



TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik – Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft

Betrifft: 10 Thesen

Änderungsantrag zum Entschließungsantrag

Von: Herrn Dr. med. Frank Ulrich Montgomery als Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer

DER DEUTSCHE ÄRZTETAG MÖGE FOLGENDE ENTSCHEIDUNG FASSEN:

In den „Gesundheitspolitischen Leitsätzen der Ärzteschaft – Ulmer Papier“ werden nach dem Punkt 8.2 „Kurzfristige und systemimmanente Weiterentwicklung der Finanzierung der GKV“ und vor dem Epilog die folgenden Punkte 8.3 und 8.4 eingefügt:

Punkt 8.3

10 Thesen der Ärzteschaft für eine nachhaltige Entwicklung der Krankenversicherung in Deutschland

Alle Anstrengungen der letzten Jahrzehnte haben nicht zu einer perspektivisch dauerhaften Stabilisierung der Finanzierung der Krankenversicherung geführt. Demographie, medizinischer Fortschritt und gesellschaftliche Veränderungen in einer sich globalisierenden Welt stellen dramatische Herausforderungen an die Sozialversicherungssysteme der Zukunft. Der für das Jahr 2009 beschlossene „Gesundheitsfonds“ löst keines der Finanzierungsprobleme – wirft hingegen neue Probleme auf. Wenn er scheitert, wovon die meisten Fachleute ausgehen, stehen wieder die Optionen „Bürgerversicherung“ oder „Prämienmodell“ zur Diskussion. Diese Debatte wird inzwischen parteipolitisch verengt und droht – wie der Gesundheitsfonds zeigt – in Kompromissen verwässert zu werden.

In dieser Situation will die deutsche Ärzteschaft einen Vorschlag machen, wie ein zukunftssicheres Finanzierungssystem aussehen könnte. Dieses Modell bedarf noch einer intensiven Erörterung mit der Politik, der Öffentlichkeit, der Wissenschaft und den Patienten. Es stellt keinen ausformulierten „Gesetzesentwurf“ dar, sondern will eine Lösungsskizze sein, um die Diskussion zu beflügeln. Wir sind uns dabei bewusst, dass dieser Vorschlag weder konfliktfrei noch abschließend sein kann.

Aus der Verantwortung für nachfolgende Generationen muss diese Diskussion aber jetzt geführt werden, damit die Weichen in die Zukunft richtig gestellt werden können.

- Einbeziehung aller Bürger in eine obligate Krankenversicherung – prämiensbasierte Volksversicherung

Schon heute sind fast 100% der Bevölkerung über GKV und PKV versichert. Praktisch die gesamte Bevölkerung ist in einem Versicherungssystem mit zwei Säulen gegen ubiquitär auftretende Risiken versichert. Dabei ist der implizite „Grundleistungskatalog“ in beiden Versicherungen gleich – lediglich bei

Angenommen: Abgelehnt: Vorstandsüberweisung: Entfallen: Zurückgezogen: Nichtbefassung:

Stimmen Ja: 80

Stimmen Nein: 142

Enthaltungen:0



der PKV aufgestockt und zum Teil durch Kapitaldeckung abgesichert.

Richtig ist, dass es heute zwei Beitragserhebungssysteme gibt. Während die GKV sich durch Umlagen auf das Arbeitseinkommen finanziert, erhebt die PKV risikokalkulierte Prämien. Im Kern geht es den Verfechtern einer „Bürgerversicherung“ also nicht um Einbeziehung aller Bürger in den Leistungsrahmen, sondern ausschließlich um die Ausdehnung des Umlageverfahrens auf alle Bürger. In Wahrheit geht es um die Übertragung des Mangels der heutigen GKV auch auf die Versicherten der PKV. Damit aber löst man nicht die Probleme.

Wir wollen auch weiterhin eine Versicherung aller Bürger – eine „Volksversicherung“. Diese ist aber nicht mit der „Bürgerversicherung“ zu verwechseln.

Alle Bürger müssen sich versichern (Versicherungspflicht). Die Krankenversicherungen sind privatwirtschaftlich organisiert und ähneln der heutigen Privaten Krankenversicherung. Sie erheben Prämien pro Kopf, die nur eingeschränkt risikokalkuliert sein dürfen. Der Bürger wählt unter den im Wettbewerb stehenden Versicherungsgesellschaften seine Versicherung aus. Der Grundleistungskatalog ist für alle Versicherungen verbindlich. Der Bürger kann bestimmen, ob und in welchem Umfang er Zusatzleistungen, Selbstbeteiligungen oder Franchisen wählt. Der Solidarausgleich erfolgt aus Steuermitteln. Steuerzuschüsse für Kinder werden vom Staat direkt gewährt.

- Einbeziehung aller Einkunftsarten - Mut zur Steuerreform

Sämtliche positive Einkünfte gemäß Einkommenssteuerrecht sollen zur Finanzierung der Krankenversicherung als Volksversicherung beitragen. Dieses kann im bisherigen System oder in der von uns abgelehnten „Bürgerversicherung“ nur durch eine Offenlegungspflicht aller Einkünfte gegenüber der beitrageeinziehenden Krankenkasse gestaltet werden. Dadurch mutiert die Krankenkasse zu einem zweiten Finanzamt mit allen Problemen der Ehrlichkeit und Transparenz. Zusätzlich sind Beiträge zu Krankenkassen aus grundgesetzlichen Erwägungen nur bis zu einer Beitragsbemessungsgrenze möglich (Äquivalenzprinzip). Steuern hingegen richten sich nach der Einkommenshöhe ohne Obergrenzen der Bemessung – Im Gegenteil: durch die Progression werden diejenigen mehr zu Leistungen herangezogen, die auch zu mehr Solidarität fähig sind. Steuern stellen daher eine gerechtere Methodik der Einbeziehung aller Einkunftsarten dar. Dabei muss aber die Steuergerechtigkeit verbessert werden. Wir brauchen – Hand in Hand mit der Reform der Sozialversicherungen – eine umfassende Steuerreform.

- Parität der Arbeitgeber in den Gremien der Krankenversicherung abschaffen - Auszahlung des Arbeitgeberbeitrages

Schon heute ist die angebliche Parität der Arbeitgeber eine Fiktion. Durch Erhöhung der Zuzahlungen und Ausgliederung von Leistungen nimmt der Anteil der Arbeitgeberbeiträge am Transfervolumen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beständig ab. Die Arbeitgeber zahlen nur noch rund 40 Prozent der Gesamtleistungen in der GKV. Dafür aber bekommen sie ein erhebliches Mitspracherecht. Dabei gilt ihr Einsatz immer mehr allein der Kostendämpfung. Ihnen liegen Beitragsätze nun einmal näher als Leistungsversprechen.

Der heute von den Arbeitgebern beigebrachte Beitragsatzanteil sollte aber weiterhin für die Finanzierung



der GKV zur Verfügung stehen. Würde man diese ca. 6,3 % der Bruttolöhne und -gehälter einmal dem Lohn zuschlagen und zukünftig der Anpassung der Löhne und Gehälter im Rahmen der Tarifverhandlungen mit unterziehen, würde dieses Finanzvolumen beim Versicherten auch weiterhin dynamisiert für die Finanzierung einer Krankenversicherung zur Verfügung stehen. Die darauf erhobenen Lohn- und Einkommenssteuern würden in einem steuerfinanzierten Solidarausgleich herangezogen werden können.

- Weiterentwicklung und Erhalt der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) als Gebührenordnung und Referenzmaßstab der Honorierung ärztlicher Leistungen in weiteren Versorgungsstrukturen

Die Gebührenordnung für Ärzte ist ein unabdingbares Instrument einer privatwirtschaftlich organisierten Volksversicherung auf Prämienbasis. Die vorhandene GOÄ ist eine veraltete, jedoch nutzbare Grundlage, auf der eine verbesserte Gebührenordnung entwickelt werden kann. Diese neue GOÄ muss auf einem betriebswirtschaftlich fundierten Preisfindungsmodell basieren und Instrumente enthalten, mit denen zügige Anpassungen an den medizinischen Fortschritt ermöglicht werden. Sie soll dabei über die direkte Honorierung ärztlicher Leistungen in einem prämienbasierten Volksversicherungssystem hinaus als Referenzmaßstab für ärztliche Leistungen in weiteren Versorgungsstrukturen oder Versorgungsmodellen Gültigkeit haben. Dabei darf es keine Rolle spielen, ob die Abrechnung der Leistungen in einem Sachleistungssystem (direkt mit dem Versicherer) oder mit einer Kostenerstattung (direkt mit dem Versicherten) erfolgt.

- Familienpolitik ist gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Die zentrale Philosophie der deutschen Familienpolitik, die notwendigen Finanztransfers über die Sozialversicherung regeln zu wollen, ist gescheitert. Kaum ein Industriestaat hat eine ähnlich schlechte Bilanz seiner Familienpolitik vorzuweisen wie Deutschland. Die Nettoerproduktionsrate ist seit über 30 Jahren negativ. Angesichts dieses Szenarios ist Familienpolitik eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Diese sollte daher auch aus Steuermitteln und nicht über die Umlagen des Sozialversicherungssystems finanziert werden. Die Einführung einer „Familienkasse“ wäre daher ein kluger Weg, um gesellschaftliche und politische Verantwortung dort anzusiedeln, wo sie hingehören – beim Staat. Es ist daher nur richtig, die Krankenversicherungsbeiträge für Kinder bis zum Abschluss der ersten Berufsausbildung aus dieser Familienkasse aus Steuermitteln aufzubringen. Eine eigene, von den Eltern aufzubringende Prämienleistung für Kinder würde erhebliche Nachteile für Familien mit sich bringen.

Kernpunkt einer Gesundheitsprämie ist aber die kopfbezogene Definition der Pauschale. Daher sollten alle Erwachsenen – auch nicht mitarbeitende Ehemänner oder -frauen – eine eigene Pauschale bezahlen. Dies sollte über die gesetzliche Verankerung einer Versicherungspflicht für alle Bürger festgeschrieben werden.

- Prämienmodell statt Umlagefinanzierung - Steuerreform dringend nötig

Die herkömmliche Erhebung (arbeits)einkommensbezogener Umlagebeiträge stößt an ihre Grenzen. Immer mehr Menschen verdienen ihren Lebensunterhalt nicht durch traditionelle angestellte Tätigkeit, sondern in Mischformen von abhängiger Arbeit, Selbständigkeit, Arbeitersatzeinkommen und Kapitaleinkünften jeglicher Art. „Gerechtigkeit“ lässt sich in diesem System nur noch über ein



steuerähnliches Erhebungs- und Kontrollsystem erreichen.

Es sollte aber nicht außer Acht gelassen werden, dass Gerechtigkeitsprobleme in beiden Finanzierungsoptionen solange nicht beseitigt werden, wie nicht das Steuerrecht einer grundlegenden Reform unterzogen wird. Bei der „Bürgerversicherung“ wie auch bei steuerfinanzierten Ausgleichssystemen sind Steuerehrlichkeit und -gerechtigkeit nötig, um zum einen Missbrauch zu verhindern, zum anderen aber auch ausreichend Finanzvolumen zur Bewältigung des Ausgleichs zur Verfügung zu stellen.

Eine mit der Änderung der Sozialversicherungen einhergehende Steuerreform ist daher politisch unverzichtbar!

- Prämien "solidarisch" kalkulieren

Eine ausschließlich versicherungsmathematische Kalkulation der Prämien würde zum einen zu einer Nichtversicherbarkeit schwerstkranker und behinderter Menschen führen, zum anderen jeden Krankenkassen- Wettbewerb bei erkrankten Patienten ausschließen. Darüber hinaus verträgt sich auch die aus der Versicherungspflicht reziprok abzuleitende Annahmepflicht der Krankenversicherung nicht mit vollständig risikogerecht kalkulierten Prämien. Die Kalkulation der Prämien wird daher durch gesetzliche Maßnahmen in ihrem Rahmen bestimmt werden müssen. Die Überwachung der Einhaltung gesetzlicher Vorgaben obliegt dem Bundesversicherungsamt. Vorerkrankungen werden sicher nicht kalkulatorisch wirksam werden können. Lediglich Alter und Geschlecht, eventuell auch besondere Formen der Lebensführung (Nichtraucher, Extremsportler, Testpilot, etc.) kommen als Kalkulationsfaktoren in Betracht. Darüber hinaus wird der Gesetzgeber aber sicher auch noch – wie heute schon in der PKV – Altersrückstellungen zur Erleichterung des Wettbewerbs mit vorsehen.

- Ja zur Kapitaldeckung - in vernünftigem Umfang

Die Debatte um die Kapitaldeckung ist keine Eigenart der Gesundheitsprämie. Sie ist genauso in einer umlagefinanzierten „Bürgerversicherung“ denkbar. Hierin liegt lediglich ein Versuch, mehr Generationengerechtigkeit dadurch herzustellen, dass die heute arbeitenden Generationen Finanzmittel für ihre eigene Versorgung zurückstellen, anstatt sich ausschließlich von der Finanzierungswilligkeit zukünftiger Generationen abhängig zu machen. Kapitaldeckung löst nicht einmal das heute schon bestehende Problem der Generationenungerechtigkeit, da schon heute die nicht mehr arbeitenden Bevölkerungsschichten (die kein Kapital mehr ansparen können) mehr aus dem System herausziehen, als sie hineingegeben haben. In beiden Systemen aber wirken Rücklagen zunächst beitragsatz- bzw. prämiensteigernd. Sie laufen daher der zentralen Intention der Politik zuwider, die ja bereits mit der Implementierung eines zukunftsfähigen Versicherungssystems Kostendämpfungserwartungen erfüllen möchte. Die Ärzteschaft stellt klar fest: Gleichzeitig in der Krankenversicherung sparen und sie zukunftsfest machen zu wollen, ist ein unlösbarer Widerspruch!

In einem funktionierenden Versicherungssystem ist kein 100 %-iger Kapitaldeckungsstock erforderlich. Da die Krankenversicherung immer als echtes Versicherungssystem junge, gesunde Beitragszahler, ältere und sehr alte, gesunde und kranke Menschen vereint, ist nur soviel Kapitaldeckungsstock erforderlich, wie zur



Ermöglichung von Versicherungswechsel als Wettbewerbselement nötig ist. Kapitaldeckung ist also vor allem ein Element, das Wettbewerb über Altersrückstellung ermöglichen soll – weniger ein Ansparmodell.

- Solidarausgleich über politisch verantwortete Steuerfinanzierung statt über interne Verrechnungswege

Es ist gerechter, den Solidarausgleich über Steuermittel zu finanzieren, als über Risikostrukturausgleiche innerhalb der GKV. Hierzu bedarf es dann nicht einmal einer Debatte um Beitragsbemessungsgrenzen oder das Verhältnis von Beitragssatz und Gegenwert bei hohem Einkommen, das bisher rechtlich einer Heranziehung aller Einkünfte zur GKV-Berechnungsbasis entgegensteht.

Die Politik legt heute den Rahmen der Umverteilung über das Sozialgesetzbuch V fest. Der Selbstverwaltung der Krankenkassen kommt die Aufgabe der Umsetzung innerhalb des Wettbewerbs der Krankenkassen zu. Der Selbstverwaltung der Leistungserbringer verbleibt heute nur die Organisation des Mangels. Bei steuerfinanzierter Umverteilung würde der Gesetzgeber mit seiner Haushaltshoheit über die gerechte Verwendung der Mittel entscheiden und den Solidartransfer regeln. Nicht der Finanzminister alleine wäre zuständig, sondern die Politik müsste im Rahmen ihrer Beschlüsse Prioritäten setzen und diese auch vertreten. Verantwortung und Handeln würden zusammengeführt. Dieses kann im Sinne direkterer Demokratie ein erheblicher Vorteil sein.

- Keine weitere Umverteilung zu Lasten junger Menschen

Generationengerechtigkeit wird das zentrale Thema der Zukunft sein. In dem Maße, in dem zukünftige Generationen durch geänderte Gesellschaftsstrukturen und durch globalisierte Ausweichmöglichkeiten eine Chance bekommen, sich diesen Ungerechtigkeiten zu entziehen, werden sie sie nutzen. Sie werden nicht bereit sein, 30 % und mehr ihres Bruttoeinkommens für die gesundheitliche Versorgung älterer Generationen aufzuwenden und zugleich zu erkennen, dass für ihre eigene Versorgung angesichts sinkender Geburtenzahlen und sinkender Arbeitnehmerzahlen keine Sicherheit auf ähnliche Leistungen im Alter besteht. Die, die dies können, werden sich also dem Arbeitsmarkt in abhängiger Stellung durch Selbstständigkeit oder Auswanderung entziehen. Die, die bleiben, werden aber eher durch unterdurchschnittliche Lebenschancen und -perspektiven sowie Einkommen ausgezeichnet sein und damit das Solidaritätsproblem eher noch verschärfen. Das Krankenversicherungssystem der Zukunft muss aber vor allem zukünftigen Generationen Sicherheit bieten.

Punkt 8.4

Den Übergang gestalten

Die deutsche Gesundheitspolitik steckt in einem Dilemma. Die Ablösung des bisherigen Systems der umlagefinanzierten GKV ist nicht auf einmal und für alle möglich – zu groß ist bereits der Berg der versäumten Chancen, zu groß das Defizit der Generationenbilanz. Wir müssen daher den Übergang gestalten. Dabei muss uns klar sein, dass viele Bürger altersbedingt keine Kapitaldeckungsanteile mehr werden erwirtschaften können. Daher wird zu Anfang natürlicherweise eine Risikoentmischung zu Gunsten vieler junger Menschen mit geringen Risiken in der Volksversicherung mit einer Risikoverdichtung in der umlagefinanzierten GKV stattfinden.



Den Übergang gestalten heißt daher, für einen langen Zeitraum (20 – 30 Jahre) werden beide Systeme parallel existieren müssen. Dabei werden zu Anfang die Prämien in der Volksversicherung niedrig und die Leistungen hoch sein, während sich die Umlagesätze der „alten“ GKV stark erhöhen werden. Hier muss Politik aktiv handeln und durch Steuerzuschüsse zum laufenden Haushalt der GKV Ungerechtigkeiten ausgleichen. Zugleich muss ein Ordnungssystem für die Gewähr der Verfügungsstellung der Prämienansprüche im Leistungsfall in der „neuen“ Volksversicherung aufgebaut werden. Der Übergang auf ein neues, gerechteres System der Krankenversicherung entlastet Politik und Ärzteschaft also nicht von der Verpflichtung, die Strukturen der alten GKV für einen langen Zeitraum parallel und im Hinblick auf die neue Volksversicherung weiterzuentwickeln.

Erforderlich ist eine gesamtgesellschaftliche Investition in die Zukunft. Dabei wird der Übergang der Systeme zuerst sicher teurer. Effizienzgewinne durch Beteiligung der Versicherten werden erst später eintreten. Der Übergang sollte daher nicht erst in der nächsten wirtschaftlichen Krise, sondern besser jetzt im Aufschwung begonnen und gestaltet werden.