

**Zehn Thesen zu den  
„Anforderungen an eine gesetzliche Krankenversicherung in der Zukunft“  
(vorgelegt zum 115 Deutschen Ärztetag 2012 in Nürnberg)**

- I. Die drei großen Qualitätsmerkmale des deutschen Gesundheitswesens sind der unmittelbare Zugang zur medizinischen Grundversorgung („das Maß des Notwendigen nicht überschreitend“) für alle und unabhängig von Alter, Einkommen oder sozialem Status, der schnelle Zugang zu Innovationen im Rahmen dieser Grundversorgung (Arzneimittel etwa sind direkt ab Zulassung erstattungsfähig) und die flächendeckende Versorgung, die wir bis in ländlichste Regionen hinein rund um die Uhr aufrecht zu erhalten suchen.
- II. In einer älter werdenden Gesellschaft, die diesen Zugang zu medizinischen Innovationen und die flächendeckende Versorgung aufrecht erhalten will, werden Gesundheit und Pflege in den nächsten Jahren und Jahrzehnten deutlich teurer werden. Diese Kostensteigerungen muss die Politik ehrlich kommunizieren.
- III. Gesundheitspolitik ist unter diesen Prämissen immer und zuerst sozialpolitische Daseinsvorsorge. Aber zu dieser primären Funktion tritt immer mehr das Bewusstsein, dass es in einem Bereich mit über 4,5 Millionen Beschäftigten, die über zehn Prozent des Bruttoinlandsproduktes erwirtschaften, und in dem allen Krisen zum Trotz jedes Jahr weitere Arbeitsplätze entstehen, auch um eine wirtschafts- und wachstumspolitische Komponente geht, die wir fördern wollen.
- IV. Eine Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausschließlich über lohnabhängige Beiträge führt unter diesen Umständen in ein Dilemma, denn aus gesundheits- und wirtschaftspolitischer Sicht sind steigende Ausgaben in gewissen Maßen sinnvoll und wünschenswert, während aus arbeitsmarktpolitischer Sicht ein weiterer Anstieg des Beitragssatzes und damit der Lohnnebenkosten unbedingt zu vermeiden ist. Dies hat dazu geführt, dass nahezu alle Gesundheitsreformen der letzten Jahrzehnten im Kern die Entwicklung des Beitragssatzes im Blick hatten und nicht vor allem gesundheitspolitische Notwendigkeiten.
- V. Aus diesem Grund ist es richtig, die Kostensteigerungen der Zukunft über einen lohnunabhängigen Zusatzbeitrag zu finanzieren. Dies befreit die Gesundheitspolitik von der arbeitsmarktpolitisch motivierten Beitragsdebatte. Gleichwohl muss auch hier natürlich der Blick auf einen vertretbaren Kostenanstieg gerichtet bleiben. Damit niemand überfordert wird, gibt es einen steuerfinanzierten Sozialausgleich. Auch dies führt schrittweise zu einer gerechteren Finanzierung der Krankenversicherung, sind doch über das Steuersystem indirekt nicht nur Lohneinkommen, sondern vor allem auch Zins-, Miet- oder Dividendeneinkommen sowie Unternehmensgewinne einbezogen.
- VI. Die Debatte zum Verhältnis von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung darf nicht als linke Neiddebatte geführt werden. Dieser Neid wird gleich auf zwei Ebenen geschürt: SPD, Linke und Grüne erwecken in der politischen Diskussion zum einen den Eindruck, man könnte die Finanzprobleme der GKV am besten lösen, indem man die „unsolidarischen Besserverdiener“ zu Beitragszahlern machte, und zum zweiten wird die angeblich bessere Versorgung von Privatpatienten angeprangert, beispielhaft regelmäßig illustriert an den kürzeren Wartezeiten auf einen Arzttermin. Beide Neidargumente greifen deutlich zu kurz, sie klingen im ersten Moment gut und eingängig, aber sie treffen einfach nicht zu.

- VII. Der Ausgangspunkt der Debatte um die Private Krankenversicherung (PKV) darf keine Neiddebatte im Verhältnis zur GKV, sondern muss vielmehr eigentlich eine um die Verfassung und Verfasstheit der PKV selbst sein. Und hier gibt es eine Reihe von Problemen, die mittlerweile auch von führenden Branchenvertretern offen benannt werden: deutliche Kostensteigerungen auf der Leistungsseite, da neben steigender Morbidität und Alterung auch Unnötiges abgerechnet wird; in der Folge überdurchschnittliche Beitragssteigerungen in vielen Tarifen, die immer mehr Privatversicherte überfordern, denn anders als von SPD & Co suggeriert sind die allermeisten Privatversicherten nicht reich, sondern Beamte, Pensionäre oder kleine Selbstständige; das Angebot von Lock- und Billigtarifen, die nicht ansatzweise halten, was sie versprechen; insgesamt ein Markt, der vertriebs- und nicht versorgungsgesteuert ist, was auch an den Provisions- und Vertriebsexzessen der letzten Jahre deutlich wird, und der mit Tausenden von verschiedenen Tarifen alles andere als transparent und wettbewerblich ist. Kurzum: Da ist nicht nur Etwas faul.
- VIII. Damit ist die Frage zur Zukunft der PKV vor allem auch eine sozialpolitische Frage, die sich aus den Problemen der PKV selbst und eben nicht in erster Linie aus ihrem Verhältnis zur GKV ergeben. Eine steigende Zahl von Beamten, Pensionären und kleinen Selbstständigen sind nicht mehr in der Lage, ihre Beiträge zu zahlen, bei immer mehr Menschen muss der Staat als Sozialhilfeträger einspringen. Zudem ist zu fragen, ob der Versicherungsschutz bei vielen PKV-Tarifen wirklich den Anforderungen einer älter werdenden Klientel entspricht. Die bessere Behandlung beim Arzt und im Krankenhaus täuscht vielfach darüber hinweg, dass in vielen anderen Bereichen der Leistungsanspruch von Privatversicherten unter dem der GKV liegt, etwa bei Heil- und Hilfsmitteln, bei Dauer und Umfang der Anschlussheilbehandlungen, bei psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen und in vielen Bereichen mehr. Branchenexperten behaupten, dass bis zu 80 % der PKV-Tarife einen Versicherungsschutz bieten, der unter dem der GKV liegt. Da lässt sich mancher von kürzeren Wartezeiten beim Arzt in die Irre führen.
- IX. Wenn das Problem also in der PKV selbst liegt, gilt es in einem ersten Schritt, dieses Problem im Sinne einer „reformierten Dualität“ innerhalb des Systems zu lösen. Dazu zählt das Ende der Billigtarife, eine überarbeitete Systematik zur Kalkulation der Tarife, ein einheitlich definierter Mindestversicherungsschutz und eine stärkere Versorgungs- und eine geringere Vertriebsorientierung bei den Versicherungen. Es ist spannend, zu sehen, ob und wie schnell die PKV in der Lage ist, Probleme ehrlich zu benennen und Lösungen zu erarbeiten oder ob sie lieber abwarten will, bis Politik aus dem genannten Handlungsdruck heraus entscheidet. Dazu gehört auch die Frage der Schnittstelle zwischen den Systemen, denn dass beispielsweise nicht jeder Selbstständige per se in der Lage ist, für sich selbst die dauerhaft beste Lösung zu wählen, ist durch tausendfache Beispiele belegt. Grundlage aller Überlegungen innerhalb von GKV und PKV, aber auch zwischen den beiden Systemen, muss aber die Idee eines wettbewerblichen Systems sein, in dem eine große Zahl von Anbietern im Preis und in der Qualität miteinander im Wettbewerb stehen. Der Wettbewerb hat in diesem Sinne eine dienende Funktion zu Gunsten von Versicherten und Patienten.
- X. Unabhängig von der künftigen Finanzierung der Krankenversicherung in Deutschland wollen wir daran festhalten, dass die Ärzte und andere Leistungserbringer in Deutschland ihre Tätigkeit freiberuflich, wo immer gewünscht und möglich selbstständig, und so wenig als möglich von Staat und Kassen reguliert erbringen können. Es ist ein Segen für das deutsche Gesundheitswesen und die Patienten, dass Ärzte anders als in Großbritannien oder Skandinavien bei uns keine Staatsangestellten sind. Das muss auch so bleiben. Und daran darf auch keine Rechtsprechung, die Ärzte zu „Amtsträgern“ zu machen trachtet, was ändern.