

# Ein Hauch von Lahnstein?

## Eine Bewertung aus Sicht der PVS

**Die rot-grüne Bundesregierung greift mit ihrem Gesetzentwurf ein weiteres Mal in die politische Motenkiste. Wie in der Vergangenheit auch setzt sie auf Kostendämpfung und verstärkte Regulierung. Neu ist allerdings, dass nunmehr sowohl die Freiberuflichkeit des Arztes als auch die Strukturen der Selbstverwaltung in Frage gestellt werden, womit der allumfassende Zuständigkeitsanspruch der Regierung unterstrichen wird. Dabei wäre eine schnelle Abkehr vom Sozialpaternalismus dringend anzuraten - ist er es doch, der jegliches Verantwortungsgefühl des Einzelnen für die Funktionsfähigkeit des Solidarsystems im Keim erstickt und so zum exzessiven Umgang mit den knappen Ressourcen geradezu einlädt. Hierin liegt die wesentliche Schwäche aller bisherigen Reformen. Sie akzeptierten den mündigen Bürger nicht ebenso als einen mündigen Patienten.**

Der Druck auf die Sozialsysteme zwingt zum Handeln. Positiv daran ist die Tatsache zu werten, dass sich in einer solchen Situation aller Voraussicht nach sachliche und pragmatische Lösungsansätze - zumindest mittelfristig - durchsetzen werden. Für einen rein ideologischen Lösungsansatz ist da kein Raum. Von den Repräsentanten der Politik erwartet die Bevölkerung zu Recht nachprüfbar erfolgreiche Reformschritte. Dies wissen Regierung wie Opposition. So ist es auch nicht weiter verwunderlich, dass beide Seiten bei der 1. Lesung des Gesetzes am 18. Juni ein Entgegenkommen im Sinne einer gemeinsamen „Reform als Kompromisspaket“ signalisiert haben. Anfang der 90er Jahre hieß dieses Paket „Lahnstein“. Wohin könnte nun die Reise gehen?

Während die Regierung bislang weiterhin die Ausgabenseite fokussiert, fordert die Opposition ein einnahmeorientiertes Reformmodell. Dabei gab es wie in jeder größeren demokratischen Organisation auch hier zunächst höchst unterschiedliche Meinungen. Mittlerweile hat man sich in der CDU/CSU auf einen im Grundsatz freiheitlich und marktwirtschaftlich orientierten Ansatz geeinigt, der zwar nicht alle Probleme auf einen Schlag lösen wird, aber zumindest in die richtige Richtung weist. Mehr Eigenverantwortung für die Versicherten in Form beispielsweise einer prozentualen Beteiligung an Leistungen sind mit Sicherheit ein entscheidender Anreiz für die Versicherten zu mehr Wirtschaftlichkeit.

Zudem müssen aus Sicht der PVS die Strukturen der GKV entbürokratisiert werden, so dass Verwaltungskosten sinken können. Während auf der einen Seite die

Leistungen gekürzt werden sollen, steigen auf der anderen die Verwaltungskosten innerhalb der GKV. Dies kann nicht sein und lässt sich nur verhindern in einem möglichst staatsfernen Gesundheitssystem, das den mündigen Bürger aktiv ins Leistungsgeschehen einbindet. Selbstbehalt- und Bonussysteme alleine werden jedoch keine Reform ausmachen. Was hinzu kommen muss, ist eine Reduzierung des GKV-Leistungskataloges auf das medizinisch Notwendige und Ausreichende. Alle übrigen Leistungsangebote und Behandlungsoptionen sollten konsequent als private Zuwahlleistungen erhalten bleiben.

Der Bürger hätte hier die freie Entscheidung darüber, wie viel ihm seine Gesundheit wert ist und welche zusätzliche Absicherung er dafür benötigt. Aufgrund unserer über 75-jährigen Erfahrung im Bereich der ärztlichen Privatliquidation sprechen wir uns nachdrücklich dafür aus, dass diese Zusatzversicherungen über die PKV angeboten werden sollten - hat dieses System doch einen erheblichen Vorteil gegenüber der GKV: Es ist insbesondere im Hinblick auf die demographischen Probleme besser gerüstet. Die in der PKV übliche Bildung von Altersrückstellungen, also das Ansparen von Kapitalrücklagen, stellt sicher, dass die aufgrund der Alterspyramide und des medizinischen Fortschritts mit Sicherheit stetig teurer werdende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung finanzierbar bleibt. So bleiben Beiträge kalkulierbar und belasten nicht im wachsenden Maße den eigenen Haushalt. Neben verfassungsrechtlichen Bedenken ist im übrigen auch nicht einzusehen, warum die GKV, die schon heute nicht mehr in der Lage ist, die Versorgung von morgen zu

gewährleisten, mit einer Aufgabe betraut werden soll, die von der Systematik her in den Privaten Sektor gehört.

Es versteht sich von selbst, dass als Berechnungsgrundlage für den Zuwahlbereich ausschließlich die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Frage kommt - deren Novellierung dringend in Angriff genommen werden muss. Überlegungen, u.a. aufgrund der Fülle der potentiellen Arbeit und der schwachen personellen Situation im Ministerium von einer neuen GOÄ Abstand zu nehmen und stattdessen einen weiteren „Privaten EBM“ an deren Stelle zu setzen, sofern es sich um GKV-Versicherte handelt, ist unsinnig, da sie als weiterer Beleg für eine Entmündigung von GKV-Patienten zu werten sind. Ferner sind die Leistungsbeschreibungen des EBM auf ein Gesamtvolumen hin konzipiert, d.h. ein erheblicher Teil des Spektrums moderner medizinischer Möglichkeiten bliebe auch künftig dem Versicherten nicht zugänglich.

Neben diesen Modellen der Teilprivatisierung stellen die Bündnisgrünen sowie einige sogenannte „Experten“ wie der Kölner Gesundheitsökonom, Prof. Dr. Karl Lauterbach, oder auch Horst Seehofer ihre Vorstellung einer allgemeinen Bürgerversicherung, in die alle Beschäftigten inklusive Selbstständige und Beamte einzahlen sollen. Problematisch ist hierbei allerdings, dass keines der erheblichen und im Prinzip konstitutiven Strukturprobleme in der GKV damit gelöst würde. Im Gegenteil: Für die Private Krankenversicherung würde dieser Schritt das „Aus“ bedeuten, ohne dass die finanzielle Schieflage der GKV auch nur ansatzweise behoben würde. Denn mehr Beitragszahler bedeuten zwangsläufig

auch mehr Leistungsempfänger und dies in einem nicht unerheblichen Umfang.

Es gehört zu den Errungenschaften im deutschen Gesundheitssystem, dass der Private Sektor in der Lage ist, insuffiziente Bereiche der GKV-Regelversorgung auszugleichen. Wird dieser durch Einführung einer Bürgerversicherung zerstört, erhalten wir – wie Erfahrungen aus anderen Ländern mit Bürgerversicherungsmodellen zeigen – einen Markt, in welchem nur noch der eine gute Versorgung erhält, der über entsprechende finanzielle Rücklagen verfügt. Dies kann niemand wollen.

Diskutiert werden auch andere Zahlungswege. Jahrelang war es ein Anliegen der PVS, die Öffentlichkeit und die Politik von den Vorzügen der Kostenerstattung im Gegensatz zur anonymen Sachleistung zu überzeugen. Nun hat Frau Bundesministerin Schmidt vor dem Hintergrund der Konsensgespräche zaghaft geäußert, dass dies eine Option des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes sein könnte. Auch die Stellvertretende SPD-Fraktionsvorsitzende, Frau Schaich-Walch, sprach sich bereits für eine teilweise Einführung der Kostenerstattung aus. Sollte es zu einer Einführung des Kostenerstattungsprinzips z.B. im Facharztbereich nach EU-Vorbild kommen, so ist der Verordnungsgeber ebenfalls nicht aus seiner Verantwortung für die Novellierung der GOÄ entlassen. Auch hier gilt: Ohne eine dem aktuellen Stand der Medizin angepasste Abrechnungsgrundlage wird auch dieser Schritt in die richtige Richtung zu Problemen führen.

Die Einführung der Kostenerstattung wäre ein weiterer Schritt in Richtung Eigenverantwortung der Bürger und das Schlagwort „Transparenz“ nicht mehr nur eine Worthülse. Der Versicherte erhielte vom Arzt eine detaillierte Rechnung anstelle einer simplen Patientenquittung, wie sie von der Regierungskoalition gefordert wird. Unsere langjährige Erfahrung mit der Abrechnung von Privatleistungen zeigt, dass sich Patienten mit den Rechnungen auseinandersetzen und daran interessiert sind, Kosten einzusparen, sobald sie einen Einblick – und vor allem Einfluss – in die Kostensituation haben.

Regierung und Opposition sind zu Konsensgesprächen bereit und wollen diese zügig beginnen. Ungeachtet der Frage, was sie bringen werden – ob mehr Regulierung und Kontrolle oder mehr Freiheit in Therapie und Leistungsgeschehen – sicher ist eines: Mittelfristig wird kein Weg an einer Privatisierung von Leistungen vorbeiführen. Nur eine solche Systematik in Verbindung mit dem Prinzip der Freiberuflichkeit garantiert ein hohes Versorgungsniveau und verhindert Rationierungen. Sollten Fachärzte zukünftig nur noch Angestellte von Krankenkassen oder Krankenhäusern sein, wird es keine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung mehr geben können.

Deshalb appellieren wir an die Politik die Zeichen der Zeit zu verstehen und zu nutzen, indem sie ein marktwirtschaftliches und freiheitliches Gesetz ausarbeitet, das den Versicherten und der Finanzierung des Gesundheitswesens dient.

## IMPRESSUM

**Das PVS Magazin „ärztepost“ ist das offizielle Organ des Verbandes der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e. V.**

### Herausgeber:

Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V.

### Redaktion:

Für den Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V.:  
 Stefan Tilgner M. A. (v.i.S.d.P.)  
 - Geschäftsführer,  
 Silke Leicht-Gilles  
 - Referentin für Verbandskommunikation  
 Tieckstraße 37, 10115 Berlin  
 Tel.: 030/28 04 96-30  
 Fax: 030/28 04 96-35  
 E-Mail: aerztepost@pvs.de

### Anzeigenannahme für die ärztepost:

Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen,  
 Tieckstr. 37, 10115 Berlin  
 Telefon: 030/28 04 96 30  
 Telefax: 030/28 04 96 35  
**Ansprechpartner:** Frau Silke Leicht-Gilles  
 E-Mail: s.leicht-gilles@pvs.de  
*Preise und Mediadata auf Anfrage*

### Verlag:

Eigenverlag  
 E-mail: s.leicht-gilles@pvs.de

### Bezugspreis:

Im Mitgliedsbeitrag enthalten

### Auflage:

37.000

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Eine Haftung der Verfasser bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen. Alle Beiträge dieser Zeitschrift sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck, Übersetzungen und Vervielfältigungen nur mit Genehmigung des Verlages. Es gelten die Autorenrichtlinien des Verlages.