



Zu TOP V. Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Betrifft: Aushöhlung der Gesetzlichen Krankenversicherung führt zur Zwei-Klassen-Medizin

ENTSCHLIESSUNGSANTRAG

Von: Dr. Jonitz, Dr. Wyrwich, Prof. Dr. Braun und Dr. Fitzner
als Mitglied des Vorstands der BÄK und als Delegierte der Ärztekammer
Berlin

DER DEUTSCHE ÄRZTETAG MÖGE FOLGENDE ENTSCHLIESSUNG FASSEN:

Der 110. Deutsche Ärztetag verurteilt die Kampagne des Bundesgesundheitsministeriums, wonach die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für eine Ungleichbehandlung von gesetzlich und privat versicherten Patienten verantwortlich sein sollen. Statt mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) dafür Sorge getragen zu haben, die Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten endlich wieder auf eine solide finanzielle Basis zu stellen, droht Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt den Ärzten mit Sanktionen. Nachdem die Ministerin für ihre so genannte Gesundheitsreform von allen Seiten schärfste Kritik erhalten hat, versucht sie nun zum wiederholten Male, den Ärzten den Schwarzen Peter zuzuschieben, um von den fatalen Unzulänglichkeiten dieser Politik abzulenken. Diese Taktik ist inzwischen hinlänglich bekannt.

Der wesentliche Unterschied zwischen privater und gesetzlicher Krankenkasse ist der, dass die private Krankenkasse durch individuelle Prämien finanziert wird, die einen persönlichen Leistungsanspruch gewährleisten, die gesetzliche hingegen durch Pflichtbeiträge, die erheblichen politischen Einflussnahmen ausgesetzt sind.

Gesetzlich Krankenversicherte sind durch jahrelangen politischen Missbrauch ihrer Beiträge immer schlechter gestellt worden. Die Wiedervereinigung ist praktisch von den Sozialkassen bezahlt worden. So wurden 30 Milliarden Euro von 1995 bis 2003 zugunsten Renten- und Arbeitslosenversicherung abgezogen, drei Milliarden Euro fließen pro Jahr als Quersubvention an die Arbeitslosenversicherung. Allein die Erhöhung der Mehrwertsteuer ab 2007 belastet die gesetzlichen Krankenversicherungen mit 600 Millionen Euro pro Jahr! "Kostentreiber im Gesundheitswesen Nummer eins ist der Staat" (Zitat Horst Seehofer, Gesundheitsminister a. D.).

Wie es um die finanzielle Ausgestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bestellt ist, wird anhand der Kopfpauschalen deutlich, die die Krankenkassen pro Versichertem an die Kassenärztlichen Vereinigungen zahlen. Diese schwanken z. B. in Berlin zwischen rund 50 und 130 Euro pro Versichertem (und Mitversichertem) und Quartal. Für völ-

Angenommen Abgelehnt Vorstandsüberweisung Entfallen Zurückgezogen Nichtbefassung

Stimmen Ja: Nein: Enthaltungen:



lig unterschiedliche Pauschalen sollen Kassenärzte eine absolut gleiche Behandlung gewährleisten. Dies ist nicht möglich.

Darüber hinaus sind ohnehin Zweifel darüber angebracht, in welchem Maße die kritisierte Ungleichbehandlung tatsächlich stattfindet. Das Gesundheitsministerium stützt sich in seinen jüngsten Aussagen unter anderem auf die – vorläufigen Ergebnisse – einer Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). Diese wenigen bisher bekannten Zahlen stehen im Widerspruch zu den Ergebnissen einer Untersuchung der "Forschungsgruppe Wahlen" im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Danach hatten 85 Prozent der Befragten in den vergangenen zwölf Monaten keine Probleme, einen Termin beim Arzt zu bekommen. Interessant sind in diesem Zusammenhang auch die Ergebnisse einer Analyse der Versichertendaten der Gmünder Ersatzkasse. Die Auswertung der Daten von 1,5 Millionen Versicherten ergab, dass jeder Deutsche im Jahr 2004 im Schnitt 16,3 Arztkontakte hatte (in Berlin sogar 17,4). Offensichtlich ist es doch nicht ganz so schwer, einen Termin beim Haus- und Facharzt zu bekommen. Ohnehin gehört die ambulante medizinische Versorgung in Deutschland – immer noch – zu den besten weltweit. So landete das deutsche Gesundheitswesen bei einem Sechs-Länder-Vergleich des US-amerikanischen Commonwealth Fund, bei dem tatsächlich Kranke befragt wurden, kürzlich klar auf Platz 1 – vor Neuseeland und Großbritannien.

(http://www.cmwf.org/usr_doc/Davis_mirormirror_915.pdf)

Der Blick auf die staatlich organisierten Gesundheitssysteme in Skandinavien und Großbritannien zeigt, was wirklich lange Wartezeiten und Zwei-Klassen-Medizin sind. Genau in Richtung dieser Art von Staatsmedizin bewegen wir uns mit der aktuellen Gesundheitsreform. Es wäre an der Zeit, mit der billigen Polemik in der Gesundheitspolitik aufzuhören. Stattdessen muss die Finanzierungsgrundlage des Gesundheitswesens verbessert, die Zusammenarbeit gestärkt und das Gesundheitswesen qualitätsorientiert weiterentwickelt werden".

Entscheidung: ENTFALLEN