

Was wird aus unseren Privatpatienten?



Dr. Klaus Ottmann
Vizepräsident der BLÄK

Der Freiburger Finanzwissenschaftler Raffelhüschen sagte der Wirtschaftswoche: „Ohne die private Krankenversicherung (PKV) wäre unser Gesundheitssystem längst zusammengebrochen. Die PKV sei das ‚Rettungsboot für das leckere Gesundheitssystem‘, denn sie trage mit zehn Prozent aller Versicherten über 20 Prozent der Kosten und habe dabei auch noch Rücklagen gebildet.“ Für uns Ärzte ist die PKV von existenzieller Bedeutung, aber nicht nur für uns, sondern auch für den stationären Bereich.

Obwohl jeder Gesundheitspolitiker um diese Tatsache weiß, wurde aus ideologischen Gründen vorsätzlich die PKV zum großen Verlierer der letzten Gesundheitsreform (GKV-WSG). Die Demontage des traditionellen zweigliedrigen Versicherungssystems von gesetzlicher und privater Krankenversicherung wurde bewusst eingeleitet. Sogar Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) bestätigte diese Einschätzung, indem sie im November 2006 vor Parteifreunden sagte: „Das jetzige Gesundheitsreformmodell sehe sie als Durchlauf zur Bürgerversicherung“. Im gleichen Sinne äußerte sich SPD-Fraktionschef Dr. Peter Struck am 10. Januar 2007: „Wir sind unserem Ziel der Bürgerversicherung näher gekommen.“ Somit ist endgültig klar, dass in einer zweiten Stufe die Einheitsversicherung und Gleichschaltung der PKV mit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vorgesehen ist.

Die GKV entwickelt sich bereits jetzt zur unmittelbaren Staatsverwaltung – Beitragsfestsetzung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Der Weg in die Staatsmedizin ist definitiv vorgezeichnet. Das Perfide an der Situation ist, dass das BMG laufend betont, gerade eine Zwei-Klassen-Medizin vermeiden zu wollen und die Entwicklung jedoch genau dazu führt.

Überall wo Staatsmedizin existiert, besteht auch eine Zwei-Klassen-Versorgung im Gesundheitswesen. Es gibt einen Parallelmarkt wie zum Beispiel in Italien, Großbritannien oder Schweden.

An verschiedenen Stellen ansetzende gesetzliche Vorgaben schwächen die PKV als Vollversicherung so, dass sie langsam ausbluten muss. Ein wesentlicher Punkt ist dabei die Einführung des Basistarifs auf dem Leistungsniveau der GKV. Der Tarif darf logischerweise auch nicht mehr kosten als die GKV-Konkurrenz. Ehepartner und „sozial Schwache“ zahlen nur die Hälfte, wobei der Finanzausgleich innerhalb der PKV durch Prämienhöhung erfolgen muss. Keine staatlichen Zuschüsse wie bei der GKV!

Die Bremse für diese Entwicklung, veranlasst durch die Union in letzter Minute, bringt nur etwas Zeitgewinn. Die Agonie der PKV

als Vollversicherung ist dennoch beschlossene Sache, da der Aderlass an verschiedenen Stellschrauben bereits wirkt. Die PKV hat bereits heute zehn Prozent weniger Neuzugänge bei Vollversicherungen als im vergangenen Jahr. Die Verunsicherung durch die Gesundheitsreform zeigt bereits Wirkung. Die verbliebenen Versicherten müssen einen Dominoeffekt befürchten, da die zu erwartende erhebliche Beitragssteigerung die Wanderung zum Basistarif geradezu provoziert.

Eine bedeutende Rolle bei dieser Entwicklung spielen in Zukunft die 4,2 Millionen Beihilfeberechtigten. Einzelne Landesfinanzminister setzen auf Einsparungsmöglichkeiten, bis zu zwei Milliarden Euro sind bereits im Gespräch. Der Deutsche Beamtenbund hat sich kürzlich klar gegen jede Reduzierung ausgesprochen. Hoffentlich hält er stand gegen Begehrlichkeiten der öffentlichen Hand.

Durch den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen für die Basistarifversicherten werden die Rahmenbedingung des SGB V in die PKV übernommen. Die Angleichung der GOÄ-Vergütung an den EBM erleichtert ebenfalls den Übergang zur Einheitsversicherung.

Was kann die Ärzteschaft gegen Honorarverluste durch den Basistarif und Substanzverlust der PKV tun?

Die Eigenständigkeit der GOÄ muss unabhängig von GKV-Vergütungsregelungen durchgesetzt werden. Transparenz, Aktualität am Stand der Medizin und Qualitätsanforderungen bringen Glaubwürdigkeit gegenüber der Politik und unseren Patienten. Eine neue GOÄ wird derzeit mit größter Intensität erarbeitet. Die Akzeptanz der Fachverbände am Leistungskatalog konnte bereits größtenteils erreicht werden. Es bleibt bei einer Einzel Leistungsvergütung mit gewissen Komplexen, insbesondere bei operativen Eingriffen. Die Distanz zum EBM mit seinen Pauschalen muss geradezu herausgearbeitet werden, um die GOÄ als eigenständige Referenz-Gebührenordnung, die den Wert der einzelnen ärztlichen Leistung angemessen wiedergibt, zu erhalten. Zumindest gegenwärtig gibt es von politischer Seite für diese Konzeption grünes Licht. Aber was heißt das schon, nach den nächsten Wahlen werden viele Zusagen mit Sicherheit wieder relativiert.

Die PKV sollte sich aber auch ihrer Bedeutung für unsere ärztliche Existenz bewusst sein und nicht über das derzeit in der Diskussion befindliche Versicherungsvertragsrecht nach Instrumentarien der GKV rufen, wie Plausibilitätsprüfung oder Managed-Care-Programmen.

Nur gemeinsame Strategien aller Partner, wie die Deutsche Krankenhausgesellschaft, Privatärztliche Verrechnungsstellen, Beamtenbund und auch die Bundeszahnärztekammer können erreichen, die neue GOÄ als Referenzgebührenordnung mit einer leistungsgerechten Vergütung zeitnah vom BMG als Rechtsverordnung eingerichtet zu bekommen. Auch brauchen unsere Patienten endlich Sicherheit und Transparenz für eine glaubwürdige ärztliche Liquidation auf dem aktuellen Stand der Medizin.