Strukturierung und Ausbau des privaten Gesundheitsmarkts als Ausweg aus budgetbedingter Rationierung

LOTHAR KRIMMEL

Versorgungsbedarf und Finanzierungsschwäche

Angesichts des nicht mehr zu verdeckenden Mißverhältnisses zwischen dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung und der Finanzierungsschwäche der gesetzlichen Krankenkassen hat die Rot-Grüne Regierungskoalition mit der „Gesundheitsreform 2000" ein geschicktes Ablenkungsmanöver inszeniert (Abb. 1). Das Grundproblem der zunehmend ungenügenden Finanzierung eines explodierenden Versorgungsbedarfs soll auf die Ebene der sogenannten „Leistungserbringer" verschoben werden. Im Zen-

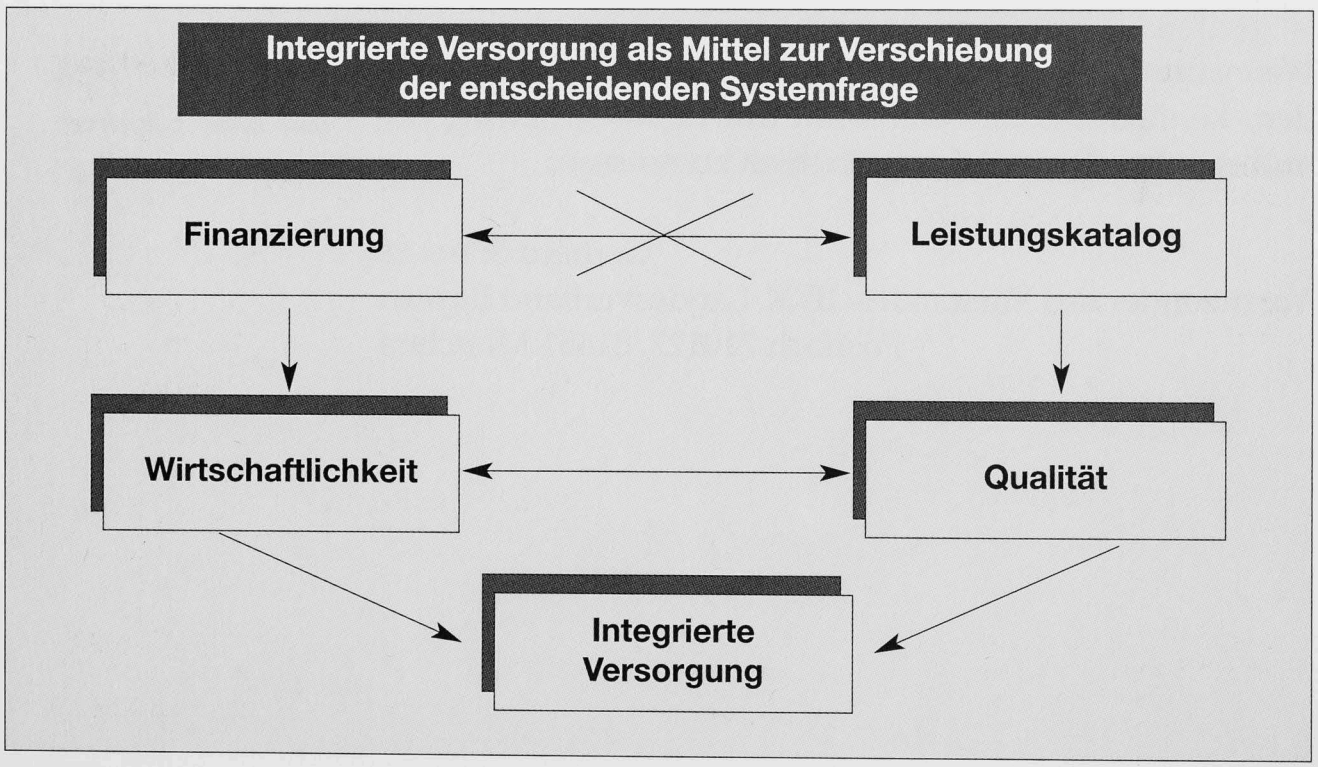

Abbildung 1

Wirtschaftlichkeit und Qualität als politisches Alibi

trum dieser Verschiebung steht die Aussage, nicht die Finanzierung sei das Problem, sondern die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung, und nicht der Versorgungsbedarf und der Leistungskatalog seien das Problem, sondern die Qualität der Leistungserbringung.

Das „Hamsterrad" der Qualität

Die gesetzlichen Leerformeln, welche die Verschiebung der entscheidenden Leistungs- und Finanzierungsfrage auf die Ebene von Qualität und Wirtschaftlichkeit begründen sollen, heißen Vernetzung, Verzahnung und „integrierte Versorgung". Im Ergebnis sollen insbesondere die Kassenärzte in ein „Qualitäts-Hamsterrad" gezwungen werden, in dem sie für eine pauschale, deutlich hinter der wirtschaftlichen Entwicklung zurückbleibende Gesamtvergütung nicht nur den wachsenden Versorgungsbedarf zu fallenden Leistungsvergütungen abdecken, sondern dies auch noch unter zunehmenden Qualitätsauflagen tun sollen.

Mit der „Gesundheitsreform 2000" hat die Rot-Grüne Regierungskoalition darüber hinaus die versorgungsfeindliche Budgetierung insbesondere in der ambulanten Medizin weiter ausgebaut (Abb. 2). Die Rationierungs-

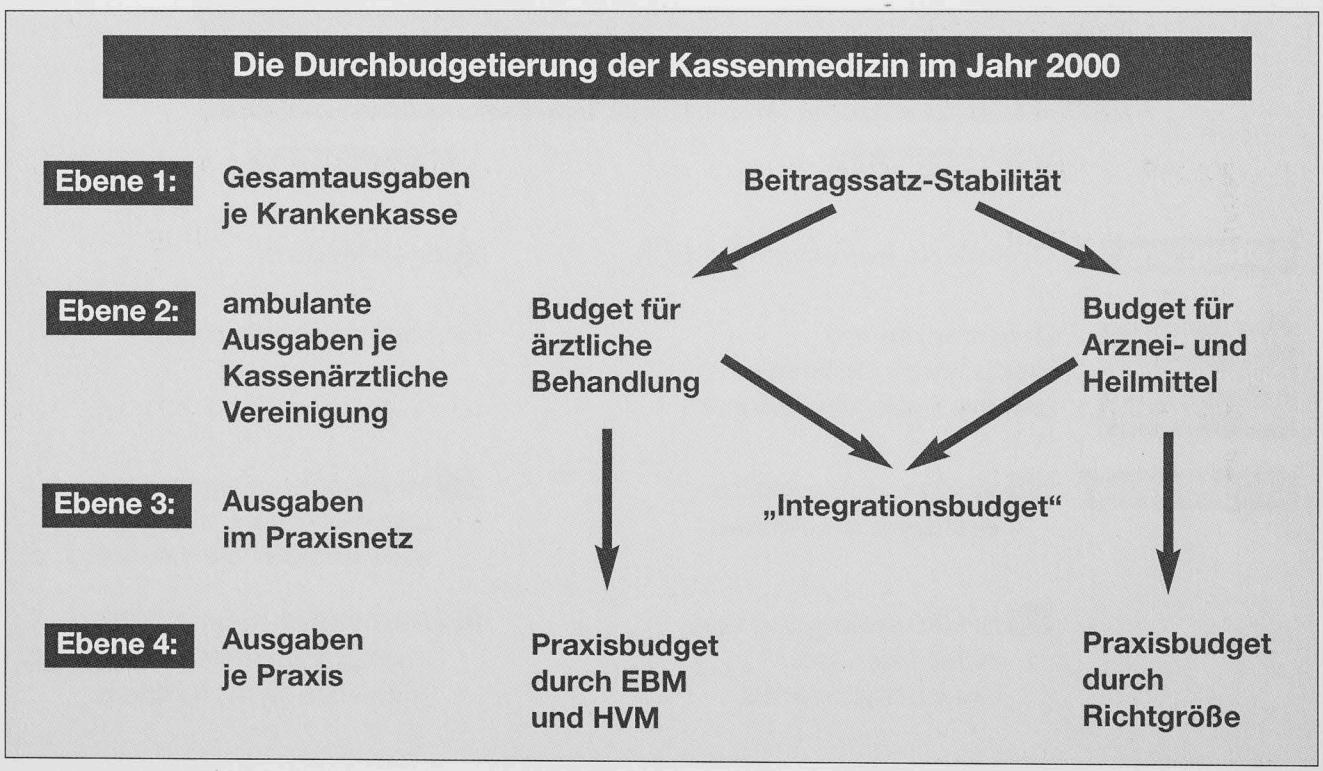

Abbildung 2

Geschwindigkeit in der Kassenmedizin wird sich hierdurch nochmals erhöhen. Daher entspricht es sowohl ärztlicher Verantwortung als auch den Forderungen des Verbraucherschutzes, den Kassenpatienten Auswege aus den Rationierungsfallen in der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuzeigen.

Die Budgetierungs-Lüge

Es ist vor diesem Hintergrund äußerst kühn, wenn man Patienten einreden will, daß ihre Behandlung nicht auf irgendeiner Ebene der Budgetierung an Rationierungsgrenzen stößt (Abb. 3). Die im Zusammenhang mit Rationierungsdiskussionen häufig von Politik und Krankenkassen zu hörende Einlassung, es gebe nirgendwo ein Budget für den einzelnen Patienten, ist wenig überzeugend. Das Fehlen expliziter Patientenbudgets ändert nämlich nichts an den gravierenden Rationierungsgefahren einer durchbudgetierten Versorgung. Rationierung ist ja keinesfalls etwa darauf beschränkt, daß ein Patient für ein bestimmtes Anliegen überhaupt keine Behandlung mehr

Kennzeichen der unterschiedlichen medizinischen Versorgung in Deutschland

	Privatmedizin	Kassenmedizin
Behandlung	Optimierte Individual-Medizin	Budget-Medizin
maßgebliche Orientierung aus Arztsicht	Orientierung am medizinisch Optimalen und am Patienten-Wunsch	Einhaltung von Budgets
Leitgedanken	⇒ Medizinischer Nutzen wichtiger als Kosten	⇒ Inkaufnahme noch ausreichender, aber suboptimaler Behandlung
	⇒ Berücksichtigung von Individual- und Komfortwünschen	⇒ Berücksichtigung individueller Patientenwünsche bisweilen nicht möglich

Abbildung 3

bekäme. Die wesentliche Rationierungsgefahr, die für den Patienten aus umfassenden Budgetierungsregelungen erwächst, besteht vielmehr im zunehmenden Absinken des Behandlungsniveaus bzw. des Behandlungsstils.

Acht Jahre Budgetierung und die Folgen

Wenn etwa die Arzneimittelausgaben in den Jahren von 1992 bis 1998 in der deutschen GKV faktisch unverändert geblieben sind, während sie sich in den USA gerade wegen der Weitergabe des medizinischen Fortschritts mehr als verdoppelt haben, so kann hieraus ermessen werden, wie weit der Rationierungsprozeß im 8. Jahr der Budgetierung in Deutschland bereits fortgeschritten ist (Abb. 4). Für dieses Ausmaß an Rationierung sind nicht etwa die Ärzte verantwortlich, sondern vielmehr diejenigen Politiker, welche die Kassenmedizin unter Inkaufnahme von Rationierung und Zwei-Klassen-Medizin mit solchen Budgets überziehen. Wer darüber informiert ist, von welch vielfältigen Faktoren die Ausgabenentwicklung im Arzneimittelbereich beeinflußt wird (Abb. 5), kann sich

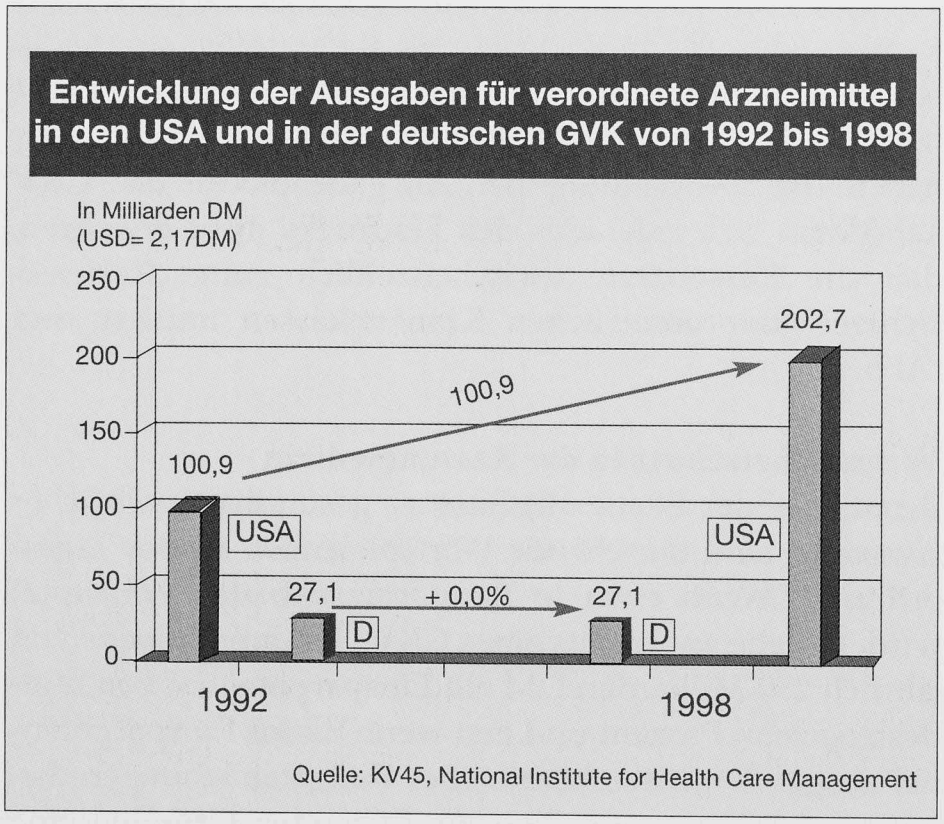

Abbildung 4

Arzneimittel-Richtgrößen 2001

Alleinige Haftung der Kassenärzte für:

- medizinischen Fortschritt (Innovationskomponente ca. 4% pro Jahr)
- Zunahme der Morbidität (z.B. allergische Erkrankungen)
- demographische Belastung (z.B. steigende Lebenserwartung)
- Nachholbedarf bei Versorgungsdefiziten (z.B. Interferon bei chronischer Hepatitis)
- Versorgungsansprüche der Patienten (z.B. Hormonpflaster statt Tablette)
- Leistungsgebaren der Krankenkassen (z.B. Empfehlung des Arztwechsels)
- Nachfrage-Induktion durch Pharma-Werbung (z.B. Fußpilzsalbe)
- Entlassungsverordnung des Krankenhausarztes (Innovationskosten!)
- Abgabepraxis des Apothekers (Preisauswahl)
- Leistungsversprechen des Gesetzgebers (z.B. medizinischer Fortschritt)
- Zuzahlungsentlastung für chronisch Kranke (z.B. Schätzfehler)
- Nachfrage-Induktion durch Zuzahlungs-Angleichung (z.B. Großpackungen)

Abbildung 5

Sündenbock Kassenarzt

eigentlich nur noch darüber wundern, daß die Kassenärzte angesichts des in Budgets und Richtgrößen verkleideten Alleinschuld-Vorwurfs in der Vergangenheit nicht noch stärker gegen dieses unglaubliche System rebelliert haben. Bei Betrachtung der Ausgabenblöcke der GKV kann man sich jedenfalls des Eindrucks nicht erwehren, daß die Kassenärzte zwischenzeitlich zum „Rückversicherer" der gesetzlichen Krankenkassen mutiert sind (Abb. 6).

Verbraucherschutz in der Kassenmedizin

Die Einsparungs-Lüge

Bereits auf der Ebene allgemeiner gesundheitspolitischer Aussagen sind täuschende Wortspielereien an der Tagesordnung. Wenn etwa in Bundestagsdebatten behauptet wird, es gebe angesichts eines GKV-Gesamtvolumens von jährlich 250 Milliarden DM ein Einsparpotential von mindestens zehn Prozent und erst wenn dieses Einsparpotential ausgeschöpft sei, könne über Budgetanhebungen diskutiert werden, so ist dies aus folgenden Gründen eine Bedrohung der Patienten:

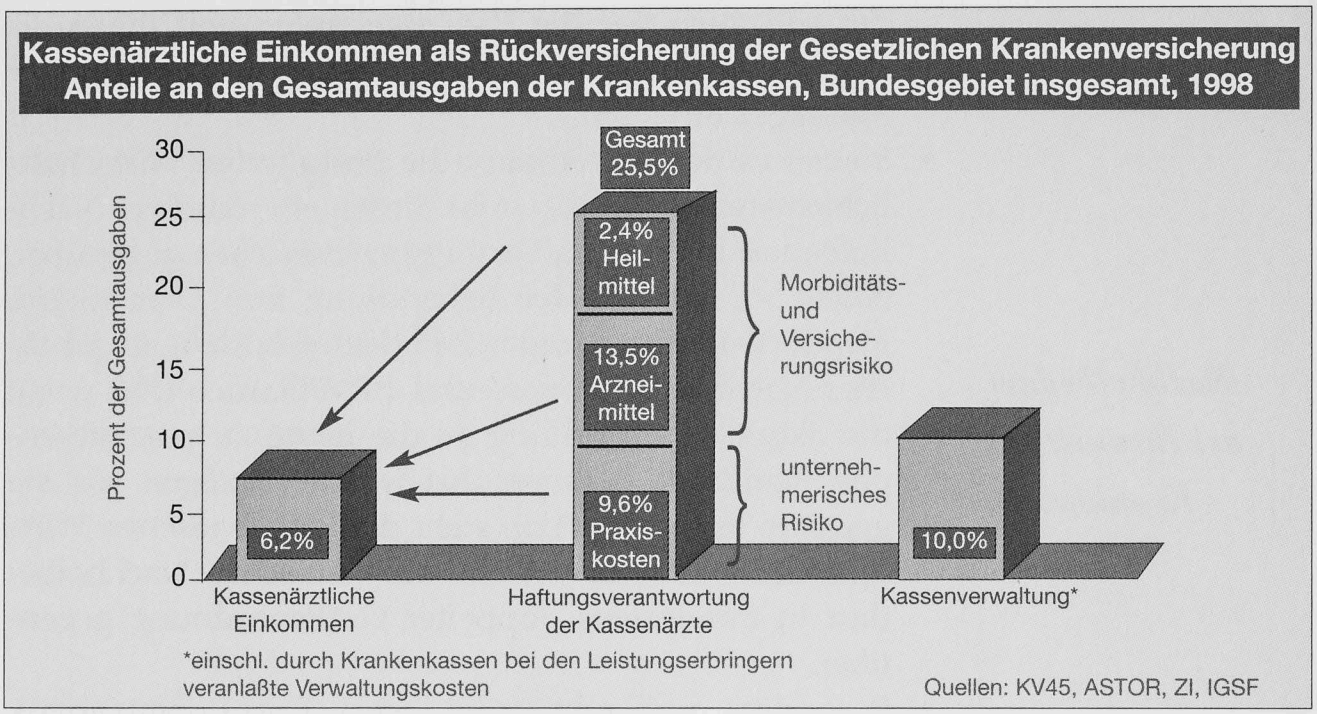

Abbildung 6

Verbraucherfeindliche Wortakrobatik

- Schon der Begriff der „Wirtschaftlichkeitsreserven" ist tendenziell verbraucherfeindlich. Es ist anhand von Einzelbeispielen gut dokumentierbar, daß die „Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven" häufig nichts anderes ist als die offene Rationierung bei Patientengruppen ohne ausreichende Lobby. Wenn zum Beispiel in der Privatmedizin Alzheimer-Patienten dreimal häufiger mit modernen Arzneimittel versorgt werden als Kassenpatienten, diese Kassenpatienten jedoch dreimal häufiger die billigen ruhigstellenden Medikamente erhalten, wird dieser Zusammenhang offensichtlich.
- Die Behauptung von Wirtschaftlichkeitsreserven in der Größenordnung von 25 Milliarden DM ist blanke Spekulation. Wege zur systematischen Erschließung dieser postulierten Reserven, die nicht gleichzeitig massiv in die Ansprüche von Patienten eingreifen, sind – von Einzelfällen abgesehen – bislang nicht aufgezeigt worden. Wer beispielsweise behauptet, es gebe in der Massagebehandlung ein Einsparpotential von einer Milliarde DM,

der soll auch vor die Patienten treten und ihnen erklären, daß sie künftig für eine Milliarde DM weniger Massagen erhalten.

Nachholbedarf bei chronischen Krankheiten

- Soweit es denn überhaupt die postulierten Wirtschaftlichkeitsreserven gibt, steht diesen ein massiver Nachholbedarf in anderen Versorgungsbereichen gegenüber. Allein im Bereich der Behandlung von Diabetikern, Hepatitis-Kranken und MS-Patienten besteht ein jährlicher Nachholbedarf von rund 10 Milliarden DM, wenn die aktuelle Behandlung an die heute zu postulierenden Standards herangeführt würde. Bezogen auf die gesamte Kassenmedizin steht den unbewiesenen Wirtschaftlichkeitsreserven ein medizinischer Nachholbedarf in mindestens doppelter Größenordnung gegenüber.

Die Möhre vor der Nase ...

- Besonders unglaubwürdig wird Gesundheitspolitik dort, wo sie Budgetanhebungen an offensichtlich nicht einlösbare Bedingungen knüpft. So ist die Aussage, daß vor einer Anhebung der Arzneimittelbudgets für innovative Medikamente erst angebliche Einsparpotentiale in anderen Versorgungsbereichen erschlossen werden müßten, äußerst fragwürdig. Dies ist etwa so, als würde man der ÖTV in Tarifverhandlungen sagen: Solange ein Bundesminister mehr als 300.000 DM pro Jahr verdient, haben die Gewerkschaften ihre Forderungen nach Gehaltsverbesserungen für die Verwaltungsangestellten des Bundes zurückzustellen. Den genannten Beispielen ist eines gemeinsam: In beiden Fällen wird für die Mittelbereitstellung zum Ausgleich eines notwendigen Nachholbedarfs eine aus dem Gesamtsystem abgeleitete, für den einzelnen jedoch unerfüllbare Bedingung gefordert.

Die Wahlleistungs-Lüge

Auch im Hinblick auf die Diskussion um eine Trennung von Grund- und Wahlleistungen sind politische Täuschungsmanöver an der Tagesordnung. Wenn die Krankenkassen etwa permanent im Arzneiverordnungs-Report das sogenannte „Einsparpotential" in der Arzneimittelbehandlung thematisieren, so definieren sie damit bereits eine Grundversorgung, da die postulierten Wirt-

schaftlichkeitsreserven nichts anderes sind als die von ihnen angeblich abgelehnte Ausgliederung von „Wahlleistungen". Wenn die Krankenkassen somit im Arzneimittelbereich sich auf den Arzneiverordnungs-Report beziehen, definieren sie faktisch folgende Grundversorgung für ihre Mitglieder:

Grundversorgung ist bereits definiert!

- Statt des Originalpräparates hat der Kassenpatient nur Anspruch auf das billigste Generikum, denn darauf beziehen sich alle Einsparberechnungen der Krankenkassen;
- bei Innovationen in der Arzneimittel-Galenik (z.B. Hautpflaster statt Tablette) hat der Kassenpatient nur Anspruch auf die „ausreichende Versorgungsform" (also z.B. Tablette);
- bei Weiterentwicklungen bestehender Wirkprinzipien, deren Mehrnutzen vergleichsweise teuer ist, hat der Patient nur Anspruch auf die bewährte und billige Standardversorgung;
- auf von den Kassen als „umstritten" definierte Arzneimittel hat der Patient keinen Anspruch, auch wenn der Nutzen bei ihm im Einzelfall nachgewiesen ist.

Mit der beständigen Bezugnahme auf die im Arzneiverordnungs-Report angeblich aufgezeigten Wirtschaftlichkeitsreserven definieren die Krankenkassen somit faktisch eine Grund- und Wahlversorgung. Die vier genannten Bereiche dokumentieren nämlich eindeutig, daß es durchaus vernünftige Gründe für Patienten gibt, die aus ihrer Sicht jeweils höherwertige „Wahlleistung" zu beanspruchen. Dies betrifft sogar das schlichteste der genannten Beispiele, nämlich das Vertrauen des Patienten in den Markennamen des Originalpräparates. Es darf deswegen sowohl gesundheitspolitisch als auch unter Aspekten des Verbraucherschutzes nicht unwidersprochen bleiben, wenn die Krankenkassen auf der einen Seite das Prinzip von Grund- und Wahlleistungen für die gesetzliche Krankenversicherung ablehnen, auf der anderen Seite jedoch mit dem Bezug auf sogenannte Wirtschaftlichkeitsreserven exakt dies permanent postulieren.

Zur Problematik des „medizinisch Notwendigen"

Um es vorweg zu nehmen: Die von Politikern und Krankenkassen häufig verwendete Aussage, die Krankenkassen bezahlten alles, was medizinisch notwendig sei, ist falsch und irreführend! Schon im Gesetzbuch heißt es anders. Danach müssen die Kassenleistungen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich" sein und „dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten". Dies bedeutet auch, daß zwar notwendige, jedoch unter Berücksichtigung der verfügbaren Mittel unwirtschaftliche Leistungen eindeutig keine Kassenleistungen sind (Abb. 7).

Stiefkind Vorsorge

Gerade im Vorsorgebereich ist es den Krankenkassen darüber hinaus sogar verboten, eine Reihe von eindeutig medizinisch notwendigen Leistungen zu bezahlen. Hierzu gehören etwa die reisemedizinische Vorsorge oder die sportmedizinische Vorsorge-Untersuchung. Auch viele Möglichkeiten der erweiterten Krebsfrüherkennung bei Gesunden werden von den Kassen nicht übernommen und müssen deshalb vom Arzt privat angeboten werden. Beispiele hierfür sind die Vorsorge-Untersuchung auf Hautkrebs, die Mammographie zur Früherkennung des

Warum die Krankenkassen nicht „alles medizinisch Notwendige" bezahlen

1. Im Sozialgesetzbuch ist das „Maß des Notwendigen" nur als Obergrenze für die Kassenleistungen definiert. Eine zwar notwendige, aber nicht wirtschaftliche Leistung ist gemäß § 12 Abs. 2 SGB V keine Kassenleistung.
2. Manche medizinisch notwendige Leistungen sind durch Gesetz als Kassenleistungen explizit ausgeschlossen (z.B. reisemedizinische Vorsorge).
3. Viele medizinisch notwendige Leistungen sind vom Bundesausschuß nicht als Kassenleistungen eingeführt worden (z.B. Mammographie, Hautkrebs-Vorsorge, Glaukom-Vorsorge).
4. Viele medizinisch notwendige Leistungen werden unter Budgetdruck durch medizinisch ausreichende Leistungen ersetzt (z.B. aktive Bewegung statt Massage bei Verspannungs-Schmerzen).
5. Viele medizinisch notwendige Leistungen werden von den Krankenkassen als „umstritten" oder „unwirtschaftlich" diffamiert und dem verordnenden Arzt nachträglich über Strafzahlungen in Rechnung gestellt (z.B. Tramal zur Schmerzbehandlung).

Abbildung 7

Brustkrebses oder bestimmte Laboruntersuchungen wie etwa der PSA-Test zur Früherkennung des Prostata-Krebses.

Doch auch im eigentlichen Bereich der Krankenbehandlung führt die gesetzliche Durchbudgetierung dazu, daß gerade neue und vielfach auch teure medizinische Entwicklungen nur noch in der Privatmedizin angeboten werden. Besonders deutlich wird dies in der Behandlung chronischer Erkrankungen wie Bluthochdruck, Rheuma und auch Morbus Alzheimer. In diesen Bereichen wird – wie das Gesetz es vorschreibt – das medizinisch „Ausreichende" vom Arzt auch in der Kassenversorgung noch geleistet, jedoch entfernt sich dieser Behandlungsstil in vielen Fällen zunehmend vom medizinisch Optimalen.

Behandlungsstil – eine Frage der Auffassung?

Anliegen des Verbraucherschutzes muß es in diesem Zusammenhang sein, die Patienten über die faktische Unverbindlichkeit des Begriffs von der „medizinischen Notwendigkeit" aufzuklären. Dieser Begriff ist nämlich äußerst dehnbar und wird insbesondere von Politikern und Krankenkassen häufig ganz anders verstanden als von den betroffenen Patienten (Abb. 8 und 9).

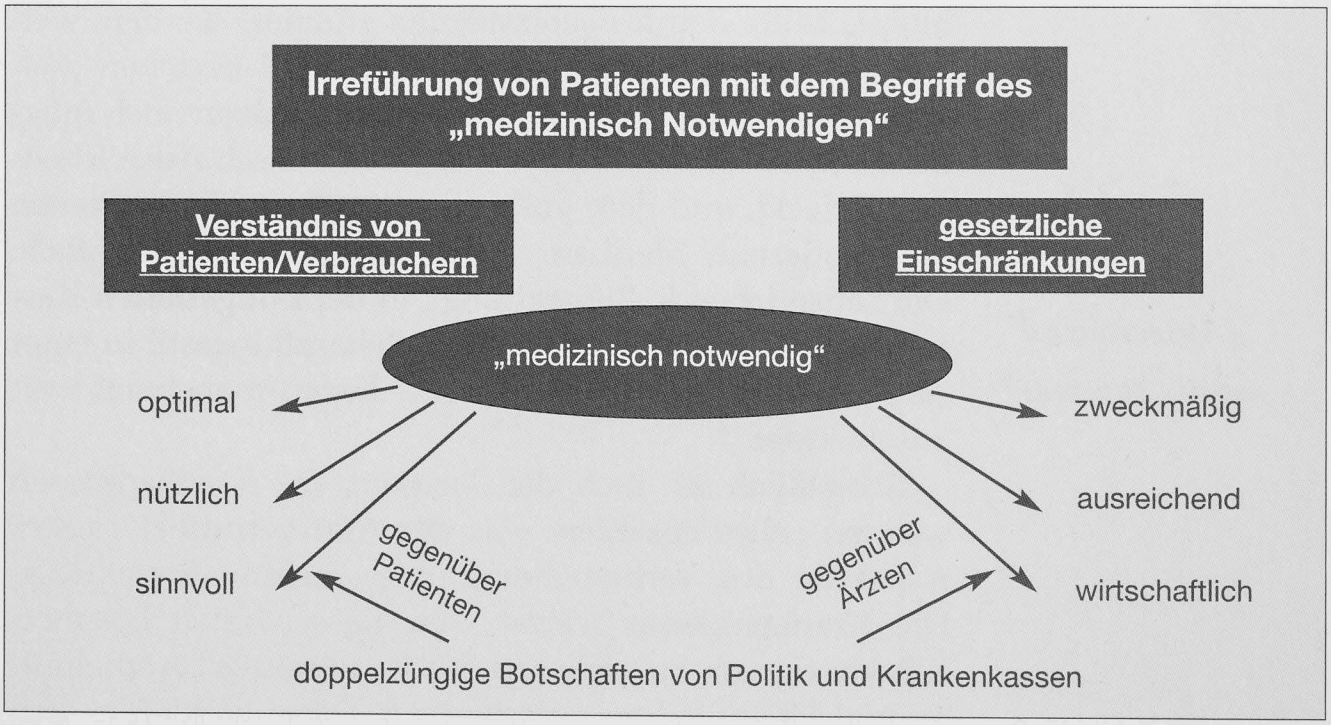

Abbildung 8

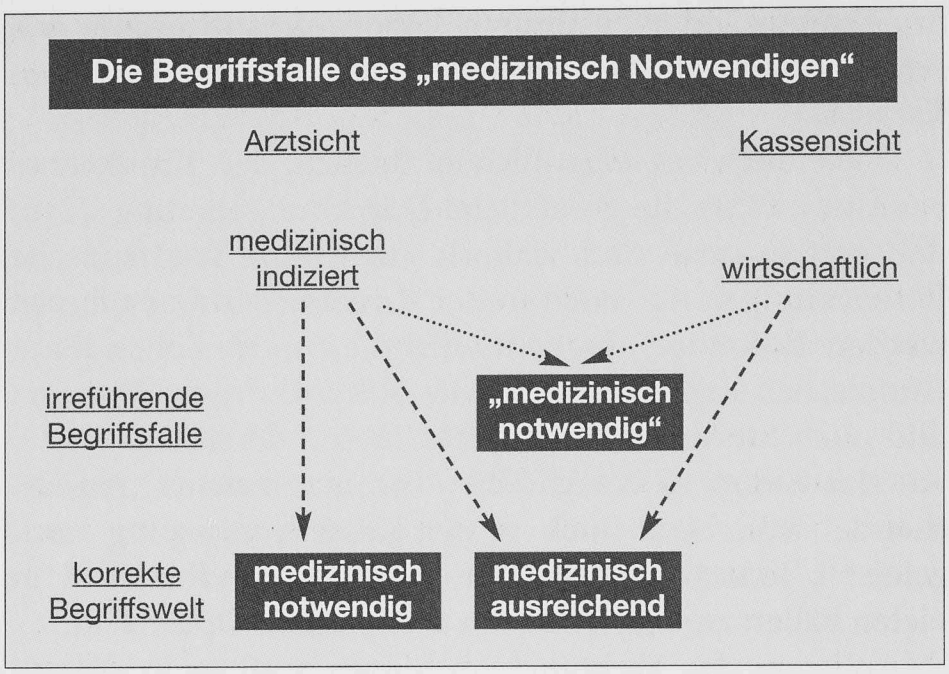

Abbildung 9

Daher sollte ein aufgeklärter Verbraucherschutz die Kassenpatienten zum Beispiel über medizinisch empfehlenswerte Vorsorgemaßnahmen informieren, die von den Krankenkassen nicht bezahlt werden dürfen. Darüber hinaus sollte den Kassenpatienten erläutert werden, welche Unterschiede auch im Krankheitsfall bestehen zwischen dem in der budgetierten Kassenmedizin noch möglichen Behandlungsstil, der das „medizinisch Ausreichende“ abdeckt, und dem vollen Spektrum an Möglichkeiten der modernen Medizin. Hierdurch wird offensichtlich: Die „ausreichende Behandlung“ in der budgetierten Kassenmedizin und der budgetfreie Behandlungsstil in einer „Optimierten Individualmedizin“ liegen manchmal weit auseinander.

„Ausreichend“ oder „optimal“

Schließlich ist auch die Aussage, die Krankenkassen würden „alles bezahlen, was der Arzt verordnet“, unter Aspekten des Verbraucherschutzes äußerst fragwürdig. Die Krankenkassen werfen den Kassenärzten bekanntlich häufig vor, zu viele angeblich „unnötige“ Arzneimittel und Heilmittel zu verschreiben. Dabei handelt es sich nicht selten um solche Mittel, die von Patienten ausdrück-

lich gewünscht werden, weil sie damit eine Linderung ihrer Beschwerden verspürt haben. Die verordnenden Ärzte werden jedoch von den Krankenkassen für die Verordnung dieser Mittel häufig nachträglich mit Strafzahlungen bedroht. Daher ist es gegenüber den Patienten unaufrichtig, wenn diese auf Nachfrage bei ihrer Krankenkasse erfahren, die Kasse würde „alle vom Arzt verordneten Arzneimittel und Heilmittel bezahlen".

Der „Zweite Gesundheitsmarkt"

Der Markt kommt!

Über die Entwicklung des Gesundheitsmarktes in den nächsten 10 bis 20 Jahren gibt es zwischenzeitlich eine ganze Reihe von Untersuchungen und Prognosen. Alle diese Prognosen gehen übereinstimmend davon aus, daß bei der Weiterentwicklung der Finanzierungsgrundlagen des Gesundheitsmarktes die gesetzliche Krankenversicherung eine immer geringere und die Eigenleistungen der Bürger, einschließlich privater Zusatzversicherungen, eine immer größere Rolle spielen werden (vgl. Abb. 10).

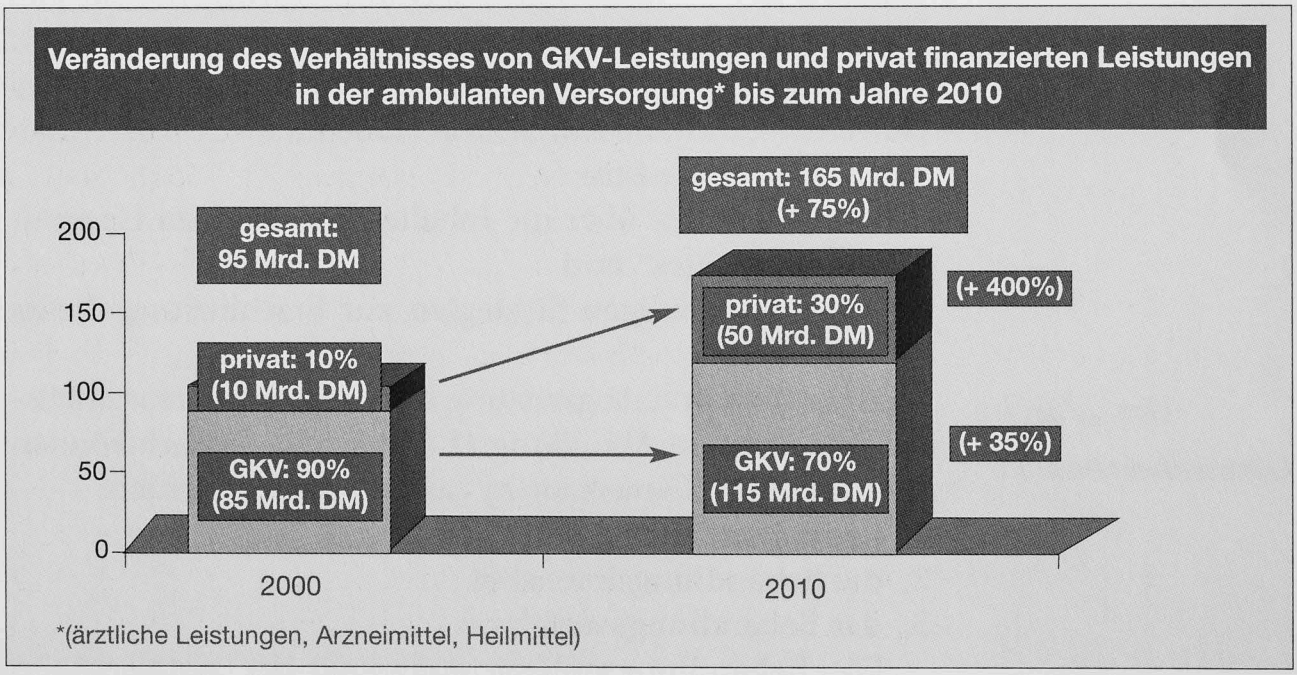

Abbildung 10

Vor dem Hintergrund der ausgabensteigernden Faktoren wie demografische Veränderungen, medizinischer Fortschritt und Anspruchsverhalten der Patienten besteht Grund zu der Annnahme, daß die Ausgaben für die ambulante Versorgung der 72 Millionen Kassenpatienten bis zum Jahre 2010 um rund 75 Prozent auf ca. 165 Milliarden DM steigen. Wegen der äußerst begrenzten Finanzierungsreserven der gesetzlichen Krankenversicherung wird sich bis zu diesem Zeitpunkt das Verhältnis zwischen kollektiver und privater Finanzierung von derzeit 90 zu 10 auf dann 70 zu 30 ändern. Die prognostizierte Entwicklung wird jedoch keinesfalls sozusagen „automatisch" in der beschriebenen Weise eintreten. Die Prognose besagt vielmehr lediglich, daß im Jahre 2010 ein Gesundheitsmarkt in der genannten Größenordnung sich auf folgende drei Voraussetzungen wird stützen können:

Nüchterne Prognose

1. das Angebot entsprechender Gesundheitsleistungen,
2. eine große Nachfrage nach diesen Leistungen und
3. ausreichende Mittel zur Finanzierung dieser Nachfrage, einschließlich der entsprechenden Bereitschaft zur Finanzierung.

Gleichwohl wird dieses Wachstum des Gesundheitsmarktes den sogenannten „Leistungserbringern" im Gesundheitswesen keineswegs etwa in den Schoß gelegt. Voraussetzung für die Erschließung insbesondere des „Zweiten Gesundheitsmarktes" außerhalb der Kassenmedizin ist insbesondere

Der Arzt muß umdenken

- die Kenntnis über die Inhalte des „Zweiten Gesundheitsmarktes" und
- die notwendigen Strategien zur Erschließung dieses Marktes.

Der „Zweite Gesundheitsmarkt"

Definition und Abgrenzung des „Zweiten Gesundheitsmarktes" sind in Abbildung 11 dargestellt. Danach können folgende drei „Dimensionen" unterschieden werden:

1. der Behandlungsanlaß,
2. die Behandlungsintensität,
3. das Behandlungsverfahren.

Die Behandlungsanlässe außerhalb der notwendigen und wirtschaftlichen Krankenbehandlung im Rahmen der

IGEL-Dynamik

Kassenmedizin stellen das Kernstück der sogenannten „Individuellen Gesundheitsleistungen" (IGEL) dar. Stets handelt es sich dabei um einzeln zu benennende Wunschleistungen außerhalb der GKV-Grenzen.

Optimale Behandlung oder Behandlungsoptionen

Die zweite „Dimension" bildet der Wunsch nach einer Behandlungsintensität, die über die Einschränkungen von Budgets und Wirtschaftlichkeitsgebot in der Kassenmedizin hinausgeht. Auch in diesem Bereich sind einzelne IGEL-Angebote definierbar, jedoch ist dieses Segment insgesamt besser dem sogenannten „Kostenerstattungs-Sektor" zuzuordnen, da der hier zumeist zugrunde liegende Wunsch nach einer „optimalen Behandlung" sich nicht immer auf einzelne „IGEL-Angebote" herunterbrechen läßt, sondern vielmehr ein häufig komplexes Behandlungs-Regime erfordert. Die dritte „Dimension" des „Zweiten Gesundheitsmarktes" bilden schließlich die unterschiedlichen Behandlungsverfahren, die recht grob nach den schulmedizinischen einerseits und der Vielzahl alternativ-medizinischer Verfahren andererseits einzuteilen sind, wobei allerdings auch manche alternative Heilmethoden jedenfalls teilweise noch in die Zuständigkeit der Kassenmedizin fallen

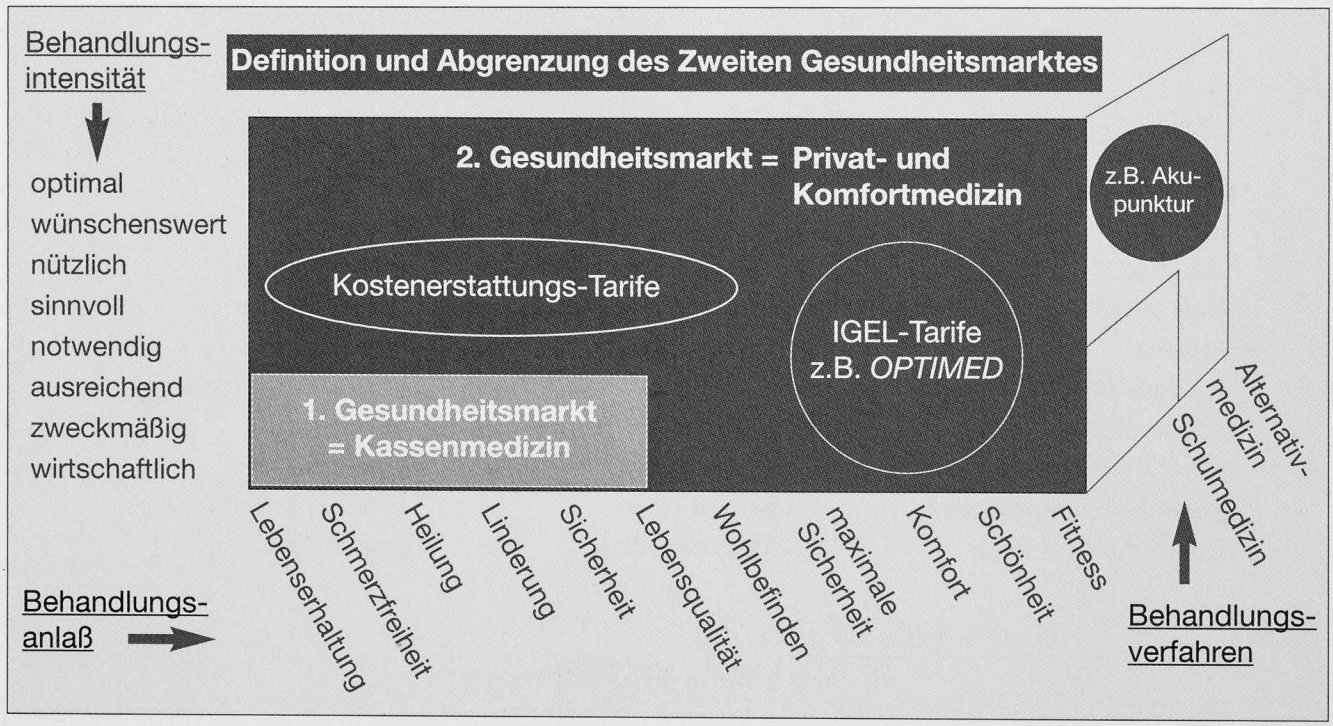

Abbildung 11

(z.B. homöopathische Arzneimittel). Auch die Behandlungsverfahren außerhalb der Kassenmedizin stellen in gewisser Weise „IGEL-Angebote" dar, auch wenn das Zuordnungs-Kriterium (Behandlungsverfahren) nicht dem klassischen „IGEL-Kriterium" des Behandlungsanlasses entspricht.

Das Konzept der Optimierten Individualmedizin

Das Konzept der Optimierten Individualmedizin geht davon aus, daß die bis zum Jahre 2010 zu erwartende massive Verschiebung in den Finanzierungsgrundlagen und der damit verbundene forcierte Ausbau der Privatmedizin nur in einem strukturierten und qualitätsgesicherten Rahmen erfolgreich sein kann. Daher setzt dieses Konzept der Optimierten Individualmedizin auf eine dreifache Unterstützung dieses Änderungsprozesses. Die beiden Kernelemente sind zum einen die klare Abgrenzung von Kassen- und Privatmedizin und zum anderen das Angebot der so definierten privatmedizinischen Leistungen in einer bundesweiten Qualitätsgemeinschaft von Partner-Ärzten. Eine dritte

Qualitätsgemeinschaft von Partner-Ärzten

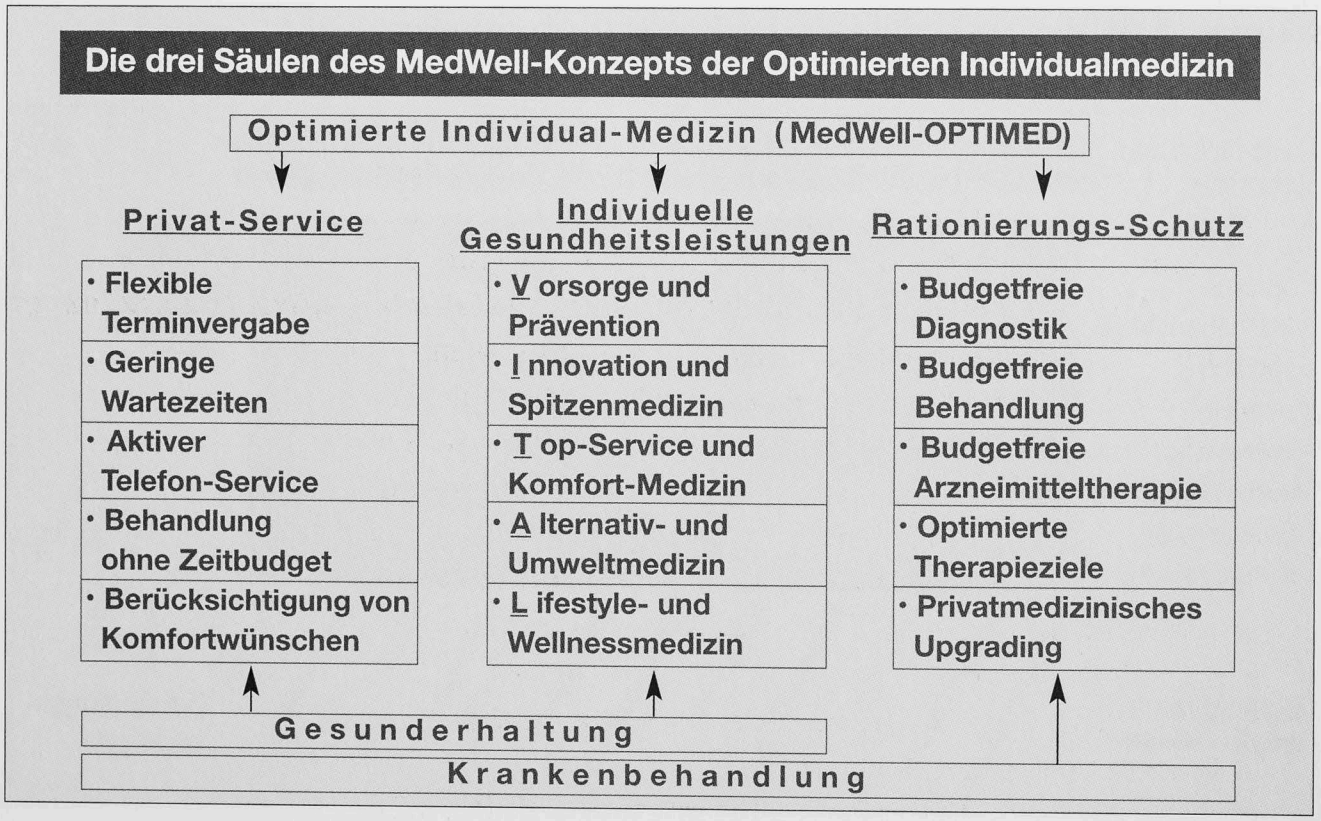

Abbildung 12

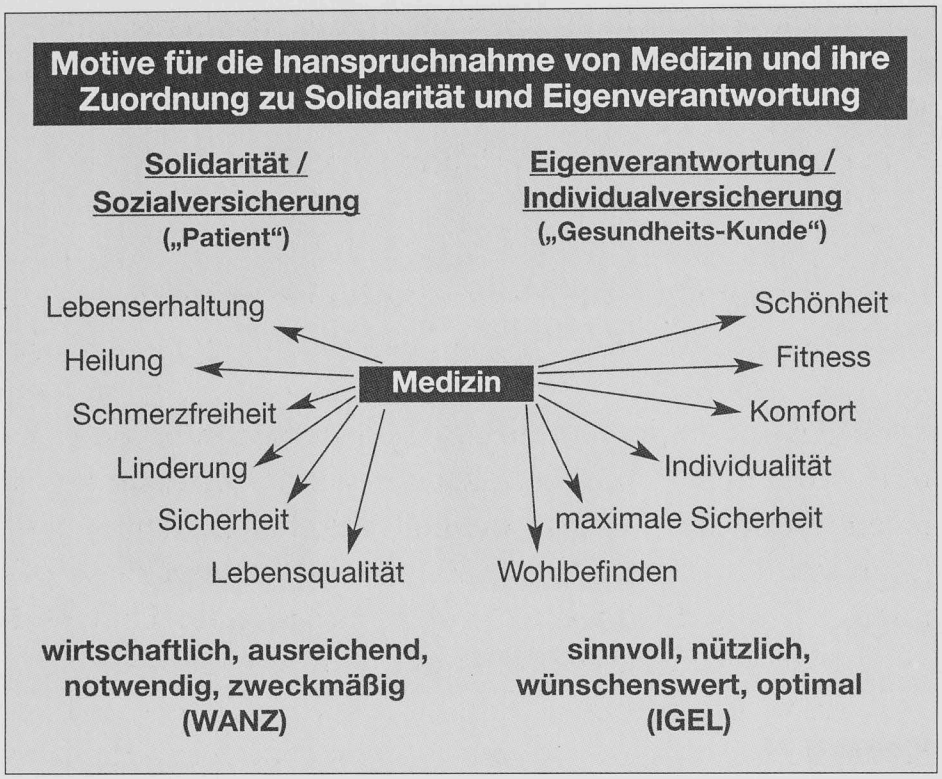

Abbildung 13

Komponente, von der erhebliche Synergieeffekte erwartet werden, besteht in der Entwicklung und dem Angebot einer Palette von spezifischen privaten Zusatzversicherungs-Tarifen. Mit der Definition einer „Optimierten Individualmedizin" wird die entscheidende Voraussetzung für die Entwicklung entsprechender ambulanter Zusatztarife geschaffen (Abb. 12). Die Produktfamilie privater Zusatztarife soll künftig beispielsweise folgende Angebote umfassen:

Private Zusatztarife

- Zentrale Individuelle Gesundheitsleistungen (Abb. 13) im Bereich von Vorsorge und Prävention (z.B. großer Gesundheits-Check-Up, erweiterte Krebsvorsorge, Osteoporose-Vorsorge),
- Schutz vor budgetbedingter Rationierung in der Krankenbehandlung (z.B. bei Labordiagnostik und bildgebenden Verfahren),
- Schutz vor budgetbedingter Rationierung in der Arzneimittelversorgung,
- Privatärztliches Extraservice-Programm (PEP: z.B. kurzfristige Terminvergabe, geringe Wartezeiten).

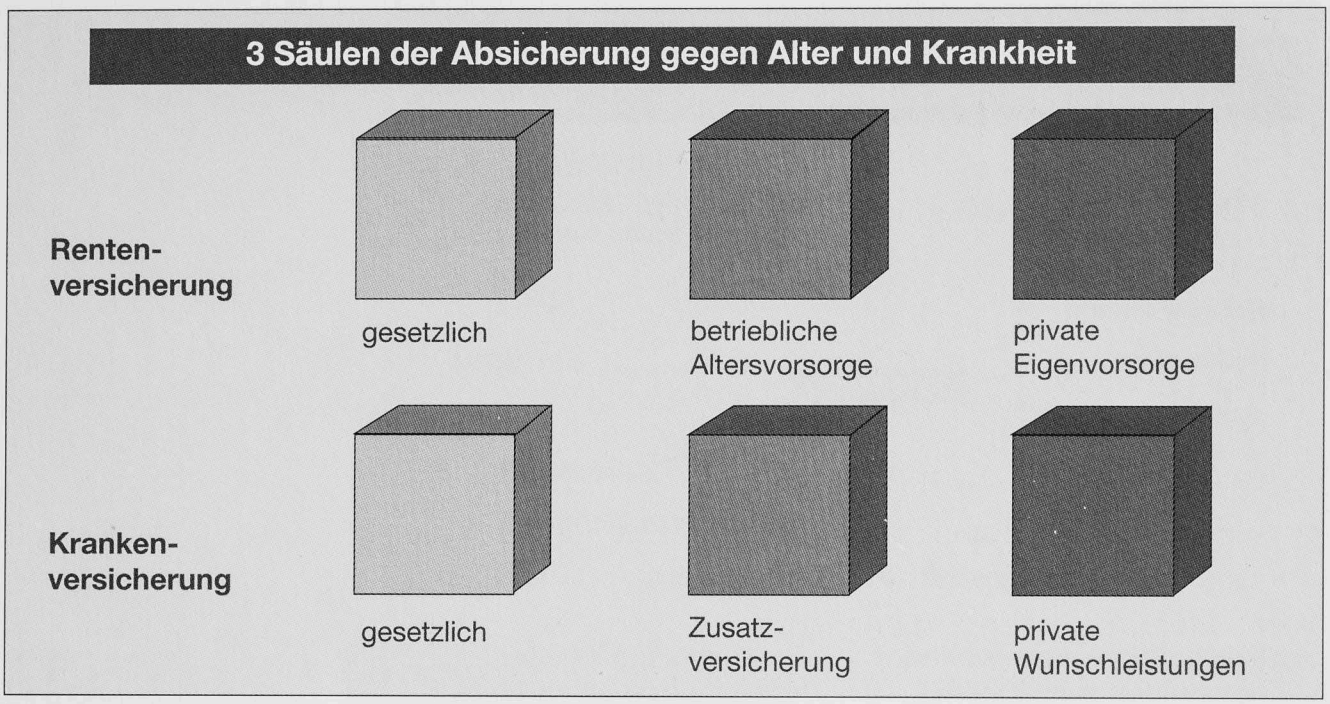

Abbildung 14

Standbein private Zusatzversicherung

Mit dem Tarif „Optimed" haben die Deutsche Krankenversicherung (DKV) und die MedWell Gesundheits-AG erstmals einen Tarif für insgesamt rund 30 definierte Individuelle Gesundheitsleistungen zusammengestellt, der allen 72 Millionen gesetzlich Krankenversicherten angeboten wird. Weitere Zusatz-Tarife für Kostenerstattungs-Angebote sowie alternativ-medizinische Verfahren werden folgen. Damit wird sich – ähnlich wie in der Rentendiskussion – die private Zusatzversicherung zunehmend als zweites von drei Standbeinen in der Gesundheitssicherung etablieren (Abb. 14).

Diese ersten Schritte zeigen, daß die privaten Anbieter im Gesundheitswesen die Strukturen für das notwendige Wachstum des Gesundheitsmarktes selbst schaffen können und gut daran tun, eine von der gesetzlichen Krankenversicherung unabhängige Strategie für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens zu verfolgen.

Dr. med Lothar KRIMMEL
Vorstand, Medwell – Gesundheits-AG
Im Winkel 1-5, 51145 Köln