ist zwar auch nicht objektiv, weil durch den Ordnungsgeber in parteilicher Weise gedrückt, gibt aber doch einen Anhalt für den Wert zahnärztlicher Leistungen und zeigt annäherungsweise die vielfältigen therapeutischen Möglichkeiten. Der Bema dagegen bewertet nur den Ausschnitt aus dem zahnärztlichen Leistungsspektrum, der den Leistungskatalog der GKV darstellt. Und die Bewertung dieser Leistungen entspricht den begrenzten Möglichkeiten dieser GKV. Hier spiegelt sich die oben erwähnte Balance zwischen Leistungsumfang, Vergütung und Beiträgen. Es ist also nicht möglich diese beiden Kataloge zu verschmelzen. Entweder würde die Ausweitung des Bema auf den Umfang der GOZ die GKV völlig überfordern, oder eine ganze Anzahl von Leistungen bliebe ohne Bewertung. Damit aber blieben die Patienten, die diese Leistungen in Anspruch nehmen wollen, ebenso ohne einen Anhaltspunkt für ihre korrekte Bewertung wie auch die Zahnärzte, die sie erbringen.

Die Ausweitung des Leistungskataloges der GKV ist also nicht die Lösung. Die Verwendung von Zwangsbeiträgen aus einer solidarisch und paritätisch finanzierten Versicherung verlangt von uns einen bewussten und effektiven Umgang mit den vorhandenen Mitteln. Hier müssen wir also hinterfragen, welche Grundleistungen unbedingt notwendig sind und mit welchem Einsatz wir den besten Gesundheitsnutzen erzielen. Aus zahnärztlicher Sicht ist es ebenso notwendig, dass die bisher im Leistungskatalog beschriebenen Leistungen auch fair bezahlt werden. Die Politik ist ja bisher immer wieder den Weg gegangen, mangelnde Mittel durch Abschmelzung zahnärztlicher Honorare zu kompensieren. Hier besteht dringender Nachholbedarf.

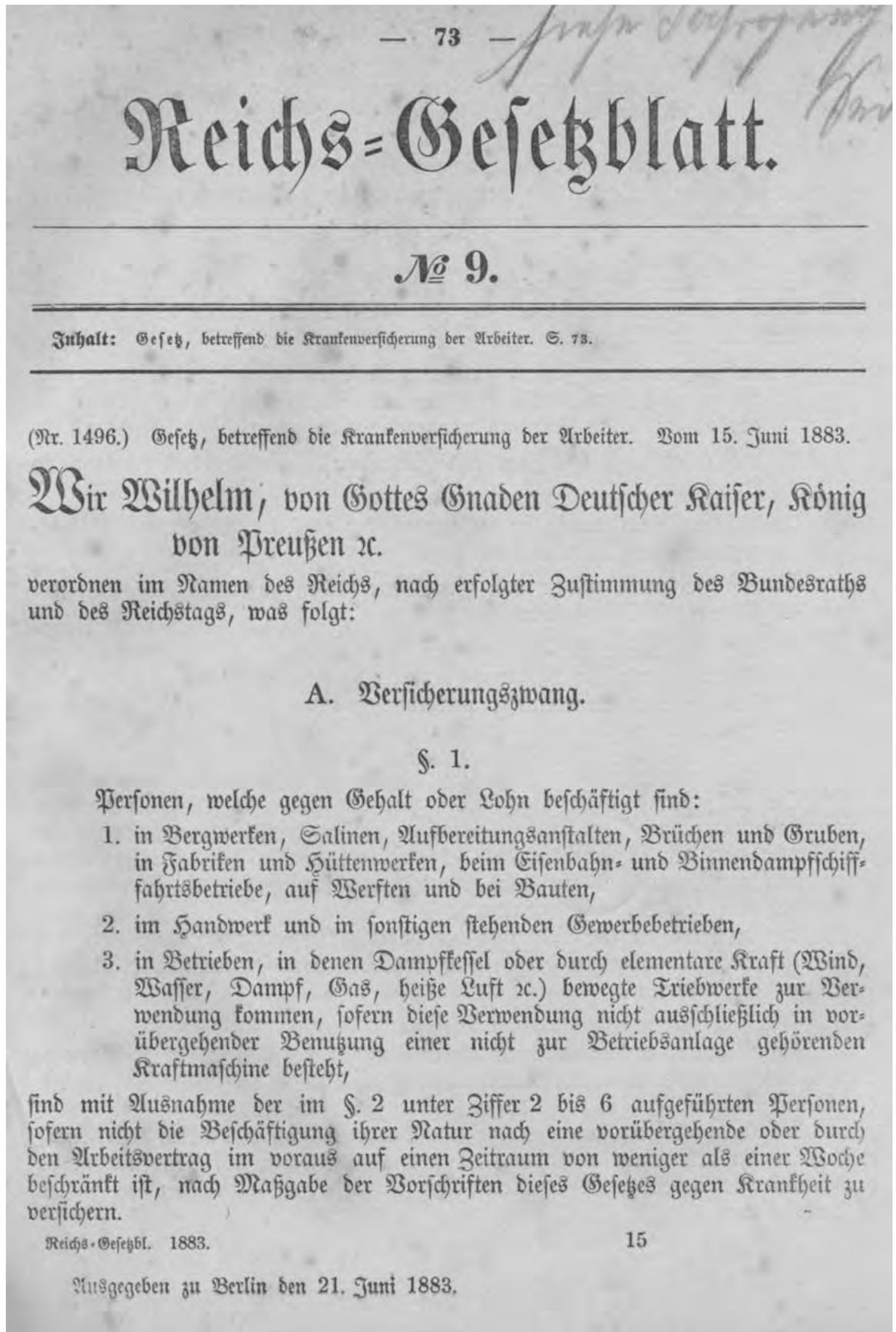
Die Initiativen zur Schaffung einer gesetzlichen Krankenversicherung im 19. Jahrhundert sollten vor allem denen helfen, die sich nicht selbst helfen konnten. Das „Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter“ aus dem Jahre 1883 war das weltweit erste seiner Art und läutete die künftige Dominanz der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland ein. Die Schaffung eines starken gesetzlichen Sektors und die Abgrenzung zur privaten Versicherung schufen die Grundlagen für das heutige duale System.

Für gesetzliche Kassen galten u.a. folgende Regelungen:

- Kontrahierungszwang
- einkommensunabhängige Beiträge, deren Höhe lokal an den ortsüblichen Tageslohn gebunden war
- ein fester Leistungskatalog, der in gewissen Grenzen durch die Kassen variiert werden konnte
- Umlagefinanzierung mit Reservefonds

Mit beeindruckender Klarheit wird geregelt, was die gesetzlichen Kassen im Falle ihrer Unterfinanzierung tun sollen: „S. 33.

Ergiebt sich aus den Jahresabschlüssen der Kasse, daß die Einnahmen derselben zur Deckung ihrer Ausgaben einschließlich der Rücklagen zur Ansammlung und Ergänzung des Reservefonds nicht ausreichen, so ist entweder [...] eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Kassenleistungen herbeizuführen.“



Quelle: A. Wagner

Die Situation zwischen den beiden Versicherungssystemen lässt sich also folgendermaßen auf den Punkt bringen: Nicht alles, was in der Medizin möglich ist, muss auch von der GKV bezahlt werden. Das Recht des einzelnen, diese Leistungen dennoch in Anspruch zu nehmen, sollte durch die Möglichkeit privater Zusatzversicherungen abgesichert werden. Die PKVen können eine umfangreichere Absicherung als die GKV anbieten und sich als Schrittmacher für innovative medizinische Versorgung positionieren, was allerdings voraussetzt, dass sie sich zukunfts-fähig aufstellen.

sung haben da eine gewisse Bequemlichkeit bei den Verantwortlichen hervorgerufen. Die gesetzlichen Krankenkassen sind zwar in den letzten Jahren auf Wettbewerb getrimmt worden, dieser Wettbewerb bezieht sich aber auf Nebensächlichkeiten. Damit die GKV als Lieferant der Grundsicherung auch für Bezieher höherer Einkommen auf breiter Basis akzeptabel wird, muss sie solider finanziert werden. Und damit die PKV für eine breitere Gruppe von Versicherten als Wahlmöglichkeit in Frage kommt, muss sie primär ihre Probleme mit den Altersbeiträgen in den Griff bekommen.

Ein offener Markt in der Krankenversicherung bietet viele Entwicklungsmöglichkeiten. Er setzt aber voraus, dass die beiden bestehenden Systeme dafür vorher fit gemacht werden.

Nachdem wir nun die Unsinnigkeit ideologisch begründeter Verbesserungsvorschläge beleuchtet haben, bleibt immer noch die Frage, wohin denn unser Gesundheitssystem steuern soll. Sowohl GKV als auch PKV haben ihren Platz und ihre Rolle in unserem Gesundheitssystem. Wir müssen uns Gedanken darüber machen, wie wir allen Interessenten möglichst umfassend die Vorteile beider Versicherungssysteme zugänglich machen. Wir müssen zu einem offenen Versicherungsmarkt kommen. Dazu ist es zunächst einmal notwendig, die zwangsweise Festlegung bestimmter Einkommensgruppen auf das eine oder andere Versicherungssystem aufzubrechen. Es muss eine Pflicht zur Versicherung geben, keine Pflichtversicherung. Ob eine weitere Angleichung der Systeme dazu notwendig wäre, wage ich zu bezweifeln. Der Wettbewerb beider Systeme lebt ja gerade von ihrer Unterschiedlichkeit. Wettbewerb im wahren Sinne des Wortes ist aber nur möglich, wenn jede Versicherung jedem offensteht. Ein modulares System aus Grundsicherung und dazu wählbaren Ergänzungen wäre ideal. Wo man seine Grundsicherung abschließt, ob gesetzlich oder privat, soll jedem offenstehen. Gegebenenfalls kann man auch bei Interesse eine private Vollversicherung abschließen. Zusatzmodule wird im Regelfall die private Krankenversicherung anbieten, und das ist auch gut so. Das Geld in der solidarisch und paritätisch finanzierten gesetzlichen Krankenversicherung unterliegt immer noch den Anforderungen an eine besonders wirtschaftliche Verwendung. Die Verhältnisse müssen aber nicht so starr bleiben. Der Wettbewerb kann eine evolutionäre Entwicklung beider Systeme zur Folge haben. Damit beide Systeme in Konkurrenz treten können, müssen sie ihre Attraktivität erhöhen. Die Zeiten der zwangsweisen Zuwei-

Die GKV wird - gemessen an ihren heutigen Ansprüchen - auch ohne Ausweitung des Leistungskataloges unterfinanziert bleiben. Wenn das Geld nicht reicht, muss man also mehr einnehmen oder weniger ausgeben. Die IGZ hat regelmäßig darauf gedrungen, die Beiträge in der GKV wie auch in der PKV versicherungsmathematisch korrekt zu berechnen. Bleibt es bei den einkommensabhängigen Beiträgen in der GKV, müssen diese so berechnet werden, dass die tatsächlichen Kosten gedeckt werden. Außerdem ist zu bedenken, dass es nicht mehr zeitgemäß sein könnte, nur die Löhne und Gehälter zur Berechnung der Beiträge heranzuziehen. Die Menschen beziehen ihr Einkommen auch aus anderen Quellen, die ebenfalls berücksichtigt werden müssten.

Die PKV muss als Vollversicherung bestehen bleiben. Dazu muss sie sich aber reformieren und dem Solidargedanken einer Versicherung auf Gegenseitigkeit mehr Raum geben, sonst verliert sie weiter an Akzeptanz und wird den Wettbewerb nicht bestehen können. Als Anbieter von Zusatzversicherungen wird die PKV auch für die GKV-Versicherten immer wichtiger werden.

Ein offener Markt in der Krankenversicherung bietet viele Entwicklungsmöglichkeiten. Er setzt aber voraus, dass die beiden bestehenden Systeme dafür vorher fit gemacht werden.

Wolfgang Eßer

GKV und PKV zwischen Konvergenz und Konkurrenz

Reformperspektiven für das duale Versicherungssystem



Dr. Wolfgang Eßer,
stellvertretender Vorsitzender
des Vorstandes der Kassen-
zahnärztlichen Bundesverei-
nigung (KZBV)

Die Patienten in Deutschland sind mit dem Gesundheitssystem zufrieden. Hier gibt es kaum Unterschiede in den Antworten von GKV- und PKV-Versicherten. Dies geht aus einer Umfrage des BKK-Bundesverbandes hervor, der die Bürger zur Einschätzung der Gesundheitsversorgung in Deutschland befragt hatte. Dieses Ergebnis bestätigt auch eine vom PKV-Verband beim Meinungsforschungsinstitut TNS Emnid in Auftrag gegebene repräsentative Umfrage zur Zukunft des deutschen Gesundheitssystems. 96 Prozent der Privatversicherten sind mit ihrer medizinischen Versorgung zufrieden. In der gesetzlichen Krankenversicherung finden sich 86 Prozent gut versorgt. Die Umfrageergebnisse belegen, dass das deutsche Gesundheitssystem mit seinem dualen System aus GKV und PKV bei den Versicherten gut abschneidet.

Epidemiologische Studien bestätigen die Umfrageergebnisse. Deutschland belegt bei der Mundgesundheit einen internationalen Spitzenplatz. Die Mundgesundheit der deutschen Bevölkerung hat sich in den letzten zwanzig Jahren ganz erheblich verbessert. Allein in den letzten zehn Jahren ist die Karieslast bei Kindern und Jugendlichen um mehr als 60 Prozent zurückgegangen. Sie lag im Jahr 2005 für Deutschland nur noch bei durchschnittlich 0,7 Zähnen mit Karieserfahrung für die Altersgruppe der 12-Jährigen, während der weltweite Durchschnittswert bei 1,61 lag.¹ Damit hat Deutschland im internationalen Vergleich längst eine Spitzenposition in der Mundgesundheit eingenommen. Die außerordentlich positive Entwicklung beruht auf mehreren Faktoren. Sie ist nicht nur auf die Einführung von Gruppen- und Individualprophylaxe und den Einsatz von Fluoriden zurückzuführen, sondern auch auf die beharrliche Aufklärungsarbeit der Zahnärzteschaft, die Schaffung eines neuen Bewusstseins für Mundgesundheit und -hygiene und die feste Verankerung des Präventionsgedankens.

¹ Vgl. Wolfgang Micheelis, Ulrich Schiffner (Gesamtbearbeitung): Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV-Studie), Band 31, Institut der Deutschen Zahnärzte, Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, Köln 2006; Prof. Dr. Klaus Pieper: Epidemiologische Begleituntersuchungen zur Gruppenprophylaxe 2009, Gutachten erstellt im Auftrag der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege e.V. (DAJ), Bonn 2010.

Im weltweiten Vergleich ist die soziale Absicherung gegen Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen in Deutschland außergewöhnlich weitreichend. Alle gesetzlich Krankenversicherten können hier auf einen umfassenden, solidarisch finanzierten Leistungskatalog inklusive einer weitgehenden Regelversorgung mit Zahnersatz und entsprechenden Regelungen zur Vermeidung sozialer Härten zurückgreifen. Im europäischen Umfeld ist die zahnmedizinische Versorgung nur in sehr begrenztem Umfang solidarisch versichert.²

Deutschland verfügt im internationalen Vergleich über eines der besten Gesundheitssysteme der Welt: Die Menschen haben Zugang zu einer umfassenden, wohnortnahen medizinischen Versorgung. Die freie Arzt- und Krankenkassenwahl sind Voraussetzung für ein freiheitliches Gesundheitswesen. Kennzeichnend für unser Gesundheitssystem ist auch das bewährte Nebeneinander von GKV und PKV. Von dem Wettbewerb zwischen GKV und PKV profitieren die Versicherten. Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Montgomery führte auf dem Ärztetag 2012 aus: „Gäbe es die PKV nicht, hätten wir heute schon einen sehr viel schlankeren Leistungskatalog in der GKV. Gäbe es die PKV nicht, müsste sich die GKV in nichts und niemals an den Leistungen eines Konkurrenten messen lassen. Gäbe es die PKV nicht, hätten wir heute schon eine innovations- und wettbewerbsfreie Zone für die GKV, in der sie dann ihre Marktmacht gegenüber Patienten und Ärzten völlig ungeniert ausspielen könnte.“ Der Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV für eine gute Versorgung der Patienten hat sich bewährt. Er ist ein Innovationsmotor zum Vorteil der GKV- und PKV-Versicherten. Deshalb hat sich die KZBV-Vertreterversammlung im Herbst 2012 für einen Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV ausgesprochen. Wettbewerb muss nicht nur auf Seiten der Leistungsträger, sondern auch auf Seiten der Kostenträger gegeben sein, und zwar in Form unterschiedlicher Versicherungssysteme und unterschiedlicher Versicherungsunternehmen bzw. Krankenkassen.

² Eine aktualisierte EURO-Z-Studie erscheint im Frühjahr 2013.

Trotz dieser Vorteile wird das duale System von verschiedenen Seiten in Frage gestellt: SPD und Bündnis 90/Die Grünen wollen im Gesundheitswesen und in der Pflege eine Bürgerversicherung einführen. Die SPD hat auf ihrem Parteitag im Dezember 2011 ihr Konzept zur Bürgerversicherung beschlossen. Danach soll es nur noch ein Versicherungssystem für alle geben. Nach diesen einheitlichen Spielregeln sollen auch die privaten Versicherungsunternehmen die Bürgerversicherung anbieten können.

Auch von anderer Seite wird die Frage nach einem Systemumbruch aufgeworfen. Jahr für Jahr fordert der Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung die Einführung einer Bürgerpauschale. Der Rat hat mit der Bürgerpauschale ein Modell entwickelt, das von einem einheitlichen Krankenversicherungssystem ausgeht, in dem alle versichert sind und das sich aus einkommensunabhängigen Pauschalbeiträgen finanziert. Die Bürgerpauschale soll sowohl von gesetzlichen als auch

Je mehr die Unterschiede zwischen GKV und PKV nivelliert und systemfremde Elemente des anderen Systems übernommen werden, umso mehr wird die PKV ihre Legitimation als eigenständiges Versicherungssystem verlieren.

Bündnis 90/Die Grünen haben gerade auf ihrer Bundesdelegiertenkonferenz in Hannover das im November 2010 in Freiburg verabschiedete Konzept einer grünen Bürgerversicherung erneut bekräftigt. Aus dem sozialpolitischen Antrag geht hervor, dass grundsätzlich alle in der Bürgerversicherung versichert werden sollen. Zur Finanzierung sollen alle Einkommen herangezogen werden. Die Beitragsbasis soll verbreitert und die Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung angehoben werden. Die dadurch gewonnenen Spielräume wollen die Grünen für Beitragssatzsenkungen nutzen. Weiter heißt es in dem Beschluss: „Kinder werden kostenlos versichert, zeitlich begrenzt auch Ehegatten bzw. LebenspartnerInnen, die nicht erwerbstätig sind, aber Kinder erziehen oder Pflegeleistungen erbringen.“ Innerhalb des „solidarischen Rahmens“ konkurrieren gesetzliche und private Krankenversicherungen unter einheitlichen Wettbewerbsbedingungen um die Versorgung aller Patienten.

Sowohl SPD als auch Bündnis 90/Die Grünen planen im Rahmen der Bürgerversicherung eine einheitliche Honorarordnung. Statt dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (Bema) für die GKV und der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) für privatärztliche Leistungen ist nur noch ein System angedacht. Wie das genau aussehen soll, lassen die Bürgerversicherungskonzepte offen. Immer wieder wird das Ziel einer einheitlichen Honorierung formuliert. Dies hätte unmittelbare Auswirkungen auf die betriebswirtschaftliche Situation der Praxen, die Versorgung der Patienten und die Attraktivität des zahnärztlichen Berufsbildes.

von privaten Krankenkassen angeboten werden. Beide würden auf einem einheitlichen Versicherungsmarkt konkurrieren. Den mit dem GKV-Finanzierungsgesetz eingeführten Zusatzbeitrag mit steuerfinanziertem Sozialausgleich sieht der Sachverständigenrat als Schritt in die richtige Richtung.

Vor dem Hintergrund der Erfahrungen in den Niederlanden beschäftigt sich auch ein Gutachten im Auftrag der Techniker Krankenkasse mit der Frage, ob die Überführung der gesetzlichen Krankenkassen in eine private Rechtsform zur Konvergenz der beiden bestehenden Systeme beitragen könne.

Bereits heute ist von Reform zu Reform eine schrittweise Annäherung der beiden Systeme zu beobachten. Die GKV hat Elemente der PKV übernommen und umgekehrt. Sowohl in der GKV als auch in der PKV sind systemfremde Elemente erkennbar. Dazu zählen in der GKV Wahltarife, Selbstbehalte, Prämien und Bonuszahlungen. In der PKV gibt es den Basistarif, den Kontrahierungszwang und GKV-Steuerungsmechanismen für die Preisgestaltung bei Arzneimitteln. In der Summe dieser Einzelschritte verschwimmen die Unterschiede zwischen GKV und PKV zunehmend.

Die Experten auf dem KZBV-Diskussionsforum im Juni 2011 in Hamburg waren sich einig, dass sich der Konvergenzprozess zwischen GKV und PKV fortsetzen wird. Die historisch bedingten Unterschiede zwischen GKV und PKV werden zunehmend nivelliert. Je stärker die Unterschiede in den Versicherungsprinzipien eingeebnet werden, umso mehr wird die PKV ihre Legitimation als eigenständiges Geschäftsmodell verlieren. Prof. Wasem stellte auf dem KZBV-

Diskussionsforum fest, dass es keinen „weltweiten“ Konsens der Gesundheitsökonominnen über die Ausgestaltung des Finanzierungs- und Versorgungssystems im Gesundheitswesen gebe. Auf der „grünen Wiese“ würde heute keiner mehr ein solches System entwerfen. Das duale System und der Wettbewerb zwischen GKV und PKV sind historisch gewachsene Strukturen. Der Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV

Eine Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen für GKV und PKV lehnt die Zahnärzteschaft ab.

Auch eine PKV muss sich den Herausforderungen stellen und sich reformieren, wenn sie zukunftsfähig sein soll. Forderungen nach GKV-Instrumenten, wie z.B. der Vertragskompetenz für die PKV, sind aber der falsche Weg. Eine PKV, die den dualen Weg ver-

Auch eine PKV muss sich den Herausforderungen stellen und sich reformieren, wenn sie zukunftsfähig sein soll. Forderungen nach GKV-Instrumenten, wie z.B. der Vertragskompetenz für die PKV, sind aber der falsche Weg.

hat positive Effekte. Der PKV kommt eine wichtige Korrektivfunktion zu.

Die Vertragszahnärzteschaft bekennt sich zum dualen System der Krankenversicherung in Deutschland. Sie spricht sich für den Erhalt der privaten Krankenvollversicherung als wichtige zweite Versicherungssäule des Gesundheitswesens aus. Sie befürwortet den Wettbewerb zwischen GKV und PKV. Dass sich beide Systeme weiterentwickeln müssen, steht dabei außer Frage.

In einem wettbewerblich ausgerichteten Gesundheitssystem muss es eine Konkurrenz zwischen GKV und PKV geben. Das duale Krankenversicherungssystem mit gesetzlicher und privater Krankenversicherung zählt bisher zu den besonderen Stärken des deutschen Gesundheitswesens.

Durch den Wettbewerb zwischen den Systemen der GKV und der PKV dürfen die Grundsätze der Freiberuflichkeit, der Therapiefreiheit, der Qualität inklusive einer neutralen und fachlich kompetenten Patientenberatung, der Preisgestaltung auf der Grundlage der privaten Gebührenordnung im Bereich der PKV, der Selbstverwaltung und der freien Arztwahl der Patienten nicht in Frage gestellt werden.

Die steigenden Kosten im Gesundheitswesen, die durch die demografische Entwicklung und den medizinisch-technischen Fortschritt bedingt sind, bleiben weiterhin eine der Herausforderungen, die es bei der zukünftigen Ausgestaltung des Gesundheitswesens zu lösen gilt. Eine Einheitsversicherung bietet dazu keinen Lösungsansatz. Die Konsequenz einer Bürgerversicherung wäre ein einheitlicher Versicherungsmarkt, in dem alle Krankenkassen bzw. Krankenversicherungen nach einheitlichen Rahmenbedingungen agieren.

lässt und sich immer mehr GKV-Instrumente zu eigen macht, stellt damit ihre eigenen Grundlagen in Frage und wird längerfristig überflüssig. Mit der von der PKV geforderten Öffnungsklausel im Rahmen der GOZ-Novellierung würde sich die PKV ein GKV-Instrumentarium aneignen und sich damit die eigene Grundlage entziehen. Je mehr die Unterschiede zwischen GKV und PKV nivelliert werden und systemfremde Elemente des anderen Systems übernommen werden, umso mehr wird die PKV ihre Legitimation als eigenständiges Versicherungssystem verlieren. Dies sollte die PKV bei ihren Reformbemühungen stets im Blick behalten. Es gilt eine private Krankenversicherung zu erhalten und zu stärken, die auf den Prinzipien der risikoäquivalenten Beiträge, der Kostenerstattung auf Basis der privaten Gebührenordnung und der Kapitaldeckung für den demografischen Faktor basiert.

Jost Rieckesmann

Quo vadis, PKV?

Seit dem 1.1.2012 ist die neue GOZ in Kraft und die ersten Erstattungsprobleme in unseren Praxen häufen sich. Dies ist sicher nicht nur der - anfänglich verständlichen - unterschiedlichen Auffassung zur Berechtigung des Ansatzes einiger Gebührennummern geschuldet, sondern legt aufgrund der wenig nachvollziehbaren Rigorosität des Vorgehens einiger PKV-Unternehmen den Schluss nahe, hier solle es in erster Linie darum gehen, Kosten zu sparen und die Liquidationen zu Lasten des Zahnarztes zusammenzustricken. So erhält der Patient nach Einreichung seiner Zahnarztrechnungen immer häufiger Schreiben von seiner Versicherung, in denen die Leistung des Zahnarztes in Zweifel gezogen und die Rechnung angegriffen wird, u.a. durch eine Übertragung von Rückforderungsrechten der Patienten auf die Versicherung, beispielsweise im Bereich zahntechnischer Leistungen. Der so beim Patienten zwangsläufig entstehende Eindruck, sein Zahnarzt hätte fehlerhaft abgerechnet, belastet das Vertrauensverhältnis sehr. In der überwiegenden Mehrzahl der uns bekannt gewordenen Fälle waren die Vorwürfe aber schlicht falsch. Vor diesem Hintergrund ist es unseriös und äußerst ärgerlich, dass die Versicherer korrekt abrechnende Zahnärzte ungerechtfertigterweise mit Abrechnungsbetrug oder zumindest überzogener Berechnung ihrer Leistungen in Verbindung bringen.

Unbenommen entspricht es einem natürlichen Interesse des auch betriebswirtschaftlich kalkulierenden PKV-Unternehmens, die Kostenseite zu optimieren. Das ist auch legitim. Die beschriebene Praxis der „Kostendämpfung“ hat aber nichts mehr mit seriöser Unternehmenssteuerung zu tun, sondern passt eher in die (Un)Kultur rabiater Drückerkolonnen und raffinierter Leistungsausschlüsse im Kleingedruckten. Durch solche Geschäftspraktiken leidet die Attraktivität der Versicherer am Markt und bringt die ohnehin angeschlagene, aber vom Grundsatz her gute PKV-Idee unnötig in Verruf. Das entscheidende Kriterium für den langfristigen wirtschaftlichen Erfolg der PKV ist die Frage, ob das Geschäftsmodell beim Kunden, dem Versicherten, noch überzeugen kann oder nicht. Dazu gehört eben immer auch die Betrachtung des Gesamtpakets: Der Kunde möchte nicht nur, dass seine Versicherung effektiv und kostengünstig arbeitet, sondern er erwartet in erster Linie, dass sie ihm gemäß dem gewähltem Tarif die

Begleichung der von seinem Zahnarzt berechneten Leistungen ermöglicht.

Wer nun als Partner im Beziehungsdreieck „Zahnarzt – Patient – Versicherung“ durch ein solches Erstattungsverhalten allerorten Unmut stiftet und obendrein für politisch wahrnehmbare Unruhe sorgt, der spielt den Interessen derer, denen ein gänzlich anderes Versicherungssystem in Deutschland vorschwebt, direkt in die Hände. Man könnte auch sagen, dass er an dem Ast sägt, auf dem er (noch) sitzt. Es sollte den Partnern im PKV-System vielmehr ein Anliegen sein, angesichts drohender Bürgerversicherung einschließlich der Abschaffung der privaten Vollversicherung zusammenzuarbeiten und der Politik zu zeigen, dass das PKV-Modell - seriös ausgestaltet - sehr gut funktionieren kann.

Die Voraussetzungen dafür sind vorhanden: Der Zahnarzt hat ein Interesse an einem mündigen Patienten, mit dem er gemeinsam nach Befunderhebung und Aufklärung die Therapie auswählen kann, die für den Patienten das Beste nach Abwägung aller Parameter bedeutet. Der Patient hat das nahezu gleichgelagerte Interesse an einer qualitätsgesicherten Behandlung, über die er mitentschieden kann und die ihm viele Jahre gute Zahngesundheit verschafft. Das Unternehmen PKV hat ein Interesse an zufriedenen Kunden, die ihr Haus samt ihren Produkten weiterempfehlen, weil sie aufgrund hochwertiger Behandlung dauerhaft gut, ja sogar sehr gut versorgt sind.

Dass es zu Auslegungsdifferenzen und Interpretationsschwierigkeiten bei der neuen GOZ kommen kann, ist ganz natürlich. Diese Probleme löst man am besten gemeinsam. Ein strategisch guter Weg wäre dabei die Einrichtung einer Art Clearing-Stelle, die ohne großen Aufwand und ganz ohne politischen Druck die Dinge sachlich anspricht und in den Bereichen, wo es geht, Lösungen entwickelt.

Die BZÄK bemüht sich derzeit in Gesprächen mit dem PKV-Bundesverband darum, die Chancen auf ein solches Verfahren auszuloten. Es bleibt die Hoffnung, dass es hier einmal unbürokratisch gelingen möge, die Dinge subsidiär und ohne großes Bohei im Interesse der Patienten anzugehen. Die Zahnärzteschaft ist dazu bereit. Quo vadis, PKV ?



Jost Rieckesmann,
Vizepräsident der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe,
GOZ-Referent

Wilfried Beckmann

Freiberuflichkeit und Krankenversicherungsordnung

Die Medizin hat Vorrang vor dem Kommerz



Dr. Wilfried Beckmann,
Präsident der Privatzahnärztlichen Vereinigung Deutschlands e.V. (PZVD)

Die Frage des Finanzierungssystems für die gesundheitliche Versorgung in Deutschland wird seit Jahren politisch instrumentalisiert, nicht zuletzt, um bei der eigenen Klientel in Wahlkampfzeiten zu punkten. Wenn Finanzierungssysteme diskutiert werden, sollte eigentlich ein gesellschaftlicher Konsens erkennbar sein, was mit welchem Ziel finanziert werden soll. Den kann ich nicht erkennen! Zwar wird immer wieder stereotyp vorgetragen, wir hätten die beste Gesundheitsversorgung der Welt. Schön! Nur selbst wenn es so sein sollte, bleibt die Frage, ob wir die richtige medizinische Versorgung für die gegenwärtige und zukünftige gesellschaftliche Situation haben und vor allem wie groß die Chance ist, dass der einzelne Bürger die Versorgung erhält, die seinem Anliegen entspricht?

Da nehme ich wahr, dass als Folge jahrzehntelanger falscher Kostendämpfungspolitik gravierende Fehlentwicklungen erkennbar sind. Aus der Betrachtung der ökonomischen Kosten einer notwendigen Behandlung wurde die Betrachtung des wirtschaftlichen Nutzens einer angebotenen Behandlung. Wir müssen eine schleichende Kommerzialisierung der medizinischen Versorgung beobachten. Heute führt ein Ökonom das Krankenhaus. Er führt Abteilungen als Profit-Center. Was Geld verspricht, wird neu aufgebaut, was rote Zahlen schreibt, soll geschlossen werden. Im Mittelpunkt steht nicht mehr der Versorgungsgedanke, sondern der angestrebte Profit. Die nächste Stufe der Kommerzialisierung ist die Etablierung von Ärztehäusern an den Krankenhäusern. Da wird dann immer von Synergie gesprochen. Synergie kommt aber nur dann zustande, wenn der Wille und die Zeit zur Zusammenarbeit im Interesse des Patienten vorhanden ist. Dafür ist es unerheblich, ob der zu konsultierende Fachkollege über 100m Flur oder 2km Straße zu finden ist. Die Kommunikation läuft immer über Telefon, Fax oder eMail. Die Patienten benötigen in aller Regel ohnehin einen neuen Termin. Wo liegt der Nutzen? Die Krankenhäuser treten als Vermieter auf. Sie bieten über die niedergelassenen Ärzte ihrer Ärztehäuser Untersuchungsleistungen an, die sie sonst ambulant nicht anbieten dürften. Dass die Mitarbeiter und Apparate ohnehin bereits ausgelastet sind, ist unwesentlich. Entscheidend ist

der zusätzliche Umsatz, der bei gleichen Kosten den Gewinn verspricht. Dann erwartet das Krankenhaus natürlich Einweisungen von den Nutzern des Ärztehauses, wobei es reichlich Einflussmöglichkeiten auf die niedergelassenen Ärzte gibt. Ist das alles im Sinne der Patienten? Beeinflusst das nicht die Unabhängigkeit des ärztlichen Rates?

Nicht selten wird die Frage gestellt, ob diese Entwicklungen uns Zahnärztinnen und Zahnärzte überhaupt betreffen. Wir würden schließlich das Notwendige behandeln, seien Freiberufler und unabhängig. Ich möchte diese Frage nicht beantworten, aber einige Anmerkungen machen: Wie groß ist unsere Unabhängigkeit, wenn viele der Kollegen aus wirtschaftlichen Gründen zuzahlungspflichtige und private Leistungen forciert anbieten müssen, weil die Behandlung nach Bema nicht ausreicht, um die Praxis rentabel zu betreiben? Macht es nicht nachdenklich, dass Implantologie, ästhetische Zahnheilkunde, Naturheilkunde etc. die favorisierten Schwerpunkte sind? Selbstverständlich sind diese Teildisziplinen wertvoll und für viele unserer Patienten von hohem Nutzen. Ohne Zweifel sind beispielsweise Implantate nicht nur eine ästhetisch anspruchsvolle Versorgung, sondern spielen auch medizinisch eine wichtige Rolle bei der Erhaltung der Kaufunktion. Es macht mich nur grundsätzlich nachdenklich, wenn ärztliche Leistungen aus wirtschaftlichen Gründen dem Patienten angeboten werden und damit letztlich die Unabhängigkeit als Freiberufler immer mehr gefährdet ist. Das ist ein zweifellos beklagenswerter Trend zur Kommerzialisierung als Antwort auf 30 Jahre Kostendämpfung im Gesundheitswesen.

Es gehört zu den konstituierenden Merkmalen der freien Berufe, Dienstleistungen höherer Art so anzubieten, dass der Freiberufler durch Gebührenordnungen materiell auf gutem Niveau abgesichert ist und so die Interessen seiner Patienten/Klienten/Mandanten vor die eigenen wirtschaftlichen Interessen stellen kann. Das Angebot der Dienstleistungen höherer Art durch Freiberufler war und ist eine bestechende Idee, die in geradezu idealtypischer Weise finanzielle Aspekte aus der Leistungserbringung heraushält! Gerade für die ärztlichen Berufe ist das von besonderer Be-

Die Privatzahnärztliche Vereinigung wird die Zukunft der Systeme auf dem 35. Dt. Privatzahnärztetag am 11./12. Januar 2013 in Nürnberg mit kompetenten Referenten erhellen und diskutieren. Informationen und Anmeldung: www.pzvd.de

deutung, geht es doch hier um existenzielle Belange des Patienten, seine Gesundheit und Lebensqualität. Leider wird die Idee der Freiberuflichkeit inzwischen durch die Kostendämpfungspolitik und zunehmende staatliche Einmischung erheblich gefährdet.

Die schrittweise politische Aufkündigung der Idee der Freiberuflichkeit zeigte sich zuletzt in den Diskussionen um die GOZ, die kaum Verbesserungen brachte. Wer Behandlungen zu Gebühren berechnen soll, die nicht entsprechend an Teuerung und höhere Kosten infolge staatlicher Auflagen angepasst werden, muss

Diesen Anforderungen wird gegenwärtig keines der beiden Systeme von GKV und PKV gerecht. Durch die historische Entwicklung hat sich die Komplexität der Steuerungsmechanismen in der GKV bis zur Absurdität entwickelt. Das SGB V in all seinen Wechselwirkungen versteht heute nur noch eine Handvoll Spezialisten. Darüber hinaus ist die Finanzierung auf der Basis der Erwerbseinkommen überholt und die steigende Finanzierung durch Steuerzuschüsse untergräbt den Versicherungsgedanken.

Die private Krankenversicherung hat Vielfalt und Intransparenz zu ihrem Geschäftsmodell gemacht. Pars

Wir brauchen nicht zuerst ein neues Finanzierungssystem für die Absicherung des Krankheitskostenrisikos, wir benötigen die Wiederherstellung der Kultur des Vertrauens!

seine eigenen ökonomischen Interessen stärker in den Fokus stellen. Die Abkoppelung der Honorare von der wirtschaftlichen Realität kann die Qualität der Behandlung gefährden, weil das Honorar nur noch eine von Jahr zu Jahr kürzere Zuwendung an den Patienten finanziert. Statt einem Überdenken der Ursachen wurden symptomatisch Qualitätssicherungsmaßnahmen eingeführt. Die Kosten wiederum Zeit, Zeit, die dem Patienten vorenthalten wird! Wird der (Zahn-)Arzt zum Anbieter der für ihn profitableren Leistungen, macht sich der Staat über ein „Patientenschutz-Gesetz“ zum Anwalt der Patienten! Erst die Vertrauensbasis Patient/(Zahn-)Arzt erodieren und dann den Patienten vor dem Arzt schützen. Das macht keinen Patienten gesünder. Wir brauchen nicht zuerst ein neues Finanzierungssystem für die Absicherung des Krankheitskostenrisikos, wir benötigen die Wiederherstellung der Kultur des Vertrauens!

Vertrauen kann der, der durch Transparenz Einblick nehmen kann. Deshalb ist für mich fachliche und dann auch wirtschaftliche Transparenz zwischen Patient und (Zahn-)Arzt die Basis jedes Behandlungsverhältnisses. Da kann der (Zahn-)Arzt auch nicht der Anwalt zweier Seiten sein. Es ist immer ein kaum erträglicher Kompromiss, die für den Patienten individuell sinnvolle oder sogar optimale Untersuchung oder Therapie zu veranlassen, gleichzeitig aber Verantwortung für die Ressourcen eines solidarischen Absicherungssystems übernehmen zu müssen. Die Budgetierung hat gezeigt, wie dadurch das Vertrauen zwischen Patient und (Zahn-)Arzt zerstört wird. Da hilft nur ein Finanzierungssystem mit klaren, verständlichen Leistungsgrenzen, ein System, das transparent für alle Beteiligten Leistung und Erstattung trennt.

pro toto ist die Tatsache, dass es nicht einen nachvollziehbar kalkulierten Zahnversicherungstarif gibt. Immer werden Risiken vermischt und Tarife unvergleichbar gemacht. Wenn es um die Kostenerstattung geht, werden die Versicherten immer häufiger zu Bittstellern gegenüber der Willkür von Leistungsabteilungen. Durch die Verweigerungshaltung gegenüber einer echten Portabilität der Alterungsrückstellungen haben die Versicherer gerade ältere Versicherte an sich gefesselt. Dies sind nur einige Aspekte, die den Reformbedarf beider Systeme zeigen.

Viel wird in diesen Tagen über die Systemkonvergenz von GKV und PKV debattiert, was aber zu kurz greift. Nicht die Frage, wie Systeme und bürokratische Apparate überlebensfähig gemacht werden können, sollte uns beschäftigen, sondern vor allem die Frage, wie die politischen Rahmenbedingungen für eine optimale Versorgung aussehen müssen. Dabei wird man letztlich nicht um einen gemeinsamen Versicherungsmarkt mit Grundleistungskatalog und Kontrahierungszwang, ergänzt um Zusatzversicherungen, herumkommen. Im zahnärztlichen Bereich könnten für die bisherigen GKV-Leistungen jährlich der Kostenentwicklung anzupassende Normhonorare festgelegt werden, die der Leistung der Versicherer entsprechen. Die Grundleistungen sind dabei mehrkostenfähig. Für alle zusätzlichen Leistungen definieren die Versicherer in ihren Tarifen die Höhe der jeweiligen Erstattungsleistung und der Zahnarzt informiert über seine Honorarhöhe. Dadurch ergibt sich eine Wettbewerbssituation für beide Seiten. Der private Eigenanteil wird direkt transparent und der Patient kann nun eigenverantwortlich entscheiden, welche Versorgung er erhalten will, eine Entscheidung übrigens, die in einer freiheitlichen Gesellschaft niemand anderem als dem Patienten zusteht und nicht etwa der Politik oder den Kassenbürokratien.

Jens Spahn

Zur Zukunft von GKV und PKV



Jens Spahn, MdB,
Gesundheitspolitischer Sprecher
der CDU/CSU-Bundestags-
fraktion

Das duale System in Deutschland mit seiner Trennung zwischen gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV) stellt im europäischen Vergleich eine Besonderheit dar. Es geht von dem Kerngedanken aus, dass der Staat - aufbauend auf dem grundgesetzlich verankerten Sozialstaatsgedanken - eine Fürsorgepflicht hat. Mit der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht ist sichergestellt, dass diejenigen, die im Krankheitsfall für ihre Behandlungskosten nicht selbst aufkommen können, geschützt sind. Unabhängig, ob gesetzlich oder privat versichert: Jeder Bürger in Deutschland hat ungeachtet seines Alters, seines Einkommens oder seines Geschlechts einen Anspruch auf eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung. An 365 Tagen im Jahr, sieben Tage die Woche, 24 Stunden am Tag ist diese medizinische Versorgung flächendeckend und durchgängig sichergestellt. Das gibt es in dieser Breite und Ausprägung in keinem anderen Land der Welt.

Was das Verhältnis von GKV und PKV angeht, haben wir in Deutschland eine historisch begründete, weltweit einmalige Situation: zwei Vollversicherungssysteme als Grundsicherungssysteme parallel nebeneinander. Durch eine Reihe von Reformen hat der Gesetzgeber in den vergangenen Jahren nicht nur die Grundlage für mehr Wettbewerb um Preis und Qualität zwischen den gesetzlichen Krankenkassen gelegt, sondern auch gezielt die wettbewerblichen Instrumente gegenüber den Leistungserbringern gestärkt. Ziel ist es, dass die zur Gesundheitsversorgung vorhandenen Mittel durch eine Intensivierung des Wettbewerbs um Qualität und Wirtschaftlichkeit so gut und effizient wie möglich verteilt und eingesetzt werden. Wettbewerb ist kein Selbstzweck, sondern Mittel zum Zweck. Noch wichtiger als der Wettbewerb um den Preis ist aber ein Wettbewerb um die Qualität der Versorgung. Und diese muss explizit auch den Zugang zu medizinischen Innovationen für Patientinnen und Patienten beinhalten.

Beide Versicherungssysteme unterscheiden sich grundlegend, bewegen sich aber aus eigenem Antrieb wie durch gesetzgeberischen Einfluss aufeinander zu. So haben Schritt für Schritt bereits Elemente der gesetzlichen Kassen im PKV-System Eingang gefunden. Dies ist beispielsweise im Rahmen des Arzneimittel-

marktneuordnungsgesetzes (AMNOG) geschehen. Die Maßnahmen zur Senkung der Arzneimittelausgaben haben nicht nur Eingang in die GKV, sondern auch in die PKV gefunden. Der zwischen den Krankenkassen und dem Hersteller vereinbarte Erstattungsbeitrag gilt gleichermaßen für alle Patientinnen und Patienten, unabhängig davon, ob sie gesetzlich oder privat versichert sind. Die Angleichung der Systeme verändert den typischen Charakter der privaten Versicherung, indem die Unterschiede zu den gesetzlichen Kassen verwischen. In diesem Zusammenhang muss sicherlich früher oder später die Frage gestellt werden, ob es noch eine Trennlinie zwischen den beiden Systemen braucht.

Es ist offensichtlich, dass beide Seiten mit Herausforderungen zu kämpfen haben. Und es ist auch an der Zeit, diese Probleme zu thematisieren und in den Griff zu bekommen. Eins will ich aber vorweg stellen. Die Lösung kann nicht in der von den Linken propagierten Bürgerversicherung liegen. Auch wenn sich die Modelle zur Bürgerversicherung von SPD, Grünen und Linken teilweise fundamental unterscheiden, haben sie eines allerdings gemeinsam: Die Debatte zur Zukunft wird neidgetrieben geführt, es wird suggeriert, nur die „Reichen, Schönen und Gesunden“ wären in der PKV, hätten sich „entsolidarisiert“, und man müsste nur beide Systeme zusammenführen, dann wären die Probleme der GKV praktisch alle gelöst. Dass da schon die Annahmen nicht stimmen, ist schnell offensichtlich.

Im Kern muss es doch bei der Debatte über die Zukunft des dualen Versicherungssystems auch um den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkassen gehen. Entscheidend ist, dass jeder Versicherte gleichberechtigt Zugang zur medizinisch notwendigen Versorgung hat. Was darüber hinausgeht – etwa Chefarztbehandlung, Zahnersatz, Einbettzimmer oder Auslandsschutz – gehört nicht zur medizinisch notwendigen Versorgung. Das ist als Zusatzversicherung das klassische Geschäft der privaten Versicherer.

Mit der Kombination zwischen Grundversorgung und privater Zusatzversicherung gerade auch im zahnärztlichen Bereich haben wir bereits gute Erfahrungen gemacht. Über den befundorientierten Festzuschuss ist

eine Übernahme von mindestens 50 Prozent der vorher festgelegten, medizinisch notwendigen Versorgung für den konkreten Befund durch die gesetzliche Krankenkasse sichergestellt. Versicherte können sich für jede medizinisch anerkannte Versorgungsform bei Zahnfüllungen und Zahnersatz entscheiden, ohne den Anspruch auf die Kassenleistung zu verlieren. Im Rahmen einer privaten Zusatzversicherung können tarifabhängig individuelle Leistungen finanziell abgesichert werden. Dies verschafft den Versicherten Wahlmöglichkeiten und Spielräume unabhängig von

chungs- und Behandlungsmethoden in die gesetzliche Krankenversicherung, wonach für die ambulante Versorgung das Verbot mit Erlaubnisvorbehalt gilt, während im Krankenhausbereich neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden eingeführt und finanziert werden können, ohne dass vorher eine Anerkennung der Methode durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erforderlich ist. Ich bin aber überzeugt, dass dieses Instrument zu einer wesentlichen Verkürzung der Beratungsverfahren im Bereich der Methodenbewertung führen wird.

Es wird abzuwarten sein, ob und wie schnell die PKV in der Lage ist, ihre Probleme ehrlich zu benennen und Lösungen zu erarbeiten, oder ob sie lieber abwarten will, bis die Politik aus dem in den vergangenen Monaten so intensiv diskutierten Handlungsdruck heraus entscheidet.

der Zugehörigkeit zu einem der beiden Versicherungssysteme. Gleichzeitig ist gewährleistet, dass innovative zahnmedizinische Behandlungsmethoden Eingang in die praktische Anwendung finden können. Die Zahl der Versicherten, die sich für eine private Zusatzversicherung entschieden haben, stieg im vergangenen Jahr um 8,42 Prozent. Dies bedeutet, dass mehr als 13 Millionen Menschen den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung im zahnärztlichen Bereich zusätzlich privat ergänzen.

Grundsätzlich muss klar sein, dass der Zugang zu medizinischen Innovationen in unserem Gesundheitssystem elementar ist. Deshalb haben wir mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz, das Anfang dieses Jahres in Kraft getreten ist, für einen leichteren Zugang von Innovationen in das GKV-System gesorgt. Künftig kann der Gemeinsame Bundesausschuss innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Potential zeitlich begrenzt unter strukturierten Bedingungen bei gleichzeitigem Erkenntnisgewinn unter Aussetzung des Bewertungsverfahrens erproben. Damit erhält der Gemeinsame Bundesausschuss ein neues Instrument für die Bewertung von Methoden, deren Nutzen noch nicht mit hinreichender Evidenz belegt ist. Eine Methode wird also, auch wenn ihr Nutzen noch nicht hinreichend belegt ist, in einem befristeten Zeitraum im Rahmen der Krankheitsbehandlung oder der Früherkennung zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden können, wenn sie das Potential einer erforderlichen Behandlungsmethode bietet. Die von den Leistungserbringern im Rahmen der Erprobung erbrachten und verordneten Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet.

Diese Regelung ändert nichts an dem grundsätzlichen Weg der Einführung von innovativen Untersu-

Der Ausgangspunkt der Überlegungen um die Zukunft der privaten Krankenversicherung darf daher nicht sein, dass diese im Vergleich zur GKV mehr Spielraum für Innovationen bietet. Unterm Strich muss es darum gehen, sicherzustellen, dass jeder Versicherte Zugang zu einem bezahlbaren Krankenschutz hat, der alle notwendigen Leistungen beinhaltet und medizinische Innovationen einschließt. Dabei darf die Zugehörigkeit zu einem der beiden Systeme keine Rolle spielen. Vielmehr müssen die Verfassung und Verfasstheit der PKV selbst in den Mittelpunkt der Überlegungen rücken. Und hier gibt es eine Reihe von Problemen, die mittlerweile auch von führenden Branchenvertretern offen benannt werden: deutliche Kostensteigerungen auf der Leistungsseite, da neben steigender Morbidität und Alterung auch Unnötiges abgerechnet wird; in der Folge überdurchschnittliche Beitragssteigerungen in vielen Tarifen; das Angebot von Lock- und Billigtarifen; insgesamt ein Markt, der vertriebs- und nicht versorgungsgesteuert ist, was auch an den Provisions- und Vertriebssexzessen der letzten Jahre deutlich wird.

Es gilt daher in einem ersten Schritt, die Probleme innerhalb des Systems im Sinne einer „reformierten Dualität“ zu lösen. Dazu zählt das Ende der Billigtarife, eine überarbeitete Systematik zur Kalkulation der Tarife, ein einheitlich definierter Mindestversicherungsschutz und eine stärkere Versorgungs- und eine geringere Vertriebsorientierung bei den Versicherungen. Es wird abzuwarten sein, ob und wie schnell die PKV in der Lage ist, ihre Probleme ehrlich zu benennen und Lösungen zu erarbeiten, oder ob sie lieber abwarten will, bis die Politik aus dem in den vergangenen Monaten so intensiv diskutierten Handlungsdruck heraus entscheidet.

Heiner Garg

Die Bürgerversicherung - Kuschelrhetorik oder Sozialreform: Zur Zukunft von GKV und PKV



Dr. Heiner Garg,
MdL Schleswig-Holstein, Parlamentarischer Geschäftsführer der FDP-Landtagsfraktion, 2009-2012 Minister für Arbeit, Soziales und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein

Vor dem Hintergrund der schon bald für alle spürbaren Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf unser Gesundheitswesen, in dem von immer weniger jüngeren Mitbürgern immer mehr ältere Mitbürger zu versorgen sind, müssen wir eine Antwort darauf finden, wie Gesundheit und Pflege dauerhaft finanziert werden können. Die politische Diskussion über die Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung reduziert sich in der öffentlichen Wahrnehmung auf die beiden Schlagworte „Bürgerversicherung“ oder „Gesundheitsprämie“. Dabei hat die Politik vor allem die Veränderung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung im Blick.

Das Versprechen, alle Bürgerinnen und Bürger in Deutschland in eine Art neue gesetzliche Krankenversicherung – genannt Bürgerversicherung – einzubeziehen, klingt zunächst bestechend. Wer würde sich angesichts der mittlerweile seit Jahrzehnten diskutierten Finanzierungsprobleme in der GKV nicht dafür begeistern, GKV und PKV zu verschmelzen, jeden Bürger nach seiner Leistungsfähigkeit Beiträge bezahlen zu lassen und gleichzeitig jedem das Maximum des medizinisch Möglichen in Aussicht zu stellen?

Um eines gleich vorwegzunehmen: Unverhohlen wollen alle Verfechter einer sogenannten Bürgerversicherung vor allem an die privat Krankenversicherten und deren Rücklagen heran. Das heißt: Nur durch massive Eingriffe in bestehende private Versicherungskontrakte und in die Tätigkeit der privaten Krankenversicherungsunternehmen bestünde die Möglichkeit, mehr Geld für die Bürgerversicherung zu generieren. So verspräche denn auch die zwangsweise Einbeziehung von etwa 9 Millionen Privatversicherten in das System einer Bürgerversicherung mit erhofften Mehreinnahmen von gegenwärtig rund 14 Milliarden Euro den größten finanziellen Effekt einer Zwangsfusion von GKV und PKV.

Wer so kalkuliert, hat die Rechnung allerdings ohne das deutsche Grundgesetz gemacht oder nähme einen Verfassungsbruch sehenden Auges in Kauf. Bereits deshalb würde es auch in einer denkbaren schönen neuen Welt der Bürgerversicherung für Jahrzehnte ein Nebeneinander gesetzlicher Krankenkassen

und privater Krankenversicherungen geben. Womit dann zugleich enorme Übergangsprobleme verbunden wären. So müssten die öffentlichen Haushalte – und damit die Steuerzahler – jahrzehntelang deutliche Mehrkosten tragen, wenn etwa für junge Beamte Beiträge in die Bürgerversicherung eingezahlt, aber die Beihilfekosten für ältere – anspruchsberechtigte – Beamte außerhalb der Bürgerversicherung weiterhin geleistet werden.

Die bislang diskutierten Vorschläge zu einer Bürgerversicherung, die alle mehr oder weniger plump auf eine Zwangsunion von GKV und PKV hinauslaufen, kranken vor allem daran, dass sie die strukturellen Probleme der Finanzierung gesundheits- und pflegebedingter Kosten nicht beseitigen, sondern zementieren würden. Die Einbeziehung weiterer Bevölkerungskreise – genannt werden in diesem Zusammenhang insbesondere immer wieder Selbstständige, Beamte und sogenannte Gutverdiener – würde zwar unbestritten das Beitragsaufkommen kurzfristig erhöhen. Vollkommen ausgeblendet wird in diesem Zusammenhang allerdings, dass all diese willkommenen neuen Beitragszahler auch potentielle Leistungsrechte sind mit allen Ansprüchen an ein neues System. Da auch für die Gruppe der exemplarisch aufgezählten neuen Beitragspflichtigen die Konsequenzen der demografischen Entwicklung unterstellt werden darf, stehen dem vorübergehenden positiven Finanzierungseffekt im Zeitablauf dieselben strukturellen Probleme der alten GKV – und damit einhergehende negative Ausgabeneffekte – gegenüber.

Demografische Entwicklung, ausschließlich am Erwerbseinkommen orientierte Beiträge sowie kostenintensiver medizinischer und medizinisch-technischer Fortschritt – um nur drei Faktoren für die Gesamtkostenentwicklung zu nennen – bedürfen anderer Lösungsansätze, um in Zukunft die Finanzierung der sozialen Sicherung im Bereich von Gesundheit und Pflege dauerhaft zu sichern.

Diese Erkenntnis ist nicht neu – bereits Ende der siebziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts waren Kostendämpfungsgesetze im Gesundheitswesen Gegenstand politischer Auseinandersetzung mit aus-

gespröchen bescheidenem Erfolg. Darüber dürfen im Übrigen auch gegenwärtige Milliardenüberschüsse der GKV nicht hinwegtäuschen, die bei schlechterer konjunktureller Entwicklung noch schneller aufgezehrt wären, als sie angehäuft wurden.

Großer Wurf oder behutsame Weiterentwicklung? Diese Gretchenfrage hat die derzeitige Bundesregierung bedauerlicherweise nicht ehrlich beantwortet. Das bisweilen zähe Herumdrehen an einzelnen Stellschrauben ist mitnichten ein Plädoyer für eine evolutionäre Weiterentwicklung des Systems anstelle einer revolutionären Sozialreform. Es ist lediglich Ausdruck tages- und koalitionspolitischen Regierungsgeschäftes, in dem sich drei Parteien nicht auf einen grundlegenden Kurs in der Gesundheitspolitik einigen können.

Wohin könnte also – jenseits tagespolitischer Zwänge und Notwendigkeiten – ein solcher Kurs führen?

Dem Grundgedanken folgend, Versicherungspflicht für alle statt Zwangsversicherung für fast alle abhängig Beschäftigten, sind vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung unserer Bevölkerung zentrale Probleme zu lösen:

Die Koppelung der Beiträge an die Erwerbseinkommen mag populär, aber angesichts der demografischen Entwicklung noch lange nicht die beste Lösung sein. So könnten an die Stelle einkommensproportionaler Beiträge vom Erwerbseinkommen entkoppelte Versicherungsprämien treten. An dieser Stelle sei bewusst die Frage offen gelassen, ob es sich hierbei um einen einheitlichen Beitrag oder risikoäquivalent kalkulierte Prämien handeln soll.

In einem weiteren Schritt wird als Referenzrahmen für die zukünftige Leistungsgewährung der heutige GKV-Leistungskatalog herangezogen. Hieraus wird ein sogenanntes Gesundheitssicherungspaket – politisch sodann verunglimpft als Grundleistungskatalog – geschürt, das die notwendigen ambulanten und stationären medizinischen Leistungen ebenso enthält wie Heil- und Hilfsmittel. Dieses Gesundheitssicherungspaket wäre in regelmäßigen Abständen bzw. fortlaufend auf medizinische, pharmakologische und medizinisch-technische Notwendigkeiten ebenso wie auf entsprechende Innovationen zu überprüfen.

Was sich hinter dem simpel klingenden Begriff Versicherungspflicht verbirgt, stellt den Kern der skizzierten Lösung dar: Jede Bürgerin, jeder Bürger wird verpflichtet, bei einem Anbieter seiner Wahl einen Gesundheitssicherungsschutz abzuschließen, der mindestens die im Gesundheitssicherungspaket enthaltenen Leistungen umfassen muss. In Verbindung mit der skizzierten Prämienkalkulation für ein solches Si-

cherungspaket würde die dann nur noch ideologische Trennung zwischen GKV und PKV aufgehoben. Wie das? Noch einmal zurück zur Bürgerversicherung, die keine ist, sondern lediglich eine neue Form ermündigender Zwangsbeglückung in Form einer neuen – politisch – gesteuerten Einheitskasse. Wer eine echte Krankenversicherung für alle Bürger will, der darf keine ideologischen Scheuklappen haben, sondern sollte einen Moment über folgenden Denkanstoß nachdenken:

Die Vorteile der GKV werden mit den Vorteilen der PKV und mit der Philosophie des Genossenschaftsmodells zu einem leistungsfähigen Finanzierungssystem verknüpft.

Die Vorteile der GKV (erfahrenes Versorgungsmanagement und Steuerung von Leistungsausgaben) werden mit den Vorteilen der PKV (Gestaltung und Kalkulation individueller Versicherungsangebote sowie Techniken der Kapitaldeckung) und mit der Philosophie des Genossenschaftsmodells zu einem leistungsfähigen Finanzierungssystem verknüpft.

Ergänzt durch das Instrument des Kontrahierungszwanges wird echte Solidarität möglich. Hierbei erhält jeder Mensch, der sich den staatlich festgeschriebenen Versicherungsschutz nicht leisten kann, durch Steuermittel finanziert das notwendige Geld, um sich versichern zu können (als zweckgebundene Transferleistung).

Ein solch neues System wäre schließlich eine gute Gelegenheit, sich endlich vom lieb gewonnenen, aber teuren, weil ineffizienten Sachleistungsprinzip zu verabschieden und konsequent das Kostenerstattungsprinzip einzuführen. Natürlich immer mit Ausnahme- und Abtretungsregelungen für jene Menschen, die aufgrund ihrer ökonomischen Verhältnisse und/oder ihres Gesundheitszustandes und/oder ihres Alters für die Teilnahme am Kostenerstattungsprinzip nicht in Frage kommen.

Nur ein langfristig tragfähiges Finanzierungssystem wird auch dauerhaft die Versorgung mit guten medizinischen Leistungen gewährleisten. An Erkenntnissen mangelt es der Politik hierbei nicht – wohl aber am Mut, den Menschen deutlich zu sagen, dass ein einfaches „Weiter so“ oder auch kreative Kuschelrhetorik rund um die „Bürgerversicherung“ die Versorgung unserer Bevölkerung aufs Spiel setzt.

Birgitt Bender

Bürgerversicherung und Zahnmedizin



Birgitt Bender, MdB,
Sprecherin der Fraktion
Bündnis 90/Die Grünen für
Gesundheitspolitik im
Deutschen Bundestag

Weshalb muss in der GKV ein gesunder Durchschnittsverdienender mit seinen Beiträgen für chronisch Kranke und Geringverdienende aufkommen, während ein gut verdienender Angestellter, eine Selbstständige oder ein Beamter dazu nicht verpflichtet ist? Diese offenkundige Ungerechtigkeit lässt sich nicht überzeugend rechtfertigen. Doch sie ist nicht das einzige Problem, das aus der Systemtrennung von GKV und PKV entsteht.

Sie führt mit ihrer überkommenen Aufteilung von abhängig Beschäftigten und Selbstständigen zu großen Sicherungslücken. Davon zeugt die wachsende Zahl von Freiberuflern mit geringem Einkommen, die von den Prämien in der PKV überfordert sind, aber auch in der GKV keine kostengünstige Aufnahme finden. Sie hat massive Fehlanreize zur Folge. Viel zu häufig sind Art und Ausmaß der Behandlung eines Patienten nicht von der Schwere der Erkrankung, sondern von der Art des Krankenversicherungsschutzes abhängig. Sie führt dazu, dass in einkommensstarken Regionen häufig zu viele Ärztinnen und Ärzte praktizieren und in strukturschwachen Gegenden zu wenige. Und nicht zuletzt wird durch die Systemtrennung mit der GKV das Versicherungssystem gefährdet, das den Krankenversicherungsschutz von fast 90 Prozent der Bevölkerung gewährleistet. Darunter die Bevölkerungsgruppen, die aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder ihrer sozioökonomischen Situation dringend auf ein leistungsfähiges Solidarsystem angewiesen sind. Der Aderlass, den die GKV durch die ständige Abwanderung von gut verdienenden Arbeitern und Angestellten zu verkraften hat, wird auf rund 5 Mrd. Euro im Jahr geschätzt.

Ein Wettbewerb zwischen den Versicherungssystemen findet hingegen kaum statt. Denn die weitaus meisten Versicherten haben keine echten Wahlmöglichkeiten zwischen GKV und PKV. Entweder, weil ihr Einkommen zu gering ist oder weil sie als Beamtinnen und Beamte in der GKV keinen Arbeitgeberzuschuss erhalten oder weil sie aufgrund ihres Alters und ihrer Vorerkrankungen in der PKV eklatante Risikozuschläge zahlen müssten oder gar nicht erst aufgenommen werden. In der Folge konkurrieren gesetzliche Kassen und private Krankenversicherer allenfalls um junge, gesunde und vielfach kinderlose Gutverdienende. Und dieser Wettbewerb dreht sich vor allem um den

Preis und den Service – und weniger um die Qualität der Gesundheitsversorgung. Denn die ist für diese Personengruppe noch nicht so wichtig.

Die Schaffung eines gemeinsamen Krankenversicherungssystems ist also überfällig: Keine Einheitsversicherung, sondern eine pluralistische Kassenlandschaft mit gesetzlichen und privaten Anbietern, die im Wettbewerb zueinander stehen.

Bürgerversicherung und Innovationen

Zu den häufigsten Einwänden gegen die Bürgerversicherung zählt die These vom „Innovationsmotor PKV“. Diese erlaube eine breitere und schnellere Anwendung neuer Produkte und Therapien als die GKV und müsse deshalb als eigenständiges System erhalten bleiben.

Doch dahinter steht ein fragwürdiger Innovationsbegriff. Sind die vielen kieferorthopädischen Behandlungen, die bei Kindern und Jugendlichen vorgenommen werden, tatsächlich alle nützlich? Wie effektiv sind verschiedene Arten von Implantaten? Wie sieht es mit ihrem Langzeitverhalten, Risiken und Nebenwirkungen aus? Das sind nur wenige Beispiele für viele Fragen aus dem Bereich der Zahnheilkunde, auf die es keine wissenschaftlich gesicherten Antworten gibt. Ausgerechnet in dem Leistungsbereich, der zu einem erheblichen Teil über die Selbstzahlungen der Patientinnen und Patienten und die PKV finanziert wird, fehlt für viele der angebotenen und durchgeführten Leistungen jeder Nutznachweis. Doch diese sind gerade dort, wo es um die dauerhafte Gesundheit und Lebensqualität von Patientinnen und Patienten geht, unverzichtbar. Neue Produkte und Verfahren müssen darauf befragt werden, ob die Patientinnen und Patienten tatsächlich etwas von ihnen haben. Sei es, weil sie für einen schonenderen Behandlungsverlauf oder bessere Behandlungsergebnisse sorgen. Sei es, weil sie den gleichen Behandlungserfolg zu geringeren Kosten ermöglichen als die bisherigen Therapien. Dagegen geht ein Innovationsbegriff, unter den alles gefasst wird, was neu ist und verkauft werden kann, in die Irre. Solch ein Verständnis ist weder mit einem leistungsfähigen Krankenversicherungssystem noch einer anspruchsvollen Zahnheilkunde vereinbar. Für solch einen qualifizierten Innovationsprozess leistet die heutige PKV aber nichts. Ihre Rolle beschränkt

sich auf die einer Zahlstelle. Denn anders als die GKV kennt sie keine Verfahren und Institutionen zur Bewertung von Innovationen.

Innovationsförderung über die PKV führt ins Nirgendwo. Denn nicht alles, was neu ist oder häufig angewendet wird, ist auch gut. Die Innovationssteuerung gehört deshalb in ein System, das auch über

Leistungen über den Leistungsrahmen der Bürgerversicherung hinausgehen, können diese auch weiterhin nach eigenen Regeln abgerechnet werden. Dabei wollen wir aber im Interesse der Patientinnen und Patienten ein besonderes Augenmerk auf die Gewährleistung der Preis- und Qualitätstransparenz legen. Die Patientenberatungsstellen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind hierfür ein guter Ansatz.

Es wird keine Bundesregierung daran vorbeikommen, die Integration von GKV und PKV auf die politische Tagesordnung zu setzen. Zu offensichtlich sind mittlerweile die Fehlsteuerungen, Sicherungslücken und Schnittstellenprobleme, zu denen unsere zweigeteilte - international einmalige - Krankenversicherungsordnung führt.

die Instrumente verfügt, um Innovationen bewerten zu können – und das gewährleistet, dass der medizinische Fortschritt auch bei denen ankommt, die auf ihn besonders angewiesen sind und nicht alles aus eigener Tasche bezahlen können.

Das soll nicht bedeuten, dass innerhalb der heutigen GKV in Sachen Innovationsförderung alles zum Besten stünde. Bei weitem nicht. Die Aufnahme neuer Produkte und Behandlungsmethoden in den Leistungskatalog dauert oft zu lange. Vieles, was gut ist, kommt nicht schnell genug ins System. Zu einer Bürgerversicherung müssen deshalb auch veränderte Spielregeln für das Innovationsmanagement gehören. Vorbild könnte die schnelle Nutzenbewertung im Arzneimittelbereich sein, die beides verfolgt: Nutzenbewertung und schnellen Zugang zu neuen Therapien.

Bürgerversicherung und Honorarentwicklung

In der Bürgerversicherung würde selbstverständlich eine einheitliche Gebührenordnung gelten. Für dieselben Leistungen müssen auch dieselben Preise gelten – unabhängig davon, ob der jeweilige Patient bei einer gesetzlichen Krankenkasse oder einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist. Doch die Bürgerversicherung ist kein heimtückischer Anschlag auf die Zahnärzteeinkommen. Diese sollen auch in Zukunft gesichert sein. Deshalb wollen wir die Honorarordnung der Bürgerversicherung so ausgestalten, dass die bisherige Honorarsumme erhalten bleibt. Die Vergütungen für zahnärztliche Leistungen sollen deutlich höher als in der heutigen GKV sein.

Darüber hinaus werden private Krankenversicherer neben dem Bürgerversicherungstarif auch künftig Zusatzversicherungen anbieten können. Soweit deren

Bei der Qualitätssicherung und dem Qualitätsmanagement und vor allem bei der Veröffentlichung der gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsberichte durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen gibt es aber noch einige „Luft nach oben“.

Bürgerversicherung - Teilhabe am medizinischen Fortschritt ermöglichen

Ob es tatsächlich zur Bürgerversicherung kommt, werden die Wählerinnen und Wähler entscheiden. Allerdings wird keine Bundesregierung daran vorbeikommen, die Integration von GKV und PKV auf die politische Tagesordnung zu setzen. Zu offensichtlich sind mittlerweile die Fehlsteuerungen, Sicherungslücken und Schnittstellenprobleme, zu denen unsere zweigeteilte – international einmalige – Krankenversicherungsordnung führt. Zudem gerät die PKV angesichts ihrer Defizite bei der Innovationsbewertung und des sinkenden Zinsniveaus für ihre Kapitalrücklagen in immer größere Schwierigkeiten. Diese Erkenntnis ist mittlerweile auch bei vielen Politikerinnen und Politikern angekommen, die über Jahre hinweg als Anwälte des Systemdualismus aufgetreten sind. Das Thema wird uns also nicht mehr loslassen. Allerdings ist offen, in welche Richtung der Reformprozess verläuft. Ob hin zu mehr Privatisierung, vielleicht verbunden mit einer vollständigen Ausgliederung der Zahnmedizin aus dem Sozialversicherungsbereich. Oder hin zu einer Stärkung des Solidarsystems und der Teilhabe aller am medizinischen Fortschritt. Ich bin überzeugt davon, dass die letztere Alternative nicht nur im Interesse der Patientinnen und Patienten, sondern auch in dem einer an ihrem Berufsethos ausgerichteten Zahnärzteschaft ist.

Steffen-Claudio Lemme

Mit der Bürgerversicherung die Zukunft solidarisch gestalten



Steffen-Claudio Lemme
(SPD), MdB,
Mitglied des Gesundheitsaus-
schusses des Deutschen Bun-
destages

„Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts.“ Das Zitat des Philosophen Arthur Schopenhauer unterstreicht die Bedeutung von Gesundheit und Wohlbefinden für den Menschen. Ein Gesundheitssystem, das in seiner Finanzierung, Steuerung und Versorgung die Versicherten in den Fokus rückt und sich dem Solidargedanken verpflichtet, kann sich selbstbewusst den Anforderungen stellen. Auch denen der Zukunft.

Mit dem Modell der Bürgerversicherung stellen wir uns den Herausforderungen der Zukunft: dem demografischen Wandel, dem medizinisch-technischen Fortschritt und dem Wandel des Krankheitspanoramas mit einem starken Anstieg von chronischen Erkrankungen sowie Multimorbidität. Mit einer Bürgerversicherung würden die Weichen für eine zukunftsfeste, flächendeckende, qualitativ hochwertige, am Versicherten ausgerichtete Versorgung gestellt. Darüber hinaus erfreuen sich die Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung bei der Bevölkerung einer großen Beliebtheit, wie jüngst eine Umfrage des wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDo) bestätigte: Sachleistungs- und Solidarprinzip sowie die Strukturen und Kompetenzen der Selbstverwaltung stoßen auf eine breite Zustimmung! Für die Politik ist dies ein wichtiges Signal, mit der Bürgerversicherung diesen Weg weiter zu beschreiten!

Die Mundgesundheit hat eine nicht zu unterschätzende Bedeutung für den allgemeinen Gesundheitszustand. Erfreulicherweise verbessert sie sich laut der Deutschen Mundgesundheitsstudie kontinuierlich. Nicht zuletzt auf Grund der hervorragenden Versorgung durch die Zahnärztinnen und Zahnärzte. Doch die zuvor genannten Zukunftsaufgaben werden auch die zahnärztliche Versorgung verändern:

Demografischer Wandel

Durch die steigende Lebenserwartung und die alternde Gesellschaft besteht die Notwendigkeit einer längerfristigen Konservierung des Kauapparats, um den Zahnersatz möglichst lang hinauszuschieben. Zwei Faktoren sind hier besonders entscheidend: Aufklärung ab dem frühen Kindesalter über Lebensweisen, die die Mundgesundheit fördern, und die „sprechende Medizin“, die das Arzt-Patienten-Verhältnis intensivieren soll.

Prävention und Gesundheitsförderung

Wie grundsätzlich im Gesundheitswesen, muss auch bei der Mundgesundheit ein Paradigmenwechsel stattfinden, hin zur Prävention und Gesundheitsförderung. Relativ einfache Maßnahmen wie gezielte Mundhygiene oder die Anwendung von Fluoridpräparaten können bereits gute Präventionserfolge erzielen. Der Gesundheitsbildung kommt hier eine große Bedeutung zu. Möglichst früh, in den Lebenswelten wie der KiTa, der Schule und dem Betrieb, müssen die Menschen über Mundhygiene informiert und aufgeklärt werden. Immer mehr Studien zeigen, dass Präventionsprogramme und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung mittel- und langfristig die Gesundheitsausgaben senken. Dabei sollten die finanziellen Ressourcen nicht nach dem „Gießkannenprinzip“ verteilt werden, sondern auf die Bedarfe und Bedürfnisse einzelner Bevölkerungsgruppen abgestimmt werden.

Vergütung

Im Rahmen der Einführung der sozialen Bürgerversicherung werden wir auch die Vergütung zahnmedizinischer Leistungen vereinheitlichen. Die Trennung der Vergütung in BEMA und GOZ kann in einem einheitlichen Versorgungssektor keinen Bestand haben. Wir werden bei der Zusammenführung der Vergütungen generell darauf achten, dass alle beteiligten Akteure angemessen Berücksichtigung finden.

Mit der Bürgerversicherung stärken wir nicht nur die Einnahmeseite des Gesundheitssystems. Durch eine zielgruppenspezifische Implementierung von Programmen zur Prävention und Gesundheitsförderung schaffen wir zudem eine Zukunftsinvestition, um die Gesundheitsausgaben mittel- und langfristig zu stabilisieren. Damit leisten wir einen wichtigen Beitrag zur Verhinderung eines sozial bedingten Gesundheitsgefälles. Denn der Gesundheitsstatus ist Grundvoraussetzung für die Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben. Damit wird sich die Einführung der solidarischen Bürgerversicherung auch positiv auf andere Politikfelder wie die Arbeits- und Sozialpolitik auswirken. Nur mit einer solidarischen Bürgerversicherung können wir den Herausforderungen der zukünftigen Versorgung, Finanzierung und Steuerung des Gesundheitssystems begegnen, ohne den sozialen Frieden und den Zusammenhalt der Gesellschaft zu gefährden!

Roland Weber

Die PKV in der Niedrigzinsphase

Das AUZ-Verfahren hat sich bewährt – Unisex-Tarife mit neuem Rechnungszins

Der Rechnungszins dient zur Berechnung der Altersrückstellungen und sollte von einem Krankenversicherungsunternehmen auf jeden Fall erwirtschaftet werden können. Seit mehr als fünfzig Jahren beträgt der Rechnungszins in der privaten Krankenversicherung (PKV) 3,5 %. In der ersten Finanzmarktkrise Anfang des letzten Jahrzehnts wurde erstmals bei vielen Krankenversicherern eine Nettoverzinsung unterhalb des Rechnungszinses beobachtet. Gleichzeitig fielen die Marktzinsen deutlich ab. Die Folge: Entsprechend den Regelungen des § 65 des Versicherungsaufsichtsgesetzes musste der Rechnungszins in der Lebensversicherung zum 1.1.2004 auf 2,75 % abgesenkt werden – inzwischen liegt er bei 1,75 %.

Die Auswirkungen einer Absenkung des Rechnungszinses sind beträchtlich.

Da die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, legte die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) dem Bundesfinanzministerium damals einen entsprechenden Vorschlag zur Kalkulation der privaten Krankenversicherung vor. Zum 1.1.2004 sollte auch in der Krankenversicherung der Rechnungszins auf 2,75 % abgesenkt werden. Nun bedeutet allerdings in der PKV die Absenkung des Rechnungszinses für den Neuzugang eventuell sofort, für den Bestand mit der nächsten Beitragsanpassung eine zusätzliche Beitragserhöhung.

Dabei hängt die Wirkung einer Rechnungszinsabsenkung auf die Beiträge eines Tarifs ab vom Verlauf des Kopfschadenprofils und von den eingerechneten Ausscheidewahrscheinlichkeiten: Je steiler das Profil und je kleiner die Ausscheidewahrscheinlichkeiten sind, desto größer ist der Effekt einer Rechnungszinsabsenkung.

Deshalb war die BaFin schließlich bereit, auf die generelle Absenkung des Höchstrechnungszinses in der privaten Krankenversicherung zu verzichten. Die Bedingung der BaFin: Es musste ein anerkanntes und verbindliches Verfahren entwickelt werden, das einzelne Unternehmen individuell zu einem niedrigeren Rechnungszins zwingt, wenn diese Unternehmen perspektivisch 3,5 % Verzinsung nicht erreichen. Die Deutsche Aktuarvereinigung (DAV) entwickelte daraufhin in Abstimmung mit allen PKV-Unterneh-

men und der BaFin das Verfahren „aktuarieller Unternehmerzins“ (AUZ). Dieses Verfahren wurde von der DAV als Richtlinie beschlossen.

Das AUZ-Verfahren im Einzelnen

Das AUZ-Verfahren prognostiziert jährlich den vom jeweiligen Unternehmen im übernächsten Jahr mit neunzigprozentiger Sicherheit zu erzielenden Zins. Um dies zu berechnen, wird der Kapitalanlagebestand in Altanlagen und Neu- und Wiederanlagen aufgeteilt. Anschließend erfolgt eine Risikobewertung dieser Teilbestände. Dabei ergibt sich der Ertrag des Altbestandes aus der laufenden Durchschnittsverzinsung; Risiken werden durch hergeleitete Abschlagsfaktoren berücksichtigt. Der Ertrag der Neuanlage wird aus Zeitreihen unter Berücksichtigung einer möglichen Verschlechterung des Zinsniveaus ermittelt. Wenn der so errechnete AUZ-Wert niedriger als 3,5 % ist, ist dieser AUZ-Wert der neue Höchstrechnungszins des betreffenden Versicherungsunternehmens.

AUZ-Verfahren erfolgreich

Durch die Anwendung des AUZ-Verfahrens wurde erreicht, dass die private Krankenversicherung seit 2004 weiter mit dem Höchstrechnungszins von 3,5 % arbeiten konnte, obwohl es in der Lebensversicherung in den Folgejahren mehrere Absenkungen des Höchstrechnungszinses gab. Diese Stabilität ist insbesondere für die Versicherten wichtig, da die Absenkung des Rechnungszinses in der Krankenversicherung stärkere Auswirkungen auf das Preis-Leistungsverhältnis hat als in der Lebensversicherung.

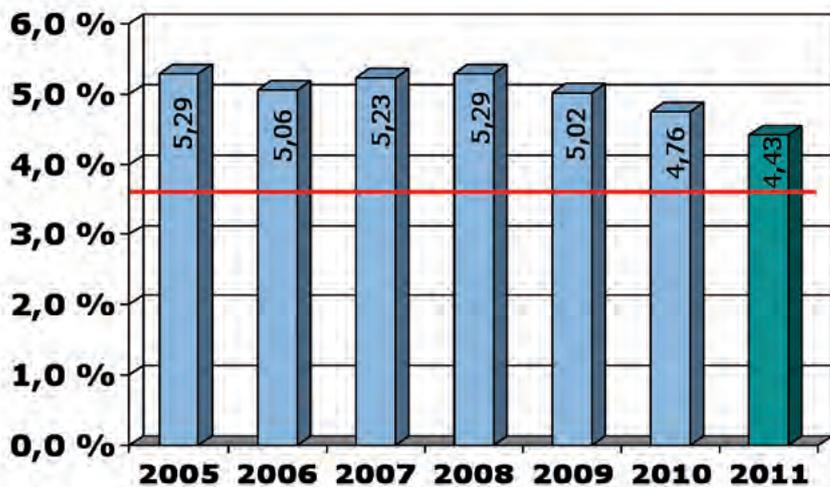
Die zweite Finanzmarktkrise im letzten Jahrzehnt und die danach anhaltende Niedrigzinsphase führten zu einer weiteren Absenkung der Verzinsung der PKV-Unternehmen. Inzwischen haben mehrere private Krankenversicherer in Anwendung des



Roland Weber,
Mitglied des Ausschusses Krankenversicherung der Deutschen Aktuarvereinigung e.V.,
Mitglied der Vorstände der Debeka Versicherungen

Auswirkungen der Absenkung des Rechnungszinses von 3,5% auf 3,0% für den Tarif PN der Debeka, Quelle: Roland Weber

Tarif	Alter	Neuzugang		Bestand (Durchschnitt)	
		Männer	Frauen	Männer	Frauen
PN	30	5,7 %	3,7 %	7,0 %	4,3 %
	40	4,3 %	3,1 %	6,8 %	4,3 %
	50	2,8 %	2,1 %	6,1 %	4,0 %
	60	1,6 %	1,3 %	5,6 %	3,5 %
	70	0,8 %	0,6 %	4,8 %	2,9 %



Die AUZ-Werte eines konkreten PKV-Unternehmens, Quelle: Roland Weber

AUZ-Verfahrens eine leichte Absenkung des Rechnungszinses vornehmen müssen. Da das Verfahren inzwischen etabliert ist und von der Aufsichtsbehörde, den unabhängigen Treuhändern und der gesamten Branche akzeptiert wird, erfolgten diese Absenkungen stets zügig und unspektakulär.

Unisex-Tarife mit niedrigerem Rechnungszins

Für die neuen Unisex-Tarife, die aufgrund eines Urteils des Europäischen Gerichtshofes künftig die getrennt nach Geschlecht kalkulierten Tarife ablösen, hat die DAV den privaten Krankenversicherern empfohlen, mit einem Rechnungszins von 2,75 % zu kalkulieren. Damit wird auch bei anhaltender Niedrigzinsphase bei den neuen Verträgen ein höherer Zinsgewinn erreicht, der langfristig zur Beitragsstabilisierung im Alter verwendet wird.

Reiner Will

Die Konsequenzen der Absenkung des Rechnungszinses in der PKV



Dr. Reiner Will,
Geschäftsführer der
ASSEKURATA Assekuranz
Rating-Agentur GmbH,
Köln

Mit der zum 1.1.2013 anstehenden Einführung der Unisextarife hat eine Reihe von privaten Krankenversicherern angekündigt, die neuen Prämien auf Grundlage eines Rechnungszinses von 2,75 % zu kalkulieren. Hintergrund ist das schwierige Kapitalmarktumfeld und hier insbesondere das geringe Zinsniveau für vermeintlich sichere Kapitalanlagen in der Neuanlage. Mehr als fünfzig Jahre lang hatte der Rechnungszins unverändert bei 3,5 % gelegen. Der Rechnungszins ist der in den Beiträgen einkalkulierte Satz für die Berechnung der Alterungsrückstellungen eines Versicherungsvertrages. Die Alterungsrückstellung dient dazu, steigende Leistungsausgaben im Alter zu decken.

Eine Absenkung des Rechnungszinses hat höhere Beiträge zur Folge. Zugleich sinkt aber das Risiko des Versicherers, weniger Zinsen zu erwirtschaften, als einkalkuliert sind. Bei unveränderten Kapitalerträgen steigt der sogenannte Überzins, welcher die vom Versicherer erwirtschaftete Verzinsung der Kapitalanlagen darstellt, die über den kalkulierten Rechnungszins hinausreicht. In der Beitragskalkulation darf dieser Überzins nicht berücksichtigt werden. Der Gesetzge-

ber schreibt allerdings vor, dass 90 % des Überzinses unmittelbar den Versicherten in Form einer zusätzlichen Beitragsentlastung im Alter zugeführt werden muss. Sinkt der Kalkulationszins, steigt ceteris paribus der Überzins, was dann wiederum zu einer größeren Beitragsentlastung im Alter führt.

Der Kunde zahlt also bei den Unisextarifen im Neugeschäft einen höheren Beitrag, gleichzeitig aber gewinnt die Kalkulation an Sicherheit. Dabei schafft die aus Überzinsen gebildete Reserve einen Ausgleich für das Inflationsrisiko. Die Erfahrung zeigt, dass bisher unter der Annahme normaler Bedingungen ein Überzins von etwa 1,5 Prozentpunkten dafür ausreicht. Dass eine Absenkung des Rechnungszinses im Neugeschäft notwendig ist, verdeutlichte der Vorstandsvorsitzende der Halleschen Krankenversicherung, Dr. Walter Botermann, am 14. November 2012 im Gespräch mit der Financial Times Deutschland, in welchem er ankündigte, die neuen Unisextarife mit 2,5 % zu kalkulieren. Nach Aussage von Botermann würde der Hauptteil der privaten Krankenversicherer eine Absenkung durchführen, denn „wer weiter mit 3,5 % kalkuliert, der verkauft seinen Kunden von Anfang an eine Beitragserhöhung“.

Damit stellt sich zwangsläufig auch die Frage, welchen Rückschluss dies auf den Bestand hat, der noch mit 3,5 % kalkuliert ist. Dazu lohnt ein Blick auf die Kapitalanlagen der privaten Krankenversicherer. Der Buchwert der Anlagen liegt gegenwärtig bei über 190 Mrd. Euro, wovon rund 170 Mrd. Euro auf die Alterungsrückstellungen entfallen. Im Branchendurchschnitt stecken gut 90 % dieser Anlagen in festverzinslichen Wertpapieren. Die Aktienquote liegt hingegen nur bei etwa 1,5 %, auf Immobilien entfallen ca. 4 %. Die festverzinslichen Wertpapiere verfügen über eine hohe Qualität. Nach den Assekurata vorliegenden Informationen haben rund 95 % der Papiere eine Bonitätseinschätzung im Bereich Investmentgrade, d.h. sie sind mindestens mit BBB beurteilt, wobei der Schwerpunkt in den Ratingklassen AAA und AA liegt. Die Papiere sind in der Regel langfristig angelegt, was sich gegenwärtig in einer durchschnittlichen Restlaufzeit von knapp unter 10 Jahren widerspiegelt.

Im kapitalgedeckten System der privaten Krankenversicherung sind langfristig sichere Kapitalanlagemöglichkeiten eine wichtige Rahmenbedingung, an der sich die Branche ausrichtet. Marktweit erzielten die Gesellschaften 2011 eine durchschnittliche Nettoverzinsung von 4,08 % und die laufende Durchschnittsverzinsung lag bei 4,35 %. Dabei zeigt die Nettoverzinsung das realisierte Kapitalanlageergebnis, während die laufende Durchschnittsverzinsung ein Indikator für die Höhe der laufenden Zinserträge im Bestand ist. Beide Quoten liegen damit im Branchenschnitt noch deutlich über dem Kalkulationszinssatz des Bestandes von 3,5 %, wobei die Werte bei den Einzelgesellschaften durchaus unterschiedlich ausfallen. Anhand des Aktuariellen Unternehmenszinsverfahrens (AUZ) muss jede Gesellschaft gegenüber der BaFin nachweisen, dass sie perspektivisch den Rechnungszins erwirtschaften kann. Das AUZ-Verfahren prognostiziert jährlich, welchen Zins das Unternehmen im übernächsten Jahr mit hinlänglicher Sicherheit erzielen wird. Bei Gesellschaften, die einen AUZ-Wert von unter 3,5 % erzielen, wird der Höchstrechnungszins auf den ermittelten AUZ-Wert abgesenkt.

Grundsätzlich sollen Beitragsanpassungen in der PKV nur im notwendigen Rahmen erfolgen, darüber wacht ein Treuhänder. Das AUZ-Verfahren ist so angelegt, dass erst angepasst werden kann, wenn der AUZ-Wert unterschritten wird. In der aktuellen Kapitalmarktsituation hat dies aber zur Folge, dass gegenwärtig nur vergleichsweise geringe Überzinsen für die Bestandsversicherten erwirtschaftet werden können, da die Gesellschaften nicht von sich aus den Rechnungszins absenken dürfen. Zu den Auswirkungen einer Beitragsanpassung im Bestand hat beispielsweise die

Debeka Krankenversicherung Zahlen veröffentlicht. Unterstellt wurde dabei eine Absenkung des Rechnungszinses im Tarif PN um 0,5 Prozentpunkte. Für einen 40-jährigen Mann würde sich daraus eine Beitragsanpassung von 6,8 % ergeben und für eine Frau gleichen Alters in Höhe von 4,3 %. Die Werte sollten sehr vorsichtig interpretiert werden, weil im Einzelfall die Höhe der Anpassung von einer Reihe von Faktoren abhängt. Da die Ursachen einer Beitragsanpassung im Detail nicht veröffentlicht werden, ist nicht

Die Niedrigzinspolitik der EZB trifft nicht nur Sparer, sondern spürbar auch die privaten Krankenversicherer.

auszuschließen, dass es Versicherer gibt, die bereits eine Beitragserhöhung gemäß dem AUZ-Verfahren durchgeführt haben. Absenkungen des Rechnungszinses im Bestand stoßen somit zum Schutz der Versicherten auf rechtliche Grenzen, damit einher geht aber eine geringere Risikovorsorge für inflationsbedingte Kostensteigerungen im Alter.

In diesem Zusammenhang taucht nun bereits die Frage auf, was passieren würde, wenn der am Markt erzielbare Zins langfristig deutlich niedriger als die Inflationsrate liegen würde - wovon heute einige Experten ausgehen. Ein solches Szenario erscheint unter normalen wirtschaftlichen Bedingungen kaum denkbar, da der Zins sich unter marktgerechten Bedingungen zuverlässig über der Inflationsrate bildet. Wer Geld verleiht, möchte schließlich einen Preis dafür erzielen. Diese Mechanismen gesunden wirtschaftlichen Handelns werden aber seit geraumer Zeit durch weitgehend politisch motivierte Entscheidungen wie die anhaltende Niedrigzinspolitik der Europäischen Zentralbank überformt. Die Politik des billigen Geldes hilft nicht nur den hochverschuldeten Staaten Südeuropas, sondern auch den öffentlichen Haushalten hierzulande bei der Reduzierung ihrer Defizite. Die Kosten dafür tragen jedoch all diejenigen, die Vorsorge für das Alter durch die Bildung von Sparkapital, Renten- und Lebensversicherungen absichern. Eine Verzinsung unterhalb der Inflationsrate führt zu realem Kapitalverlust. Die deutschen Lebensversicherer haben darauf bereits reagiert und vehement eine Abkehr von diesem finanzpolitischen Kurs gefordert. Weit weniger beachtet wird in der Öffentlichkeit, dass diese Politik auch die privaten Krankenversicherer spürbar trifft. Die Probleme, die dadurch entstehen, sind politisch gesetzt und mitnichten ein Ausdruck des Scheiterns kapitalgedeckter Altersvorsorgemodelle.

Uwe Laue

Zur Zukunft des deutschen Krankenversicherungssystems

Der Lösungsansatz der „reformierten Dualität“



Uwe Laue,
Generaldirektor,
Vorsitzender der Vorstände der
Debeka Versicherungen

Das deutsche Gesundheitssystem ist im internationalen Vergleich eines der leistungsstärksten und besten – ob man es hören will oder nicht. Diese Tatsache sollte man bei den zum Teil hitzig und emotional geführten Diskussionen um seine Zukunft immer berücksichtigen. Ein wesentlicher Grund für die Leistungsfähigkeit ist die historisch gewachsene Existenz der nebeneinander bestehenden Systeme aus gesetzlicher (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV). Mittlerweile sind ca. 9 Millionen Menschen in Deutschland privat vollversichert, das sind 11 Prozent der Bevölkerung – Tendenz steigend. 2,2 Millionen Privatpatienten sind bei der Debeka versichert. Damit repräsentiert sie ein Viertel des PKV-Markts. Allein seit dem Jahr 2000 hat die Debeka fast eine halbe Million neue Kunden hinzugewonnen. 98,4 Prozent aller Debeka-Mitglieder (sie ist ein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit!) sind zufrieden, sehr zufrieden oder gar vollkommen zufrieden. Man mag die Debeka als „Beamtenversicherer“ klassifizieren, bei dem ohnehin alles anders sei. Unter den 2,2 Millionen Vollversicherten sind aber immerhin 400.000 Arbeitnehmer und Selbständige. Schon mit dieser Anzahl an Versicherten wäre die Debeka bereits der siebtgrößte private Krankenversicherer in Deutschland.

Die PKV in der Kritik

Die private Krankenversicherung steht seit einiger Zeit heftig in der öffentlichen Kritik. Von „Beitragsexplosion im Alter“ ist die Rede und von „Billigtarifen“ mit zu geringen Leistungen, die zu einer „Flucht aus der PKV“ führten. Darüber hinaus sei die PKV unsolidarisch, weil sie nur „Reiche“ versichere, ihre bloße Existenz habe zu einer „Zwei-Klassen-Medizin“ geführt. Die Finanzmarktkrise zeige zudem, dass das Prinzip der Kapitaldeckung als Demografievorsorge gescheitert sei. Der gutgläubige Leser der deutschen Tages- und Wochenpresse muss zu der Auffassung gelangen, die PKV sei am Ende.

Es würde den Rahmen dieses Beitrags sprengen, auf alle, teils haarsträubend unsachlichen Vorwürfe einzugehen. Zu den „Beitragsexplosionen“ nur so viel: Bei der Debeka zahlen 90-jährige keinen höheren Beitrag als 65-jährige Versicherte. Mehr noch: Die Tendenz geht dahin, dass die Beiträge im hohen Al-

ter sogar sinken. Durchschnittlich zahlen Beamte für ihren Versicherungsschutz im Alter Monatsbeiträge von deutlich unter 200 Euro, während die Beiträge für Arbeitnehmer und Selbstständige weniger als 500 Euro im Monat betragen.

Von „Beitragsexplosionen im Alter“ kann also bei der Debeka keine Rede sein. Für das Jahr 2013 bleiben die Beiträge im Übrigen stabil. Für 100.000 ältere Versicherte werden sie sogar leicht gesenkt.

Der Status Quo

In Deutschland existieren, anders als in anderen Ländern, zwei Versicherungssysteme – ein gesetzliches und ein privates – parallel nebeneinander, die aber ein einheitliches Versorgungssystem finanzieren. Das heißt, der Finanzierungsbeitrag der Privatversicherten fließt in eine gemeinsame Gesundheits-Infrastruktur (Arzt- und Zahnarztpraxen, Krankenhäuser, Pflegedienste, Pflegeheime etc.), an der auch gesetzlich Versicherte partizipieren. Der überproportionale Finanzierungsbeitrag der Privatversicherten von mehr als 10 Milliarden Euro pro Jahr sichert eine moderne Ausstattung von Arztpraxen und Krankenhäusern, die auch den gesetzlich Versicherten zugute kommt. Zugleich sorgt diese doppelte Finanzierungsbasis für eine wohnortnahe ärztliche und fachärztliche Versorgung.

Der von Verfechtern der sogenannten Bürgerversicherung erhobene Vorwurf einer angeblichen „Zwei-Klassen-Medizin“ trifft auf Deutschland gerade wegen der Partizipation des einen Systems an der Finanzierung des anderen nicht zu. Sowohl gesetzlich wie privat Versicherten wird eine ausgezeichnete medizinische Versorgung geboten. Der wesentliche Unterschied besteht lediglich in etwas längeren Wartezeiten bei GKV-Versicherten – ein Thema, das die Gesundheitspolitik durch die Einführung der Budgetierung im gesetzlichen Sektor aber selbst geschaffen hat. Es gibt also allenfalls einen „Zwei-Klassen-Komfort“.

Eine echte Zwei-Klassen-Medizin gibt es vor allem in Ländern, die ein einheitliches Versicherungssystem oder ein staatliches Gesundheitswesen haben. Beispiele wie Großbritannien, Spanien oder Italien zeigen, dass dort ein zweites Versorgungssystem mit Privatpraxen und Privatkliniken entstanden ist,

die nur denjenigen Menschen offenstehen, die über eine private Zusatzversicherung verfügen oder als Selbstzahler den Strukturmängeln, den Wartezeiten und der Rationierung des Einheitssystems entfliehen wollen.

Das hohe Niveau der deutschen GKV ist unmittelbares Ergebnis der Dualität mit der PKV. Denn bei jeder Gesundheitsreform, deren Ziel ja in der Regel Kostensenkung durch Leistungsreduzierung ist, müssen die Gesundheitspolitiker berücksichtigen, dass bei einer zu starken Kürzung des Leistungsumfangs mehr PKV-Berechtigte die GKV verlassen als sonst. Auch namhafte GKV-Vertreter bestätigen: Ohne die Existenz der PKV als Vollversicherung wäre bei vielen Gesundheitsreformen der Leistungsumfang der GKV deutlich reduziert worden, so zum Beispiel der DAK-Vorstandsvorsitzende Herbert Rebscher oder die Chefin des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung, Doris Pfeifer, die in einem Interview im Juli 2008 bekannte: „Ohne die Konkurrenz von Privatversicherungen wäre die Gefahr, dass der Leistungskatalog auf eine minimale Grundversorgung reduziert wird, größer. In einem Einheitssystem ließen sich die Leistungen leichter reduzieren.“

Erstaunlich ist, dass dieses anerkannt hohe Leistungsniveau des deutschen Gesundheitswesens mit – im internationalen Vergleich – eher durchschnittlichen Kosten erreicht wird. Insbesondere die beiden Länder, die von deutschen Gesundheitswissenschaftlern und Politikern bisweilen als vorbildhaft dargestellt werden, die Niederlande und die Schweiz, haben ein leistungsschwächeres Gesundheitssystem mit höheren Kosten.

Das PKV-Modell weiterentwickeln

Das duale System aus GKV und PKV liefert also Ergebnisse, die sich im internationalen Vergleich mehr als sehen lassen können. Wer an diesem System grundlegende Änderungen vornehmen will, muss sie gut begründen. Rein ideologische Gerechtigkeitsargumente reichen hier nicht. Um es auf den Punkt zu bringen: Eine Bürgerversicherung löst kein einziges Problem im deutschen Gesundheitswesen. Sie würde dazu führen, dass es keinem besser geht, aber vielen schlechter! Das Konzept der Bürgerversicherung erinnert fatal an das sozialistische Prinzip, dass, wenn ein System schon nicht funktioniert, alle darunter zu leiden haben.

Zielführender ist es, das im Grunde gut funktionierende duale System weiterzuentwickeln, statt es zu zerschlagen. Dass sich Jahr für Jahr mehr gesetzlich Versicherte für die PKV entscheiden als Privatversicherte wegen Eintretens der Versicherungspflicht zur Rückkehr ins gesetzliche System gezwungen werden, zeugt von einem ungebrochenen Vertrauen der Verbraucher Deutschlands in die PKV. Damit ihr

Geschäftsmodell auch weiterhin auf eine solche Akzeptanz stößt, muss sich auch die PKV weiterentwickeln. Hierbei ist nicht nur der Gesetzgeber gefragt, der die notwendigen Rahmenbedingungen schaffen muss, sondern auch die Versicherer selbst sind herausgefordert.

Die PKV-Branche ist dabei, ihre Hausaufgaben zu machen. Die unseligen Billigtarife verschwinden langsam von der Bildfläche. Mindeststandards im Leistungsbereich entkräften die Kritik, die PKV würde oftmals weniger leisten als die GKV. Selbst der Vorwurf, die

Eine Bürgerversicherung löst kein einziges Problem im deutschen Gesundheitswesen. Sie würde dazu führen, dass es keinem besser geht, aber vielen schlechter.

PKV betreibe „Rosinenpickerei“, kann aufgelöst werden. Schon seit Jahrzehnten bieten die PKV-Unternehmen Beamtenanfängern an, sich zu erleichterten Bedingungen (keine Leistungsausschlüsse, Risikozuschläge bis höchstens 30 %) in der PKV zu versichern. Eine ähnliche Regelung könnte auch für Arbeitnehmer und Selbstständige eingeführt werden. Ohne gesetzliche Regelung ist dies aus kartellrechtlichen Gründen allerdings nicht für die gesamte Branche umsetzbar.

Fazit

Das deutsche Gesundheitssystem gehört – bei allem Optimierungsbedarf – zu den leistungsfähigsten der Welt. Daran hat das duale System aus gesetzlicher und privater Krankenversicherung entscheidenden Anteil. Nicht umsonst ist China dabei, sein staatliches Gesundheitssystem durch Elemente der deutschen PKV zu ergänzen. Die private Krankenversicherung ist mit ihren ständig steigenden Alterungsrückstellungen wesentlich besser auf die demografische Entwicklung vorbereitet als die gesetzliche Krankenversicherung, die aufgrund ihres Umlageverfahrens hierfür keine befriedigende Lösung bieten kann.

Die PKV arbeitet zurzeit die wesentlichen Kritikpunkte an ihrem System auf. Das Modell der Bürgerversicherung würde das leistungsstarke duale System Deutschlands zerstören und auf Gestaltungsmerkmale setzen, die sich in anderen Ländern nicht bewährt haben. Die Argumente für die Bürgerversicherung sind allesamt nicht gesundheitspolitisch, sondern ideologisch motiviert. Mit einer reformierten Dualität lässt sich die Zukunft unserer Gesundheitsversorgung besser gestalten als mit der radikalen Zerstörung gewachsener Strukturen.

Volker Leienbach

Die PKV – eine starke Säule für das deutsche Gesundheitswesen



Dr. Volker Leienbach,
Verbandsdirektor des
Verbandes der Privaten
Krankenversicherungen

Deutschland verdankt seine im internationalen Vergleich hervorragende medizinische Versorgung zu großen Teilen dem Zwei-Säulen-Modell aus privater Krankenversicherung (PKV) und gesetzlicher Krankenversicherung (GKV). Gesetzlich und privat Versicherten steht gemeinsam ein flächendeckendes Netz von Krankenhäusern sowie von Haus-, Zahn- und Fachärzten offen. Die Wartezeiten sind allgemein sehr kurz. Das zweigegliederte Versicherungssystem steht dabei nicht etwa für eine Zwei-Klassen-Medizin, sondern ist im Gegenteil die beste Präventionsmaßnahme gegen eine Versorgung nach dem Geldbeutel.

Denn gerade in jenen Ländern, in denen die Menschen auf dem Papier einheitlich abgesichert sind, gibt es in der Praxis oft gravierende Ungleichheiten: Dort ist die Versorgung meist von offenen Rationierungen sowie parallelen Versorgungsstrukturen für Arm und Reich geprägt. Ein Paradebeispiel ist Großbritannien, wo die Wartezeiten weit über denen in Deutschland liegen und all diejenigen, die es sich leisten können, ihre medizinische Behandlung am staatlichen System vorbei organisieren.

Das deutsche duale System wirkt einer solchen Entwicklung entgegen und übernimmt dabei zunehmend Vorbild-Funktion: So hat China – bekanntlich sehr erfolgreich darin, gut funktionierende Dinge aus anderen Teilen der Welt zu übernehmen – jetzt damit begonnen, ein zweigliedriges System aus sozialer und privater Versicherung einzuführen. Dabei hat sich das Land ausdrücklich das deutsche System zum Vorbild genommen. Es gibt Anzeichen dafür, dass andere wichtige Schwellenländer wie Indien, Pakistan oder Brasilien bald folgen und duale Systeme einführen werden.

Doch manche Akteure in Deutschland laufen Gefahr, diese bewährte Gesundheitsversorgung leichtfertig zu verspielen, indem sie einen Radikalumbau zum Einheitssystem anstreben. Dort würde die private Krankenversicherung als tragende Säule des Gesamtsystems geschwächt oder gar wegfallen. Für die Versorgung mit Gesundheitsleistungen und die Stabilität der Sicherungssysteme insgesamt wäre dies ein Niedergang. Denn die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens lebt von der Dualität aus GKV und PKV. Zum einen macht der Wettbewerb zwischen

den Systemen eine medizinische Spitzenversorgung möglich. Zum anderen braucht unser Gemeinwesen angesichts steigender Staatsschulden und der bevorstehenden Überalterung der Bevölkerung zwingend ein ergänzendes, nachhaltig mit Kapitaldeckung finanziertes Versicherungssystem.

Lebendiger Systemwettbewerb

Der hohe Standard der deutschen Gesundheitsversorgung, von dem alle Versicherten profitieren, ist das Ergebnis eines lebendigen Systemwettbewerbs von PKV und GKV. Dabei hat die PKV eine entscheidende Korrektivfunktion, denn ohne ihr Leistungsspektrum als Benchmark wären Leistungskürzungen bei gleichzeitigen Beitragserhöhungen in der gesetzlichen Krankenversicherung politisch einfacher durchsetzbar. Schon jetzt sind in der GKV immer wieder Einschnitte im Versicherungsumfang zu beobachten. Leistungen für Zahnersatz oder Brillen wurden bereits eingeschränkt. Außerdem gibt es Zuzahlungen, etwa bei Arzneimitteln oder im Krankenhaus.

Überdies zahlen die Privatversicherten für viele medizinische Leistungen höhere Honorare. Im Ergebnis entrichten sie, bei einem Anteil von rund 11 Prozent an allen Versicherten, fast 25 Prozent der Arzthonorare, während die knapp 90 Prozent der gesetzlich Versicherten mit 75 Prozent unterdurchschnittlich dazu beitragen. Durch diese und andere Mehrzahlungen der PKV fließen jedes Jahr mehr als zehn Milliarden Euro zusätzlich ins Gesundheitssystem, davon allein zwei Milliarden in die zahnmedizinische Versorgung. Diese Einnahmen ermöglichen es Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern, in moderne Geräte und Behandlungsmethoden zu investieren. Dies kommt wiederum allen zugute: privat und gesetzlich Versicherten. Schon jetzt warnen viele Ärzte davor, dass sie ihre Praxis nicht mehr wirtschaftlich betreiben könnten, wenn es die Mehreinnahmen durch die PKV nicht gäbe. Den Schaden hätten auch die gesetzlich Versicherten.

Stabilisierendes Element in den Sicherungssystemen

Zudem trägt die Existenz der PKV zur Stabilisierung der sozialen Sicherungssysteme in Deutschland bei.

Schon heute ist klar, dass die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung mit ihrem Finanzierungssystem des sogenannten Umlageverfahrens infolge des demografischen Wandels an ihre Grenzen stoßen wird.

Die Privatversicherten hingegen haben bis heute Rückstellungen von mehr als 175 Milliarden Euro gebildet. Mit dieser eingebauten Vorsorge sind sie in der Kranken- und Pflegeversicherung gut auf die Alterung der Gesellschaft vorbereitet. Dieser Kapitalstock wächst

Warum plädiert dann immer noch so mancher für Systemumbruch und Einheitslösungen? Es ist offensichtlich, dass sich einige Parteien bereits für den Wahlkampf zur Bundestagswahl 2013 warm laufen. Sie versprechen sich offenbar eine gewisse Mobilisierungswirkung von populistischen Neidparolen. Jedenfalls geht es den Befürwortern einer Bürgerversicherung ganz offensichtlich nicht um eine bessere Gesundheitsversorgung, sondern um parteipolitisch motivierte Gesellschaftspolitik: weg von Wettbewerb und Pluralität, hin zu Einheitslösungen. Auf

Wir werden weltweit um die gute deutsche Gesundheitsversorgung beneidet; und dieses System ist deshalb so stabil und leistungsfähig, weil es auf den zwei Säulen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung ruht.

Jahr für Jahr mit Zinseszins und hat bisher alle Finanzkrisen unbeschadet überstanden. Dafür sorgen nicht nur strenge gesetzliche Vorgaben, sondern auch eine besonnene Anlagepolitik der PKV-Unternehmen. So wird das Geld der Versicherten teilweise in langfristige Anleihen mit Laufzeiten von 50 Jahren investiert. Auf diese Weise können auch einmal Niedrigzinsphasen verkraftet werden.

Die PKV verbessert permanent ihre Leistungen.

Mit 9 Millionen Krankenvollversicherten sowie über 22,5 Millionen Zusatzversicherungen gibt es heute so viele Privatversicherte wie nie zuvor. Dieser anhaltende Trend in Richtung PKV zeigt das hohe Vertrauen, das die Versicherten in das System setzen. Sie erwarten einen umfangreichen Schutz, der vertraglich garantiert ist, ein sehr gutes Preis-Leistungs-Verhältnis und einen Versicherungsschutz, den sie nach ihren individuellen Bedürfnissen zusammenstellen können. Ihre Erwartungen werden nicht enttäuscht: In allen Umfragen äußern Privatversicherte eine hohe Kundenzufriedenheit. Die aktuellste Studie des renommierten Meinungsforschungsinstituts Emnid in diesem Frühjahr hat ergeben, dass sich 96 Prozent der Privatversicherten gut oder sogar sehr gut abgesichert fühlen.

Insgesamt zeigt sich also, dass die PKV viele bedeutende Vorzüge hat: als wettbewerbliches Korrektiv, als stabilisierendes Element für die sozialen Sicherungssysteme und als funktionierendes Versicherungssystem mit sehr hoher Kundenzufriedenheit und finanzieller Solidität. Demgegenüber würde ein Einheitssystem weder eine bessere medizinische Versorgung bieten noch geringere Kosten bringen, also auch keine Finanzierungslösung für die demografischen Herausforderungen aufzeigen.

der Strecke bleibt eine Politik mit Weitblick, die Gesundheitsleistungen auch für künftige Generationen finanzierbar macht.

Es ist an der Zeit, der Bevölkerung die Vorzüge unseres Gesundheitssystems zu erläutern, das dank seiner Vielfalt und Wahlfreiheiten allen Menschen eine individuelle und gute Versorgung bietet. Eine Einheitsversicherung à la Bürgerversicherung würde diese Vorzüge gefährden. Das Gesundheitswesen ist aber zu wichtig, um es zum Experimentierfeld für gesellschaftspolitische Entwürfe zu machen. Wir werden weltweit um die gute deutsche Gesundheitsversorgung beneidet; und dieses System ist deshalb so stabil und leistungsfähig, weil es auf den zwei Säulen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung ruht. Es wäre fahrlässig, ein gut funktionierendes System mit ideologisch motivierten Radikaloperationen aufs Spiel zu setzen.

Es liegt mithin im gemeinsamen Interesse von Zahnärzteschaft und privater Krankenversicherung, sich für den Erhalt des dualen Krankenversicherungssystems stark zu machen. Denn die Qualität des deutschen Gesundheitswesens hängt entscheidend vom Nebeneinander beider Versicherungssysteme ab. Davon unberührt ist die Diskussion über Detailfragen, die sich etwa aus der Anwendung der neuen GOZ ergeben. Diese ist noch kein Jahr alt. Dass es an der einen oder anderen Stelle noch Diskussionsbedarf gibt, ist daher ganz natürlich. Die private Krankenversicherung ist in dieser Hinsicht jederzeit zu Gesprächen mit der Zahnärzteschaft bereit, damit bestehende Differenzen ausgeräumt werden können.

Impressum

Herausgeber:

Interessengemeinschaft Zahnärztlicher Verbände in Deutschland IGZ e.V.

Dr./RO Eric Banthien

Papyrusweg 8, 22117 Hamburg

Telefon: (040) 712 73 11

Telefax: (040) 712 96 24

Redaktion:

Benn Rooff

Radenzer Str. 21, 12437 Berlin

Telefon: (030) 536 99 894

Telefax: (030) 536 99 895

Verlag und Anzeigenverkauf:

one line Produktionsbüro & Werbeagentur

Radenzer Str. 21, 12437 Berlin

Telefon: (030) 536 99 894

Telefax: (030) 536 99 895

Titelfoto: Tanja Bagusat / Fotolia.com

Auflage:

2.500 Exemplare

Erscheinungsweise:

4mal im Jahr

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion oder des Herausgebers wieder. Bei redaktionellen Einsendungen ohne besonderen Vermerk behalten sich der Herausgeber und Verlag das ausschließliche Recht auf Vervielfältigung in jeglicher Form ohne Beschränkung vor. Alle Rechte, auch die der auszugsweisen Vervielfältigung, bedürfen der Genehmigung des Herausgebers und des Verlages. Die gesamte Grafik ist geschützt und darf nicht anderweitig abgedruckt oder vervielfältigt werden. Gerichtsstand und Erfüllungsort: Berlin.

Die Verbände der IGZ

Brandenburg:

Verband Niedergelassener Zahnärzte

Land Brandenburg e.V.

Helene-Lange-Str. 4-5, 14469 Potsdam

Tel. (0331) 297 71 04

Fax (0331) 297 71 65

www.vnzlb.de

Hamburg:

Zahnärzteverband Z2000

Mühlendamm 92, 22087 Hamburg

Tel. (040) 22 76 180

Fax (040) 22 76 120

Saarland:

Verband der Zahnärzte im Saarland e.V.

Puccinistr. 2, 66119 Saarbrücken

Tel. (0681) 58 49 359

Fax (0681) 58 49 363

www.vdzis.de

Westfalen-Lippe:

Wählerverband Zahnärzte Westfalen

Reichshofstr. 77, 58239 Schwerte

Tel. (02304) 671 37

Fax (02304) 632 54

www.w-z-w.de