

Dr. med. Stefan Thiel Pirna, am 18.11.1999  
 Arzt für Allgemeinmedizin/  
 Naturheilverfahren/Chirotherapie  
 Rottwerndorfer Straße 14  
 01796 Pirna

Sächsische Landesärztekammer  
 z. H. Frau Dr. Diefenbach  
 Schützenhöhe 16–18  
 01099 Dresden

Sehr geehrte Frau Dr. Diefenbach,

hiermit möchte ich Sie bitten, folgendes Problem im Vorstand der SLÄK zu beraten.

Nach meiner Kenntnis sind alle privat krankenversicherten Kollegen über die Beitragsentwicklung seit Anfang der 90er Jahre entsetzt. Wenn sich diese Kurve in den nächsten Jahren so weiterentwickelt, wird die private Krankenversicherung selbst innerhalb der Ärztertarife kaum noch bezahlbar bleiben.

Obwohl das Engagement der Kammer hinsichtlich unserer Einnahmen aus dem privatversicherten Bereich kaum Erfolge gezeigt hat, sollte die Kammer versuchen, auch auf dieser Seite der privaten Krankenversicherung eine Interessenvertretung ihrer Mitglieder wahrzunehmen. Ich denke, aus unserem doppelten Interesse als Versicherte aber auch als Anwälte der privat krankenversicherten Patienten sollte beim Verband der Privaten Krankenversicherungen beispielsweise angefragt werden:

Wie stellt sich der Verband die weitere Entwicklung der Beiträge im Rahmen der steigenden Kosten vor?

Was tut der Verband, um überbetriebliche Begehrlichkeiten seiner Versicherten zu verhindern?

Wie gedenkt der Verband, mit total unwirtschaftlichen Problemlösungen (über-teuerte Arztrechnungen, Heilpraktikerrechnungen, unnötige Maßnahmen ...) in Zukunft umzugehen?

Da von diesen enormen Beitragssteigerungen auch die Mitglieder anderer ver-kammerter Berufe betroffen sind, wäre

ggf. eine Bündelung der Interessen gegenüber den privaten Krankenversicherungen sinnvoll, indem zu denselben der Kontakt gesucht würde.

Hochachtungsvoll  
 Thiel

Der Vorstand der Sächsischen Landes-ärztekammer hat sich mit der Anfrage von Herrn Dr. Stefan Thiel eingehend befasst. Der Vorstand der INTERVersicherung und der Vorstand der Privaten Krankenversicherung wurden vom Prä-sidenten um Stellungnahme gebeten, die nachfolgend abgedruckt werden:

**Stellungnahme der INTERVersiche-rung zum Leserbrief Dr. Thiel**

**„Beitragsentwicklung seit Anfang der 90er Jahre“**

Es ist richtig, dass die Beitragsentwick-lung in der Krankenversicherung seit Anfang der neunziger Jahre spürbare Mehrbelastungen für die Versicherten gebracht hat. Die privaten Krankenver-sicherungen (PKV) sind hier genauso betroffen wie die gesetzlichen Kranken-versicherungen (GKV).

Die Ursachen lassen sich im wesentli-chen unter den Stichpunkten

- medizinischer Fortschritt
  - zunehmendes Gesundheitsbewusstsein
  - gestiegene Leistungsanspruchnahme
- zusammenfassen. Wenn die Kostenträger von Kostenexplosion im Gesundheits-wesen sprechen, so ist das keine leere Pauschalbegründung, sondern die sicht-bare Folge einer Entwicklung, die unser Gesundheitswesen an die Grenzen der Finanzierbarkeit bringt.

Für die private Krankenversicherung sind das aber nicht die einzigen Ursachen für die Beitragssteigerungen. Innerhalb der letzten zehn Jahre haben wir unsere Kalkulation schrittweise auf aktuelle Sterbetafeln umgestellt, zuletzt auf die PKV-eigene Sterbetafel. Daraus resultiert eine Aufstockung der Alterungsrück-

stellung. Dies bedeutet zwar zunächst eine Beitragsmehrbelastung für die Ver-sicherten, wir treffen aber rechtzeitig Vorsorge für die sich verschlechternde Altersstruktur der Bevölkerung. Eine solche Vorsorge trifft die GKV über-haupt nicht. Durch das von der GKV praktizierte Umlageverfahren werden die Probleme in 10 oder 20 Jahren mas-siv kommen, wenn wir in Deutschland überproportional viele alte Menschen haben, die nicht mehr im aktiven Ar-beitsleben stehen und eine immer gerin-ger werdende Zahl von Erwerbstätigen die Mittel zur Finanzierung aufbringen muss.

Trotz des Vorsorgeelements, welches sich in unseren Tarifen beitragsmäßig zusätzlich bemerkbar gemacht hat, lie-gen wir in der Beitragsentwicklung im Vergleich zur GKV nicht schlechter – im Gegenteil:

Die beiden beigefügten Tabellen weisen die Entwicklung der Neuversicherungs-beiträge am Beispiel eines 35jährigen Arztes in zwei Tarifsyste-men (zum einen Tarif JA, zum anderen die Tarifkombi-nation MA 2, MK 2, MZ 100) auf; dem gegenübergestellt ist der Anstieg der Höchstbeiträge der GKV. Was die neuen Bundesländer betrifft, so steigt die Bei-tragsdifferenz (GKV – INTER) im Tarif JA von 313 DM (1992) auf 426 DM (1999) und in den M-Tarifen von 240 DM auf 301 DM.

Ferner haben wir an einem Beispielfall aus dem Bestand der Gruppenversiche-rung (unveränderter Vertragsstand seit 1991) die Beitragsentwicklung bei der INTER dargestellt und mit der Beitrags-änderung in der GKV verglichen: Versicherung nach Jungarzztarif JA, TMN 14/250, inkl. Mitversicherung von zwei Kindern, Versicherungsbeginn: 1.9.1991

	INTER	GKV
1991	361,26 DM;	326,40 DM
2000	741,99 DM;	740,18 DM

Bei differenzierter Betrachtung sind die Steigerungsraten im Vergleich zur GKV keineswegs ungewöhnlich, insbesondere wenn man folgendes bedenkt: Bei unserem Tarif JA handelt es sich – nach wie vor – um einen komfortablen Versicherungsschutz (einschl. der Wahlleistungen im Krankenhaus und hochwertigen Leistungen bei Zahnersatz). Die GKV hat demgegenüber in dem betroffenen Zeitraum ihr ohnehin niedriges Niveau mehrfach deutlich eingeschränkt.

Bei der individuellen Betrachtung der Beitragsentwicklung sollte man daneben bedenken, dass ein Teil der Mehrbeiträge aus individuellen Vertragsänderungen (zum Beispiel überdurchschnittliche Krankentagegeldhöhungen) oder aus der Einführung und Erweiterung der Pflegepflichtversicherung resultieren).

Ganz besondere Anstrengungen hat die PKV in den letzten Jahren unternommen (und sie tut es noch), um die Beiträge der älteren Versicherten zu entlasten. Schon immer haben die PKV-Unternehmen Mittel aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung eingesetzt, um Erhöhungen zu mildern. In Zusammenarbeit mit der Aufsichtsbehörde (BAV) wurden zusätzlich folgende Maßnahmen ergriffen, um der Beitragsbelastung im Alter entgegenzuwirken:

Im Rundschreiben R 2/91 des BAV wurde die Verwaltungskostenumlage in Form von altersunabhängigen Stückkosten und die Aufstockung der Altersrückstellung eingeführt.

Dieses Rundschreiben wurde im Jahre 1995 abgelöst durch § 12a des Versicherungsaufsichtsgesetzes (weitergehende Aufstockung der Rückstellung: grundsätzlich werden 80% der Überzinsen zur Beitragsentlastung im Alter verwendet). Ferner wurde der Standardtarif für ältere Versicherte (Tarif ST mit Leistungen auf GKV-Niveau, wobei der Beitrag nicht höher sein darf als der durchschnittliche Höchstbeitrag zur GKV) auf den Markt gebracht.

Viele PKV-Unternehmen haben darüber

hinaus ihren Kunden Tarife mit modifizierter Beitragszahlung (höherer Beitrag bis Alter 65, dann entsprechende Ermäßigung ab diesem Alter) angeboten.

Die INTER Krankenversicherung hat des weiteren einen preisgünstigen Spezialtarif für Ärzte im Gruppenvertrag (Tarif SEM, SeniorenMedLine) für die neuen Bundesländer entwickelt; dieser kann nach Ausscheiden aus dem Berufsleben abgeschlossen werden.

Mit der gerade verabschiedeten neuen gesetzlichen Maßnahme (10%iger Beitragszuschlag bis Alter 60 Jahre für alle Neuverträge, Befreiungsrecht für Altversicherte) ist nach unserer Einschätzung die Beitragssituation im Alter vollends stabilisiert (wenn nicht gar „überreguliert“).

Um den im Schreiben angesprochenen „überbetrieblichen Begehrlichkeiten“ der Versicherten entgegenzuwirken, haben die PKV-Unternehmen sogenannte Basis-tarife mit abgespeckter Leistungszusage bei günstigen Preisen auf den Markt gebracht. Wer jedoch die bestmögliche ärztliche Versorgung haben will, muss (in den Luxustarifen) dann auch entsprechend bezahlen.

Mit den uns gegebenen Möglichkeiten werden „überbeuerte“ Arztrechnungen vor Erstattung gründlich geprüft und gegebenenfalls gekürzt. Bei ordnungsgemäßer Rechnungsausstellung bleibt uns jedoch nur die volle tarifliche Erstattung (selbst wenn die Höhe der Rechnung mit spezieller Software maximiert worden sein sollte). Hier sind wir auf die Mithilfe und das verantwortungsvolle Handeln aller Ärzte angewiesen; insofern sind auch die Ärztenverbände gefordert, auf das Liquidationsverhalten ihrer Kollegen Einfluss zu nehmen.

Natürlich bemüht sich auch der PKV-Verband im Rahmen der Möglichkeiten, die ihm der Gesetzgeber lässt, Missstände zu beseitigen. Als Beispiel seien hier die Musterprozesse bei überhöhten Unterkunftszuschlägen im Krankenhaus angeführt.

Was die Spezialtarife für Ärzte betrifft, so sollte nach unserer Einschätzung der preisgünstigen Kollegenbehandlung wieder ein höherer Stellenwert zugemessen werden; nur dann können diese Tarife (deutlich) günstiger angeboten werden als der entsprechende Versicherungsschutz für Nicht-Ärzte.

12.1.2000

Monika Müller Deckert  
Organisationsdirektorin  
Inter Ärzte Service  
Schützenhöhe 16  
01099 Dresden

**Antwort des Verbandes der  
Privaten Krankenversicherung e.V.**  
vom 3. März 2000

Sächsische Landesärztekammer  
Herrn Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze  
Postfach 10 04 65  
01074 Dresden

**Beitragsentwicklung in der PKV**  
Ihr Schreiben vom 10. Februar 2000

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Schulze,

die PKV hat in den letzten Jahren ihre auf eine Verstärkung der Versicherungsbeiträge gerichteten Anstrengungen weiter verstärkt. Rechtzeitig für die Zukunft und für den sich abzeichnenden demographischen Wandel Vorsorge zu betreiben, ist eines der elementaren Grundprinzipien der PKV. 1998 sind alleine 11,6 Mrd. DM der Altersrückstellung zugeführt worden, die damit auf 87 Mrd. DM ausgebaut werden konnte. Die gesamte Vorsorge lässt sich auch an der Vorsorgequote, die die Zuführung zur Altersrückstellung, die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung sowie die zusätzlichen Beitragslimitierungsmittel für das Alter (§ 12a Abs. 3 VAG) den Bruttobeiträgen gegenüberstellt, aufzeigen. Die Vorsorgequote hat sich in acht Jahren mehr als verdop-

pelt. Sie beträgt jetzt 50,4 %. Zusätzlich, wenn auch eigentlich unnötig, hat der Gesetzgeber mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 die PKV verpflichtet, von Neuversicherten bis zum 60. Lebensjahr einen 10%igen Zuschlag auf ihre Prämie zu verlangen. Dieser Zuschlag dient dazu, die Prämie ab dem 65. Lebensjahr konstant zu halten. Ab dem 80. Lebensjahr sind Beitragsreduzierungen möglich. Versicherte, die bereits vor dem 1. Januar 2000 in der PKV versichert waren, müssen keinen Zuschlag bezahlen. Sie haben jedoch die Möglichkeit, sich ab dem 1. Januar 2001 freiwillig für einen Zuschlag von 2 % zu entscheiden, der dann in den nächsten vier Jahren um jeweils weitere 2 % erhöht wird. Insgesamt lässt sich sagen, dass die PKV für die Herausforderungen der Zukunft deutlich besser gerüstet ist,

als die gesetzliche Krankenversicherung. Daneben erhöhen unsere Mitgliedsunternehmen auch ständig ihr Engagement in Sachen Rechnungsprüfung, um zu verhindern, dass die Versichertengemeinschaften zu Unrecht in Anspruch genommen werden. Dies gilt sowohl für die Prüfung der medizinischen Notwendigkeit der erbrachten Leistungen als auch für deren gebührenrechtlich korrekte Abrechnung. Diese Maßnahmen zielen darauf ab, weitere überproportionale Anstiege bei den Leistungsausgaben zu vermeiden. Hinzu kommen „Aktivitäten“ wie ein stringentes „case management“. Der Versicherer sorgt dabei durch eine intensive Beratung des Versicherten insbesondere im Bereich der chronischen Erkrankungen für eine möglichst effektive und damit letztendlich kostengünstige Behandlung.

Das besondere Problem bei der Entwicklung der Beiträge der speziellen Ärztarif ist die zunehmende Tendenz, Kollegen nicht mehr unentgeltlich bzw. allenfalls zum Einflusssatz der Gebührenordnung zu behandeln, wie es früher üblich war. Die trotz aller Appelle ärztlicher Organisationen in diesem Bereich schwindende Solidarität der Ärzte untereinander macht sich natürlich auf der Ausgabenseite und damit letztlich auch in der Beitragshöhe bemerkbar. Die PKV selbst kann hier keinen unmittelbaren Einfluss nehmen, gefordert ist vielmehr der berufsständische Gemeinsinn der Ärzteschaft.

Mit freundlichen Grüßen  
Die Geschäftsführung

Dr. Christoph Uleer