

Kriterien der deutschen Ärzteschaft zur Finanzierung einer patienten- gerechten Gesundheitsversorgung

I. **Motive, Ziele und Schwerpunkte einer Positionierung der deutschen Ärzteschaft in der Finanzierungsdiskussion um die gesetzliche Krankenversicherung**

1. Das Missverhältnis von leistungsrechtlichem Versorgungsanspruch und der erforderlichen Finanzkraft in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung ist trotz des behaupteten „Modernisierungs“-Schritts des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) weiter ein offenes Problem. Auch wenn Politik dieses Problem in einer Mischung aus Kritik an der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens und Aufforderungen zu Beitragssatzsenkungen vor dem Hintergrund von Schuldenbergen der Krankenkassen in Milliardenhöhe verdrängen will, ist eine Zukunftsperspektive nicht erkennbar.

Dies ist alles nicht neu:

Schon seit Jahren ist eine Unterfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung festzustellen. Um den sozialen Schutz für eine medizinisch notwendige Versorgung zu sichern, haben die Gesetzgeber der vergangenen Jahrzehnte vor allem „Kostendämpfungspolitik“ zu Lasten der Versorgungsaufgaben der Ärzte und Krankenhäuser (der sogenannten Leistungserbringer) betrieben. Ihr Ergebnis ist eine implizite Rationierung medizinischer Leistungen im Verhältnis zum anerkannten medizinischen Standard und ihrer zumutbaren Erreichbarkeit. Die stetig steigende Inanspruchnahme von medizinisch not-



wendigen Leistungen aufgrund des medizinischen Fortschritts bei gleichzeitig steigender Lebenserwartung der Bevölkerung („Fortschritts-Alterungs-Spirale in der Medizin“) wird diese Finanzierungskrise verschärfen.

2. Dies beunruhigt die Ärzteschaft. Sie ist kraft Berufsauftrags Treuhänder einer patientengerechten Versorgung. Diese Versorgung ist ohne geeignete Anpassungen des Systems des sozialen Schutzes im Krankheitsfall an die feststellbaren Veränderungen und voraussehbaren Anforderungen gefährdet. Deshalb sieht sich die Ärzteschaft zu einer Positionsbestimmung aufgerufen. Diese kann nicht in der Vorlage einer „durchgerechneten“ Finanzierungslösung bestehen. Solches ist Aufgabe des Gesetzgebers, der dafür die Verantwortung hat. Ärzte sehen ihre Verantwortung in dem Auftrag, der Politik Kriterien vorzulegen, welche Maßstäbe für die Geeignetheit von Systementscheidungen unter der Anforderung chancengleicher, qualitativ hochstehender und individuell bedarfsgerechter sowie humaner Patientenversorgung anzulegen sind.
3. Verschiedene Lösungsmodelle werden derzeit diskutiert (vgl. IV.). Ihre Hauptkonzeption betrifft die Finanzierung einer künftigen gesetzlichen Krankenversicherung. Aus der Sicht der Ärzteschaft kann die Finanzierungstechnik indessen nur ein Mittel zum Zweck sein:
 - Sicherung einer im Zugang chancengleichen und qualitativ hochstehenden Patientenversorgung.

Dies ist unser Maßstab, an dem wir die Finanzierungskonzepte in ihrer „Versorgungsadäquanz“ messen.

II. Sozialer Schutz und individuelle Verantwortung

1. Es ist Aufgabe des Staates, die Art, den Umfang und das Niveau des sozialen Schutzes im Falle der Krankheit und ihrer Vorbeugung zu bestimmen. In Deutschland folgt dies aus den Grundrechten und dem Sozialstaatsgebot. Die



Grundrechte und das Sozialstaatsgebot bestimmen Grundlagen und setzen zugleich Grenzen.

Eine wichtige Konsequenz der Deutung der Grundrechte des Grundgesetzes als einer auch objektiven Wertordnung ist die Begründung von Schutzpflichten. Eine eingehende Judikatur des Bundesverfassungsgerichts besteht insoweit vor allem zu den Grundrechten auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Danach folgt aus dem objektivrechtlichen Gehalt die Pflicht der staatlichen Organe, sich schützend und fördernd vor die in Artikel 2 Abs. 2 GG genannten Rechtsgüter zu stellen und sie insbesondere vor rechtswidrigen Eingriffen von Seiten anderer zu bewahren. Der Staat ist insoweit also nicht nur zur Unterlassung verpflichtet, sondern zum Handeln aufgefordert. Es ist daher davon auszugehen, dass der Gesetzgeber mit der Erhaltung der Existenz einer gesetzlichen Krankenversicherung auch seiner Pflicht zum Schutz von Leben und körperlicher Unversehrtheit nachkommt. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts räumt Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip einem Versicherten keinen subjektiven Anspruch auf die Gewährung konkreter Leistungen durch die gesetzliche Krankenversicherung ein. Vielmehr ist dem Gesetzgeber ein weiter Gestaltungsspielraum bei der Erfüllung seiner Schutzpflichten eingeräumt und der darauf gerichtete grundrechtliche Anspruch geht dahin, dass die öffentliche Gewalt Vorkehrungen zum Schutz des Grundrechts trifft, die nicht völlig ungeeignet oder völlig unzulänglich sind.

Auch das sogenannte Sozialstaatsprinzip erfordert zwar, ein Sozialsystem mit Mindestverbürgungen vorzusehen, es ist aber andererseits ein für konkrete Ausgestaltungen in hohem Maße fähiges und bedürftiges Prinzip, welches durch Gesetze verwirklicht wird. Es ist letztlich eine Zielprojektion, weil es derart allgemein ist, dass sich seine Konkretisierung und Individualisierung durch „einfache“ interpretative Subsumtion verbietet. Das Sozialstaatsprinzip ist ein Staatsziel, welches dem Staat die nicht-disponible Verantwortung für einen Mindeststandard effektiver sozialer Gerechtigkeit zuweist.

Aus all dem folgt, dass der Gesetzgeber ein System des sozialen Schutzes im Krankheitsfall anbieten muss, welches einen ausreichenden Gesundheitsschutz ermöglicht. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass das Bundesverfassungsgericht seit mehreren Jahren betont, dass es sich bei der Sicherung der finanziellen Stabilität und damit der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung um einen überragend wichtigen Gemeinwohlbelang handelt.

Es hat jüngst in einer Entscheidung betont:

„Die Stabilität des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung ist kein Selbstzweck. Die gesetzliche Krankenversicherung dient der Absicherung der als sozial schutzbedürftig angesehenen Versicherten vor den finanziellen Risiken einer Erkrankung. Dabei findet ein umfassender sozialer Ausgleich zwischen Gesunden und Kranken, vor allem aber zwischen Versicherten mit niedrigem Einkommen und solchen mit höherem Einkommen sowie zwischen Alleinstehenden und Personen mit unterhaltsberechtigten Familienangehörigen statt. Um dies zu gewährleisten, kann der Gesetzgeber den Mitgliederkreis von Pflichtversicherungen so abgrenzen, wie es für die Begründung einer leistungsfähigen Solidargemeinschaft erforderlich ist ...“

(Beschluss vom 04.02.2004 – 1 BvR 1103/03 –).

2. Auch die Europäische Union verfolgt unter Beachtung der Kompetenz der Mitgliedstaaten auf dem Wege der sogenannten offenen Methode der Koordinierung eine Politik, welche unter der Zielsetzung „Modernisierung des Sozial-schutzes“ steht (vgl. Mitteilung der Kommission vom 20.04.2004 – KOM[2004]304 endg. – „Modernisierung des Sozialschutzes für die Entwicklung einer hochwertigen, zugänglichen und zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung und Langzeitpflege: Unterstützung der einzelstaatlichen Strategien durch die „offene Koordinierungsmethode“). Trotz der Beschränkung der Europäischen Union auf die Koordinierung sozialpolitischer und gesundheitspolitischer Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsversorgung unter Ausschluss einer Harmonisierung der Gesundheitsversorgungssysteme zeigen die Aktivitäten der letzten Jahre, dass die gemeinschaftsrechtlichen Bezüge beachtet werden müssen. Dies gilt vor allem auch für die Patientenfreizügigkeit innerhalb der Mitgliedstaaten. Die Rechtsprechung des EuGH befördert die Mög-

lichkeiten einer europaweiten Patientenmigration durch Anerkennung von Kostenerstattungsansprüchen gegen das Herkunftssicherungssystem. Diese Möglichkeiten haben aber zugleich die Versorgungsunterschiede in den Mitgliedsstaaten kenntlich gemacht. Insbesondere das sogenannte „Wartelisten-Problem“ ist transparent geworden. Auch im Rahmen der europäischen Dimension zeigt es sich, dass ärztliche und patientenorientierte Maßstäbe eine Rolle spielen müssen.

III. Patienteninteresse und ärztlicher Auftrag

1. Die Art des Schutzes und das Niveau und die Qualität der medizinischen Versorgung sind wechselbezüglich. Deshalb ist es Aufgabe der Ärzteschaft, Maßstäbe für die notwendige ärztliche Versorgung zu entwickeln, an denen sich ein sozialstaatlich organisiertes Versicherungssystem messen lassen muss. Zugleich ist die Stellung des Patienten ein Mittelpunkt des zu bildenden Kreises solcher Kriterien. Dies bedeutet, dass das Selbstbestimmungsrecht des Patienten für die Wahl seiner Gesundheitsversorgung ebenso wie seine Eigenverantwortung Ausgangspunkt der Zielsetzungen sein müssen. Dementsprechend ist der soziale Schutz das notwendige subsidiäre System, welches in dem Umfang wirksam werden muss – gegebenenfalls umfassend –, wie es die Chancengleichheit des Einzelnen im Zugang zur notwendigen gesundheitlichen Versorgung gebietet.
2. Der Behandlungsauftrag des Arztes und sein Berufsethos sind die Schnittstellen zum System des sozialen Schutzes. Die Regeln, welche die Deckung des Bedarfs an gesundheitlicher Versorgung individuell, strukturell und qualitativ steuern, beeinflussen den Behandlungsauftrag des Arztes und die Heilungschancen des Patienten. Behandlungsbedarf des Patienten und Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung sind unter den Grundsätzen der Modelle des Sozialschutzes und seines Umfangs zu prüfen.

IV. Kriterien

Die nachfolgenden Maßstäbe gehen von einem normativen Rahmen aus, der mindestens folgende Gestaltungsprinzipien des Schutzsystems erfordert:

- Eigenverantwortung des Patienten
- Subsidiarität des notwendigen sozialen Schutzes
- Pflichtversicherung oder Versicherungspflicht zur Abdeckung mindestens der Grundbedürfnisse an sozialem Schutz
- Konzentration auf das Versicherungsprinzip (Abdeckung des Krankheitsrisikos) und Ausschluss insoweit versicherungsfremder sozialpolitisch motivierter Transferleistungen
- Garantie der Berufsfreiheit der „Leistungserbringer“ für den für die Patientenversorgung notwendigen professionellen Handlungsspielraum

In diesem Rahmen ist folgendes zu fordern:

1. Individualebene – Selbstbestimmung und Berufsfreiheit

- Arztwahlfreiheit für den Patienten
- Therapiefreiheit für den Arzt in Verantwortung für den Patienten
- Erhalt der Entscheidungsfreiheit des Patienten bei ärztlichen Therapieoptionen
- Transparenz unvermeidlicher Rationierung
- „Zuwahl“-Rechte des Patienten über den geregelten Versicherungsschutz hinaus zur autonomen Bestimmung seiner Gesundheitsversorgung

Die Freiheit des Patienten, den Arzt seines Vertrauens zu wählen, sowie die Freiheit des Arztes – eingebettet in seine Professionalität und seine Verantwortung gegenüber den Patienten – sind die unerlässlichen Voraussetzungen, welche ein humanes Versorgungswesen auf der Grundlage des Selbstbestimmungsrechts des Patienten charakterisieren. Gerade eine Veränderung

des Umfangs des Gesundheitsschutzes muss transparent sein und Rücksicht auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten insofern nehmen, als er selbst über die notwendigen ärztlichen Leistungen in seinem individuellen Falle entscheiden können soll.

2. Strukturelle Ebene (Zugang zu den Gesundheitsleistungen)

- Chancengleichheit zur Heilbehandlung (gleicher Zugang zu Gesundheitsleistungen)
- Diskriminierungsfreie Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen
- Räumlich nahe hausärztliche Versorgung
- Fachärztliche Versorgung in zumutbarer Entfernung
- Bedarfsgerechte Krankenhausversorgung
- Optionen des Patienten für personale oder institutionelle Versorgungsweisen

Chancengleichheit im Zugang zu Gesundheitsleistungen darf durch versicherungsrechtliche Gestaltungen, insbesondere Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen nicht behindert werden. Chancengleichheit im Zugang besteht auch in der Herstellung einer gleichmäßigen Versorgungsstruktur. Hausärztliche Versorgung ist die unmittelbare Annäherung an die Patientenprobleme in individueller und lebensumfeldbezogener Realität. Für ein effektives und humanes Krankenversicherungssystem ist die Möglichkeit, diese Form der medizinischen Versorgung in Anspruch zu nehmen, essentiell. Die Wahlmöglichkeit, eine solche Versorgung unter Verzicht auf die unmittelbare Inanspruchnahme von spezialistischen Fachärzten zu wählen und zuvor den Hausarzt hinzuziehen, ist einzuräumen. Obligatorische Zuweisungsregularien sind indessen abzulehnen. Chancengleichheit im Zugang ergibt sich auch daraus, dass der Patient wählen darf, ob er eine personale Versorgung durch einen individuell gewählten Arzt oder eine Versorgung in einer medizinischen Einrichtung beanspruchen möchte.

Im übrigen ist zu fordern:



- Die solidarisch getragene medizinische Versorgung muss auch in Zukunft für jedermann erreichbar sein, dem aktuellen medizinischen Standard entsprechen und mit ausreichenden Ressourcen flächendeckend, auch für den Notfall ausgestattet sein.
- Versorgungsstrukturen müssen primär am medizinischen Bedarf des Patienten ausgerichtet sein und dürfen nicht von ökonomischen Einsparzielen dominiert werden. Dies gilt insbesondere für die integrierte Versorgung.

3. Versorgungsebene – Qualität und Professionalität

- Definitionskompetenz der Ärzte für die notwendige medizinische Versorgung (u.a. durch Versorgungsleitlinien)
- Maßgebliche und verantwortliche Rolle der Ärzteschaft bei Weiterentwicklung von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement
- Wahrung der Professionalität durch Ausschluss von Fremdbestimmung

Ärztlich entwickelte evidenzbasierte Leitlinien und Therapieempfehlungen weisen den Korridor für individuelle Versorgungsentscheidungen. Qualitätsmanagement und Kompetenzförderung bringen eine stetige Entwicklung und Verbesserung der ärztlichen Behandlung, hierbei ist Motivation erfolgversprechender als Zwang.

4. Vertragsebene

- Wettbewerbsgleichheit der Ärzte und Krankenhäuser im Zugang zu Versorgungsaufträgen zur Versorgung Versicherter
- Kompensatorische Instrumente zum Ausschluss von Marktmacht der Krankenkassen

Individuell bedarfsgerechte Patientenversorgung kann nicht auf dem Hintergrund eines Rechtssystems erfolgen, in welchem die Krankenkassen die Marktmacht entfalten, Ärzte ihrer Wahl zu Vertragspartnern zu machen. Ein solches System birgt die Gefahr indirekter Risikoselektion durch die Auswahl

„ökonomisch orientierter“ Ärzte bei der Behandlung von Versicherten. Die rechtlichen Mechanismen für eine ausgewogene Balance in der Verantwortung der Ärzteschaft für ihre Patienten einerseits und den notwendigen Rücksichtnahmen auf krankensicherungsrechtliche Regelungen andererseits kann nur durch die Aufrechterhaltung von kollektiven Vertragspartnern, wie sie die Kassenärztlichen Vereinigungen darstellen, hergestellt werden. Dies schließt nicht aus, dass Wettbewerbsstrukturen unter Qualitätsgesichtspunkten und bedarfsgerechten Versorgungszielen auch in einem solchen System entwickelt werden.

5. Flexibilität und Reaktionsfähigkeit des Versorgungssystems

- Modellhaftes Vorgehen muss ermöglicht werden
- Evaluation und Folgenabschätzung müssen systemimmanent werden
- Die Steuerungsfähigkeit des Systems muss die Teilhabe der Versicherten am medizinisch-technischen Fortschritt nachhaltig ermöglichen und auf die demographischen Herausforderungen reagieren.

Die Veränderungen der Lebenswelt und der Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung gebieten es, dass der soziale Schutz anpassungsfähig ist. Solche Anpassungsfähigkeit lassen bürokratisierte Systeme vermissen.

V. Exkurs: Die „Modelle“

1. In der politischen Diskussion sind verschiedene Modelle, welche sich auf drei Grundmuster zurückführen lassen; lediglich diese Grundmuster sind derzeit bewertbar, da erkennbar auch verschiedene Varianten oder Kombinationen im Gespräch sind.

Es wurde vorgeschlagen:

- sogenannte „Bürgerversicherung“ (Rürup-Kommission)

- Kopfpauschalen-Modell (Rürup-Kommission) / Gesundheitsprämien-Modell (Herzog-Kommission)
- überarbeitetes Kopfpauschalen-Modell („Rürup II“)
- Versicherungspflicht mit freier Wahl des Versicherungsschutzes mit Anspruch auf Basisabsicherung, gegebenenfalls staatlicher Ausgleich, wenn die eigenen finanziellen Mittel nicht ausreichen (F.D.P.)

2. Die Ausgangslage für diese Vorschläge ist eine verbreitete Analyse der gegenwärtigen Situation der gesetzlichen Krankenversicherung.

Danach dienen lohn- bzw. lohnersatzzentrierte Beiträge nach geltendem Recht in der gesetzlichen Krankenversicherung u.a. einer Einkommensverteilung von „oben“ nach „unten“. Das diesem Solidaritätsprinzip zu Grunde liegende Leistungsfähigkeitsprinzip wird jedoch heute mehrfach durchbrochen (veränderte Erwerbsbiographien, Bedeutungssteigerung anderer Einkunftsarten, Befreiungsmöglichkeiten von Gutverdienern aus der GKV etc.), was zu Verzerrungen und Verteilungsungerechtigkeiten führte. Angenommen wird auch, dass eine lohnzentrierte Beitragserhebung zu Abhängigkeiten der Krankenversicherung von der Arbeitsmarktentwicklung und aufgrund der damit verbundenen hohen Lohnnebenkosten zu negativen Anreizen für den Arbeitsmarkt (Arbeitslosigkeit, Schwarzarbeit) führe. Es ist allerdings höchst zweifelhaft, ob die relative Belastung allein aus der GKV den finanziellen Stellenwert hat, den die Politik der Lohnnebenkostenbelastung insgesamt zuweist. Zutreffend ist, dass aufgrund der demographischen Entwicklung (alternde, schrumpfende Bevölkerung) in Zusammenhang mit den sozio-ökonomischen Veränderungen die nachhaltige Finanzierbarkeit der Krankenversicherung in Frage gestellt ist. Zudem ist die gesetzliche Krankenversicherung unter diesen Rahmenbedingungen nicht in der Lage, medizinisch-technischen Fortschritt an ihre Versicherten weiterzugeben (entsprechende Kostensteigerungen können bei einer sinkenden Einnahmehasis und dem Grundsatz der Beitragsstabilität im Umlageverfahren nicht mehr getragen werden).

3. Die alternativen Konzepte der Rürup- bzw. Herzog-Kommission zur langfristigen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung haben zum Ziel, Be-

schäftigungsfreundlichkeit und Nachhaltigkeit zu erreichen, ohne dabei das Solidaritätsprinzip aufzugeben. Von Seiten der Rürup-Kommission wurden dabei das Modell der Bürgerversicherung sowie das Gesundheitsprämienmodell umfassend diskutiert. Die Kommission hat im Rahmen ihres Y-Modells kein eindeutiges Votum für eine Weiterentwicklung der Krankenversicherung in die eine oder andere Richtung abgegeben, da dies eine Grundsatzentscheidung sei, die von der Politik getroffen werden müsse. Die Herzog-Kommission hat eindeutig für die Einführung pauschaler Kopfprämien votiert. Gemeinsam ist den Prämienmodellen auch die „Abkoppelung“ des Arbeitgeberbeitrags.

a) Die sogenannte Bürgerversicherung

Das Reformkonzept der Bürgerversicherung – in der Rürup-Kommission von Prof. Lauterbach vorgeschlagen – ist der Versuch einer konsequenten Weiterentwicklung des Gesundheitssystems unter Belassung der Einkommensumverteilung innerhalb der Krankenversicherung. Bei der Finanzierung der Leistungen soll das Prinzip der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit durch Einbeziehung aller Einkunftsarten umfassend verwirklicht werden (Verteilungsungerechtigkeiten aufgrund der bisherigen Lohnbasierung der Beiträge zur GKV sollen vermieden werden). Durch Erweiterung des Versichertenkreises auf alle Bürger, Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf die der Rentenversicherung (derzeit 5.100 Euro pro Monat) und Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze soll die Finanzierung auf eine breitere Basis gestellt werden. Langfristig soll es Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen sein, als Vollversicherungen das medizinisch Notwendige abzusichern. Die privaten Krankenversicherungen fungieren als Anbieter zusätzlicher Leistungen. Haushalte mit einem Brutto-Jahreseinkommen von unter 40.000 Euro werden den Berechnungen zufolge begünstigt, der Beitragssatz könnten kurzfristig auf 13,1 % und langfristig um weitere 0,7 % gesenkt werden. Dies läuft auf eine zusätzliche zweckgebundene Einkommensteuer hinaus.

b) Das Modell pauschaler Gesundheitsprämien

Das – in der Kommission von Prof. Rürup befürwortete – Konzept der pauschalen Gesundheitsprämien zielt auf eine Veränderung der bisherigen Strukturprinzipien der Krankenversicherung. Das System orientiert sich stärker am Äquivalenzprinzip und zielt auf eine völlige Entkoppelung der Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung vom Einkommen. Der Grundsatz der paritätischen Finanzierung wird aufgegeben, die

bisherigen Arbeitgeberanteile werden steuerpflichtig ausbezahlt. Jeder (erwachsene) Versicherte zahlt zur Absicherung seines Krankenversicherungsschutzes eine einheitliche Prämie, die an den Durchschnittsausgaben im Versichertenkollektiv orientiert ist. Der bisher innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung stattfindende soziale Ausgleich wird zum größten Teil in das Steuer-Transfer-System übertragen (Kinder bleiben in der GKV weiterhin beitragsfrei), um zielgenauer wirken zu können. Zuschüsse werden gezahlt, sobald der Eigenanteil der Versicherten einen „zumutbaren Eigenanteil“ von z.B. 14 % des monatlichen Bruttoeinkommens übersteigt. Die Frage der Gegenfinanzierung bleibt zunächst offen. Die privaten Krankenversicherungen können erhalten bleiben, es soll ein verschärfter „Systemwettbewerb“ zwischen GKV und PKV entstehen. Die Kommission errechnet eine Prämie von 210 Euro im Monat. Haushalte mit einem Bruttojahreseinkommen von unter 10.000 Euro sowie über 40.000 Euro werden mit dem Modell entlastet. Im Bereich dazwischen werden sie gegenüber dem Status quo um 0,3 bis 0,5 % belastet.

c) Das Modell “Rürup II”

Eine monatliche Kopfpauschale von 169 Euro, ein staatlich finanzierter Kinderbeitrag von 78 Euro im Monat und Steuererhöhungen zur Begleichung des Solidarausgleichs für sozial Schwache von 22,5 Milliarden Euro – das sind Kernpunkte einer Finanzreform der GKV. Demnach soll die GKV ihre Einnahmen künftig auf Basis einkommensunabhängiger Pauschalen erhalten statt durch einkommensabhängige Beiträge ihrer 72 Mio. Versicherten. Das Modell nimmt für sich in Anspruch, einen „ökonomisch begründeten und politisch gangbaren Weg“ für eine GKV-Finanzreform aufzuzeigen.

aa) Privatversicherte:

Die rund acht Mio. privat versicherten Selbständigen, Beamten, Angehörigen freier Berufe und freiwillig Versicherte blieben außen vor. Anders als die Anhänger der Bürgerversicherung will das Modell Rürup II die private Krankenversicherung nicht abschaffen oder in ein einheitliches System integrieren. Gesetzlich Versicherten bliebe demnach bei Erreichen der Versicherungspflichtgrenze eine Wechselmöglichkeit zur privaten Versicherung.

bb) Einheitliche Pauschale:

Auf der Basis der GKV-Ausgaben 2004 wird eine Pauschale von 169 Euro je Erwachsenen und von 78 Euro je Kind errechnet. Die Höhe der Pauschale kann je nach Kasse differieren, wie heute der Beitragssatz. Die Pauschalen sollen von den Arbeitgebern, der Rentenversicherung oder der Bundesagentur für Arbeit abgeführt werden. Das Krankengeld sollen die Versicherten mit



1,5 Prozent des Bruttoeinkommens allein absichern. Ab 2006 müssen sie schon nach heutiger Gesetzeslage dafür einen Sonderbeitrag zahlen.

cc) Arbeitgeberbeitrag entfällt:

Die hälftige Finanzierung der Beiträge durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer entfällt. Stattdessen wird der Arbeitgeberanteil dem Lohn zugeschlagen.

dd) Zuschuss für Kinder:

Die Beiträge für Kinder (15,8 Milliarden Euro) sollen aus der zusätzlichen Einkommensteuer finanziert werden, die durch die Besteuerung des Arbeitgeberanteils anfallen (15,6 Milliarden Euro). Privat Versicherte erhalten den Ausgleich. Bisher müssen sie ihre Kinderversicherung alleine zahlen.

ee) Belastungsgrenze:

Das Modell schlägt eine Belastungsgrenze von 12,5 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen vor. Die umfassen das Arbeitseinkommen und sonstige Einkünfte wie Zinsen, Mieten und Pachten. Wer die Belastungsgrenze überschreitet, kann bei seiner Kassen den Zuschuss beantragen. Die bekommt das Geld vom Bundesversicherungsamt, das wiederum den GKV-Bundeszuschuss verwaltet. Dessen Höhe beläuft sich nach den Berechnungen auf jährlich 18,8 Milliarden Euro. Steuerausfälle, beispielsweise durch eine Vorsorgepauschale, in Höhe von 3,7 Milliarden Euro erhöhen den Finanzierungsbedarf auf 22,5 Milliarden Euro im Jahr.

Drei Finanzierungsvarianten:

Am einfachsten würde der Finanzbedarf laut Rürup durch einen um 11,9 Prozentpunkte auf dann 17,4 Punkte erhöhten Solidarzuschlag auf die Einkommensteuer gedeckt. Damit würden alle Steuerbürger herangezogen; das Geld nur dem Bund zufließen. Alternativ erwägt Rürup eine um 2,5 Punkte auf 18,5 Prozent erhöhte Mehrwertsteuer – an deren Aufkommen allerdings die Länder beteiligt sind. Möglich wäre eine Finanzierung des Solidarausgleichs in der GKV auch über einen einkommensabhängigen Beitrag von 2,5 Prozentpunkten. Rürup hält das für die schlechteste Möglichkeit.

d) Das Kopfpauschalen-Modell der Herzog-Kommission

Das Modell der Herzog-Kommission ist dem Rürup-Konzept relativ ähnlich, sieht aber einen Umstieg vom Umlageverfahren auf ein kapitalgedecktes System mit Integration von Altersrückstellungen für notwendig an. So soll in der gesetzlichen Krankenversicherung über einen Zeitraum von zehn Jahren ein Kapitalstock aus zusätzlichen Beiträgen der Versicherten gebildet werden, welcher danach aufgelöst und zur Subventionierung der versicherungsmathematisch berechneten individualisierten Altersrückstellungen der über 45-jährigen Versicherten eingesetzt wird. Nach dem Übergangszeitraum zahlt jeder Versicherte differenziert nach Eintrittsalter eine lebenslange GKV-Prämie, die für die 45-Jährigen und Älteren auf 264 Euro monatlich begrenzt ist. Der Arbeitgeberanteil wird auf 6,5 % festgeschrieben. 5,4 % davon sollen steuerfrei dem Lohn zugeschrieben werden, die Firmen tragen das Krankengeld komplett. Die Finanzierung des sozialen Ausgleichs könne etwa über die Einführung eines „Sozial-Solis“ in Höhe von 15 % auf die Einkommensteuer erreicht werden. Der soziale Ausgleich wird auf 27,3 Mrd. Euro geschätzt, die Zahlen werden jedoch nicht konkretisiert.

e) Das FDP-Versicherungsmodell

Das Modell zielt auf die Umwandlung der umlagefinanzierten gesetzlichen Krankenversicherung durch Einstieg in ein kapitalgedecktes System mit Kostenerstattung und Wahlfreiheit im Versicherungsschutz. Nach Zwischenschritten (Auszahlung des Arbeitgeberzuschusses als Lohnbestandteil, Reform der Familienmitversicherung, Reduzierung des GKV-Leistungskatalogs um Krankengeld und nicht-konservierend-chirurgische Zahnmedizin) sollen nachfolgende Ziele angestrebt werden:

- Die Versicherten können ihren Versicherungsschutz auf der Grundlage einer Pflicht zur Versicherung frei wählen. Sie haben mindestens den Anspruch auf eine Basisabsicherung. Für Kinder wird die Prämie über eine steuerfinanzierte Erhöhung des Kindergeldes durch alle Bürger gemäß ihrer Leistungsfähigkeit getragen.
- Alle Anbieter von Krankenversicherungen sind private Versicherungsunternehmen. Die gesetzlichen Krankenkassen heutiger Prägung werden zur Privatversicherern.
- Die Versicherten sind frei, den Umfang ihres Versichertenschutzes den individuellen Bedürfnissen anzupassen; Wahlmöglichkeiten und Selbstbehalte sind vom Basisschutz bis zum Spitzenschutz möglich. Es herrscht freier Wettbewerb.



- Die Prämien werden versicherungstechnisch kalkuliert, wobei über Altersrückstellungen sichergestellt wird, dass die zu erwartenden Gesundheitskosten über den gesamten Lebenszeitraum hinweg gleichmäßiger verteilt werden.
- Jedes Versicherungsunternehmen muss darüber hinaus mit Kontrahierungszwang einen einheitlichen Tarif anbieten, der vom Leistungsangebot her Basisleistungen abdeckt, die in etwa dem heutigen um bestimmte zahnmedizinische und Krankengeldleistungen reduzierten Leistungsangebot entspricht. Er wird in Form einer weder nach dem Geschlecht, noch nach sonstigen Kriterien differenzierten Basisprämie kalkuliert. Risikoprüfungen und Risikozuschläge sind in diesem Tarif nicht zulässig.
- Jeder Bürger muss finanziell in der Lage sein, zumindest die Basisabsicherung zu finanzieren. Sollten die eigenen finanziellen Mittel hierfür nicht ausreichen, hat der Staat für einen entsprechenden Ausgleich zu sorgen.

VI. Kritische Bewertung

1. Bürgerversicherung birgt die Perspektive der Einheitsversicherung. Einheitsversicherung bedeutet Entzug von Wahl- und Gestaltungsfreiheit und ist das Ende eines tatsächlich selbstverwalteten Sozialsystems. Unter dem Nachfragemonopol einer solchen Versicherung mit ihrer Tendenz zur Bürokratie wird die bedarfsgerechte Versorgung leiden.
2. Auch die Steuerfinanzierung des notwendigen sozialen Ausgleichs in den Prämienmodellen kann nur dann geeignet sein, wenn sie eine verlässliche Rahmenbedingung für den notwendigen Finanzaufwand darstellt und nicht im Tagesgeschäft kurzatmiger fiskalpolitischer Aktionen relativiert wird. Erfahrungen mit steuerfinanzierten Gesundheitssystemen im europäischen Ausland lassen erhebliche Zweifel aufkommen.
3. Werden die nachstehend formulierten Kriterien für ein chancengleiches und bedarfsgerechtes Versorgungssystem als Maßstab genommen, muss ernsthaft die Frage diskutiert werden, ob nicht eine Weiterentwicklung des bestehenden Systems der gesetzlichen Krankenversicherung unter Rückbesinnung

auf die Aufgabe als Versicherungssystem ohne gesellschaftspolitische Aufgaben (Stichwort: versicherungsfremde Leistungen) und unter Berücksichtigung eines Lösungsprinzips, welches davon ausgeht, dass nicht jedes Gesundheitsrisiko solidarisch versichert sein muss, ein möglicher Weg ist.

4. Entscheidend ist dabei indessen, dass die bürokratisierte Versorgungsstruktur in der Beziehung von Krankenkassen und Ärzten in dem heutigen Vertragsarztrecht aufgelöst und wieder auf ihren Ursprung zurückgeführt wird: Es ging darum, eine freiheitliche Integration der Ärzteschaft unter Übernahme der Verantwortung für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung in der Beziehung zum GKV-System zu wählen. Die weithin anerkannte Lösung war ein echtes Verhandlungsmodell der Gleichberechtigten mit dem Ausschluss vertragloser Zustände. Die genossenschaftliche Verantwortung der Vertragsärzte in der kassenärztlichen Versorgung garantiert die flächendeckende, qualitätsorientierte, aber auch wirtschaftliche Versorgung der Versicherten. Der Umbau dieses Modells in ein Versorgungsmodell mit Behördencharakter, welches von der ursprünglichen Selbstverwaltung nur noch die Hülse übrig lässt, war ein falscher Weg.
5. Bürgerversicherungsmodelle mit ihrer zwingenden Tendenz zur Einheitsversicherung schaffen auch für den stationären Sektor ein Machtmonopol der Krankenkassen, welches eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung in Frage stellt.

VII. Folgerungen

1. Werden die hier niedergelegten Kriterien der Bundesärztekammer beachtet, muss die künftige Finanzierung gesundheitlicher Versorgung der Bevölkerung so gestaltet sein, dass sie einen verlässlichen und chancengleichen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung auf dem medizinisch angemessenen Niveau für den jeweiligen individuellen Zustand des Patienten ermöglicht. Die Be-



schaffung der finanziellen Mittel muss auf die Eigenverantwortung der Bürger und die Subsidiarität sozialen Schutzes Rücksicht nehmen.

2. Dies schließt daher ein, dass es über den durch das soziale Versicherungssystem abgedeckten notwendigen Schutz eine selbstbestimmte Option der Bürger als Patienten und Verbraucher für ärztliche Gesundheitsleistungen unterschiedlicher Art nach eigener Wahl geben muss. Dafür ist Informiertheit Voraussetzung. Dazu wird die Ärzteschaft ihren Beitrag leisten.
3. Wie die vorstehend skizzierten Modelle zeigen, geht es ihnen um einen mehr oder minder breiten Schutz der Bevölkerung im Falle der Krankheit und der damit verbundenen Folgen. Entscheidend ist die Niveaubestimmung des entsprechenden medizinischen Schutzes. Dafür trägt der Gesetzgeber allein die Verantwortung. Es erscheint im Hinblick auf das Modell der Bürgerversicherung unklar, wie – mit der von der Ärzteschaft geforderten Zielsetzung der individuell bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung des Kranken – eine entsprechende Versorgung ermöglicht werden soll. Es bedarf des Hinweises, dass individuell notwendig nicht lediglich eine statistisch begründete „angemessene“ Versorgung ist. Die gelegentlich in Anlehnung an Diskussionen über ausländische Versorgungssysteme ins Spiel gebrachte Terminologie der „angemessenen“ Versorgung („appropriate“) enthält rationierende Elemente, welche nach den von der Ärzteschaft befürworteten Maßstäben nicht akzeptabel sind. Die Ärzteschaft ist bereit, ihre Kompetenz zur Definition des medizinisch Notwendigen einzusetzen und dies auch durch Versorgungsforschung zu evaluieren.
4. Wenn die gesellschaftspolitische und gesetzgeberische Entscheidung einer Niveaubestimmung des sozialen Schutzes diejenige einer „Grundversorgung“ sein soll, ist es unausweichlich, dass die Bürgerinnen und Bürger auf der Grundlage ihres Rechts zur Selbstbestimmung ihrer Gesundheit ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen können oder auch müssen, die über den sozialen Schutz hinausgehen. Ob eine sogenannte Basisversorgung noch dem Verfassungsauftrag eines sozialen Krankenversicherungsschutzes entspricht, muss hier ausdrücklich bezweifelt werden. Je flexibler das Finanzierungsmodell im



Hinblick auf diese Möglichkeit ist, umso eher wird es den individuellen Bedürfnissen der Bürger gerecht. Ein mit impliziter Rationierung verbundenes Versicherungssystem, welches den Versicherten vor die Wahl stellt, als Sachleistung die medizinische Versorgung des Versicherungssystems in Anspruch nehmen zu müssen oder ihrer verlustig zu gehen, wird der notwendigen Selbstbestimmung und der notwendigen Subsidiarität des sozialen Schutzes nicht gerecht.

- 5.** Eine entscheidende Frage für die Bewertung der entsprechenden Modelle bleibt – was bisher weitestgehend undiskutiert ist -, in welcher Beziehung die Angehörigen der Gesundheitsberufe ihren Beruf unter den Bedingungen entsprechender Versicherungssysteme ausüben können. Analysiert man die Folgen der Bürgerversicherung in der Weise, dass die Folge ist, dass 100 % der Bevölkerung den sozialen Schutz genießen, bedeutet dies, dass Ärzte künftig ihren Beruf ausschließlich von den Bedingungen, welche das System der gesetzlichen Krankenversicherung definiert, abhängig machen müssen. Es bestehen – auch verfassungsrechtlich relevante – Zweifel, ob danach noch eine selbständige freiberufliche ärztliche Tätigkeit als niedergelassener Arzt ausübbar ist; dies gilt insbesondere dann, wenn der Gesetzgeber die Versorgung der Versicherten von Einzelverträgen der Krankenkassen mit Ärzten abhängig machen würde. Damit würde die Aufnahme des Arztberufs von den Entscheidungen der Krankenkassen abhängig. Ein effektives System der Versorgung – wie es in den Maßstäben unter II. beschrieben ist – wäre auf dieser Grundlage wohl kaum möglich. Dasselbe gilt auch für die ärztliche Berufsausübung im Rahmen der Krankenhausversorgung. Der Monopolanspruch der gesetzlichen Krankenversicherung würde die Patientenversorgung in eine „Programm-Medizin“ münden lassen.
- 6.** Aus der Sicht der Ärzteschaft ist es deshalb – ohne dass sie die Finanzierungstechnik und das versicherungsrechtliche Niveau der Gesundheitsversorgung vorgeben will, weil dies Aufgabe des Gesetzgebers ist – im Interesse der individuell bedarfsgerechten Versorgung der Patienten erforderlich, dass Flexibilität in der Inanspruchnahme der Versorgungsmöglichkeiten, Freiheit in der Wahl des Arztes und vor allem auch Freiheit der Berufsangehörigen im Zu-



gang zur Behandlung von Versicherten bestehen. Die Besinnung auf freiheitlich ausbalancierte Lösungen ist mehr erfolgversprechend; patientenorientierte und qualitätsgesicherte Sonderstrukturen wären damit nicht verbaut.