

Ärztenschaft macht sich für duales System stark und schlägt Reformen vor

Der Ärztetag in Hannover beschließt mit großer Mehrheit ein Konzept zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenkassen und für mehr Nachhaltigkeit und Transparenz in der Privaten Krankenversicherung.

von Horst Schumacher

Der 116. Deutsche Ärztetag hat sich im Mai in Hannover für den Wettbewerb von Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und Privater Krankenversicherung (PKV) stark gemacht und erstmals ein Konzept zur Reform der beiden Säulen des dualen Krankenversicherungssystems verabschiedet. Der von SPD und Bündnis90/Die Grünen vorgeschlagenen Bürgerversicherung erteilten die Delegierten im Bundestagswahljahr eine klare Absage.

Ungeachtet dessen sei der Ärztetag „parteipolitisch neutral“, stellte der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK) und des Deutschen Ärztetages, Professor Dr. Frank Ulrich Montgomery, vor Journalisten klar. Das Programm der Ärzteschaft sei unbeeinflusst von parteipolitischen Überlegungen. „Vielmehr ist eine Stärkung des bestehenden Systems, das doch unstrittig das am besten funktionierende der Welt ist, vorrangig“, sagte der BÄK-Präsident in seiner Rede zur Eröffnung des Ärztetages. „Es herrscht also überhaupt keine Not, das System von den Füßen auf den Kopf zu stellen.“ Der Leistungskatalog der GKV ist nach Montgomerys Überzeugung nur gut und umfassend, weil er sich dem Wettbewerb mit der PKV stellen muss: „Einheitssysteme wie eine Bürgerversicherung würden den Leistungskatalog einschränken.“

„Ich begrüße, dass die deutsche Ärzteschaft sich auf diesem Ärztetag der künftigen Finanzierung des Gesundheitswesens widmet“, sagte Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr bei der Ärztetagsöffnung. Es gelte, vor dem Hintergrund der kostensteigernden wirkenden demographischen Entwicklung und des drohenden Fachkräftemangels das Niveau der Versor-



Obne den Wettbewerb mit der Privaten Krankenversicherung wären auch die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung schlechter – darin waren sich der Präsident der Bundesärztekammer, Professor Dr. Frank Ulrich Montgomery (rechts), und Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr bei der Eröffnung des 116. Deutschen Ärztetages in Hannover einig.
Foto: Jürgen Gebhardt

gung zu halten. „Da wir keinen Einheitspatienten kennen, sondern jeder Patient höchst unterschiedlich ist, bedarf es auch keiner Einheitsversorgung durch eine Einheitskasse“, sagte der Minister, „wir wollen Wahlfreiheit, Vielfalt und freie Entscheidung der Versicherten und Patienten.“ Die Bürgerversicherung hingegen mache „Bürger und Patienten zum Bittsteller einer Einheitskasse“, sagte Bahr. Im Übrigen sei die PKV „über viele Jahrzehnte stabil“ gewesen: „Sie ganz in Frage zu stellen, wird dem Anspruch an die Versorgung der Patientinnen und Patienten in Deutschland nicht gerecht.“

Reformvorschläge für die GKV

An dem in Hannover verabschiedeten Papier „Anforderungen zur Weiterentwicklung des dualen Krankenversicherungssystems in Deutschland“ hat ein gesundheitsökonomischer Beirat mitgewirkt, dem Dr. Thomas Drabinski vom Institut für Mikrodaten-Analyse (Kiel) und Professor Dr. Günter Neubauer vom IfG Institut für Gesundheitsökonomik (München) angehörten. Die Ärzteschaft sei der Überzeugung, „dass der Fortbestand der Dualität von gesetzlicher und privater Krankenversicherung eine moderne und qualitativ hochwertige Patientenversorgung sichert“, heißt es darin.

■ Gesundheitsbeitrag und Sozialausgleich

Ein Kernelement der Reformskizze für die GKV ist ein fester, einkommensunabhängiger Gesundheitsbeitrag. Diesen zahlt der Versicherte an seine Krankenkasse – statt des bisherigen Versichertenanteils am Krankenversicherungsbeitrag. Der Gesundheitsbeitrag soll unabhängig von Alter, Geschlecht und von Vorerkrankungen innerhalb einer Kasse für alle Versicherten gleich sein, jedoch zwischen den Kassen variieren können. Die Höhe des Beitrags wäre durch die einzelnen Krankenkassen festzusetzen und von der jeweiligen Aufsicht zu genehmigen. Nach Berechnungen von Drabinski wären circa 135 bis 170 Euro monatlich durchschnittlich über alle Krankenkassen zu erwarten.

Der derzeit gesetzlich auf 7,3 Prozent des Bruttoeinkommens eingefrorene Arbeitgeberanteil am Krankenversicherungsbeitrag soll unverändert für alle Kassen gelten, um Sicherheit bei der Kalkulation der Lohnnebenkosten zu gewährleisten.

Eine zu hohe Belastung von Versicherten mit niedrigen Einkommen soll eine Belastungsgrenze verhindern, die den Gesundheitsbeitrag auf einen maximalen beitragspflichtigen Anteil von neun Prozent des gesamten Haushaltseinkommens beschränkt. Das entspricht laut BÄK-Papier der heutigen Belastungsgrenze von

10,2 Prozent des sozialversicherungspflichtigen Einkommens.

Liegt der Gesundheitsbeitrag oberhalb der Belastungsgrenze von neun Prozent des gesamten Haushaltseinkommens des Versicherten, wird die Differenz über einen Sozialausgleich finanziert. Dieser Sozialausgleich wird nach dem Konzept durch allgemeine Steuern über einen zweckgebundenen, ausschließlich zur Finanzierung des Sozialausgleichs bestimmten Bundeszuschuss zu einem neu konzipierten Gesundheitsfonds geleistet.

„Dadurch wird die jetzt im GKV-System verankerte Umverteilung auf das Steuersystem übertragen, was als gerechtere gesellschaftliche Lösung angesehen wird“, heißt es in der Reformschizze, „denn ein Einkommensausgleich kann in einem Steuersystem zielgenauer geleistet werden. Damit wird das Solidarprinzip durch einen Sozialausgleich ergänzt.“

■ Neue Kriterien für Familienmitversicherung

Auch die Familienmitversicherung soll neu geregelt werden. Die Beiträge für Kinder sollen bis zur GKV-Altersgrenze durch den Bundeszuschuss über den Gesundheitsfonds finanziert werden. Wer sich in Elternzeit befindet oder Familienangehörige pflegt wäre ebenfalls beitragsfrei mitversichert. Erwerbsfähige Erwachsene, die nicht die Kriterien erfüllen, sollen hingegen beitragspflichtig werden.

■ Neukonzeption und Reduktion des Gesundheitsfonds

Die Ärzteschaft fordert auch eine Neukonzeption des Gesundheitsfonds zur Stärkung der Subsidiarität des Gesundheitssystems. Der einkommensunabhängige Gesundheitsbeitrag soll nicht in den Fonds fließen, dieser wird vielmehr ausgestattet mit den Arbeitgeberbeiträgen, den Zuweisungen der gesetzlichen Rentenversicherung an die Krankenkassen sowie Steuermitteln für den Ausgleich sozial- und familienpolitischer sowie versicherungsfremder Leistungen.

Finanzieren soll der neue Gesundheitsfonds den Sozialausgleich für Versicherte mit niedrigen Einkommen, Aufwendungen für die Familienmitversicherung und versicherungsfremde Leistungen. Ein Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen soll eine Anpassung an die unterschiedlichen Risiken der Versichertenstruktur gewährleisten. „Diese Neukon-

zeption stärkt die Subsidiarität des Gesundheitssystems. Es kommt damit zu einer deutlichen Reduktion des Gesundheitsfonds“, heißt es im Reformpapier.

■ Finanzielle Eigenbeteiligungen

Die gesetzlichen Krankenkassen sollen künftig durch „attraktive Angebote“ die eigene Gesunderhaltung und Eigenverantwortung der Versicherten fördern, zum Beispiel durch Kostenerstattung und Kostenbeteiligung. Heute bereits mögliche Tarife mit Selbsthalten, Eigenbeteiligungen und Zuzahlungen in Kombination mit Beitragsrückerstattungen würden kaum genutzt, weil sie unattraktiv ausgestaltet sind. „Erfahrungen aus anderen Ländern haben gezeigt, dass nur spürbare finanzielle Eigenbeteiligungen eine steuernde Wirkung entfalten und zur Vermeidung von überflüssiger Inanspruchnahme beitragen können“, heißt es in der Reformschizze der Ärzteschaft.

■ Gesundheits-Sparkonto

Um mehr Generationengerechtigkeit herzustellen, schlägt die Ärzteschaft ein Gesundheits-Sparkonto aus Steuermitteln für alle in Deutschland geborenen Kinder vor. Das kapitalgedeckte Ansparprogramm, ausgestattet mit monatlich 100 Euro pro Kind, soll die finanziellen Folgen der demografischen Entwicklung abfedern. „Mit der Überlastung jüngerer Generationen zur Finanzierung älterer Generationen muss Schluss sein“, heißt es in dem Konzept der Ärzteschaft.

Reform der PKV

Die in Hannover beschlossene Reformschizze enthält auch Vorschläge zur Reform der Privaten Krankenversicherung. Die grundsätzliche Finanzierungsstruktur der PKV hält die Ärzteschaft zwar für zukunftsorientiert. „Daher ist im Gegensatz zu gegenwärtig diskutierten Vorschlägen einer Bürgerversicherung die deutsche Ärzteschaft für den Erhalt der privaten Vollversicherung.“ Diese sei jedoch zu reformieren hinsichtlich der Portabilität der Altersrückstellungen und der Transparenz bei den Tarifen und Leistungen.

Die Ärzteschaft plädiert dafür, dass die Privatversicherten ihre Rückstellungen bei einem Wechsel der privaten Krankenversicherung in vollem Umfang mitnehmen können. Für einige Gruppen von privat Krankenversicherten ist es laut BÄK-

Papier zu massiven Tarifsteigerungen gekommen. Auch sei der Versicherungsschutz zwischen den Altverträgen „sehr unterschiedlich und unterschreitet zum Teil das Leistungsniveau der gesetzlichen Krankenversicherungen“.

Daher sei die „Tarifwelt“ der PKV nachhaltiger und transparenter zu gestalten. Durch Mindestkriterien für Versorgungsleistungen soll ein ausreichender individueller Schutz der PKV-Versicherten gewährleistet werden. Dieser müsse so gestaltet werden, dass er den Versicherten einen transparenten Vergleich zwischen PKV-Tarifen und den GKV-Leistungen ermöglicht. Darüber hinaus fordert die Ärzteschaft eine Mindestqualifikation für die Vermittler von Versichertenverträgen und eine nachhaltige Änderung des Provisionssystems.

Finanzierung am Patienten ausrichten

Die Ärztinnen und Ärzte Deutschlands bekennen sich zum Arztberuf als freiem Beruf. Sie sehen sich auf der Grundlage medizin-ethischer Werte in der besonderen Verantwortung gegenüber ihren Patienten. Diese Selbstverpflichtung aber wird zunehmend in Frage gestellt durch die wachsende Überregulierung, vor allem aber auch Kommerzialisierung des Gesundheitswesens. Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert deshalb, die Dynamik der Überregulierung wie auch der Ökonomisierung ärztlicher Tätigkeit zu durchbrechen und wieder den notwendigen Raum für Therapiefreiheit und -verantwortung herzustellen ...

Seit Jahren steigt die Zahl der Behandlungsfälle in Klinik und Praxis, die Zahl der tatsächlich zur Verfügung stehenden Arztstunden aber ist rückläufig. Zugleich nimmt der ökonomische Druck durch fortwährende Unterfinanzierung im ambulanten Bereich wie auch in der Klinik zu. So kommt es in immer stärkerem Maße zu einer Verdichtung von Arbeit, zu Überlastung und zu Demotivation von Ärztinnen und Ärzten. Die Folge ist eine Abwanderung junger Ärzte ins Ausland oder in andere Berufsfelder.

Der 116. Deutsche Ärztetag 2013 fordert daher die Politik auf Bundes- und Landesebene dazu auf, die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nach dem Bedarf der Patienten auszurichten, und nicht, wie bisher, nur nach der Finanzierbarkeit. Die Länder müssen ihren Investitionsverpflichtungen bei der stationären Versorgung nachkommen. Die Krankenhausträger sind aufgefordert, die Arbeitsbedingungen für Ärzte nachhaltig zu verbessern und familienfreundlicher auszugestalten.

aus einem Beschluss des 116. Deutschen Ärztetages