

# 1. Gesundheits- und Sozialpolitik

## Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

### Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2004

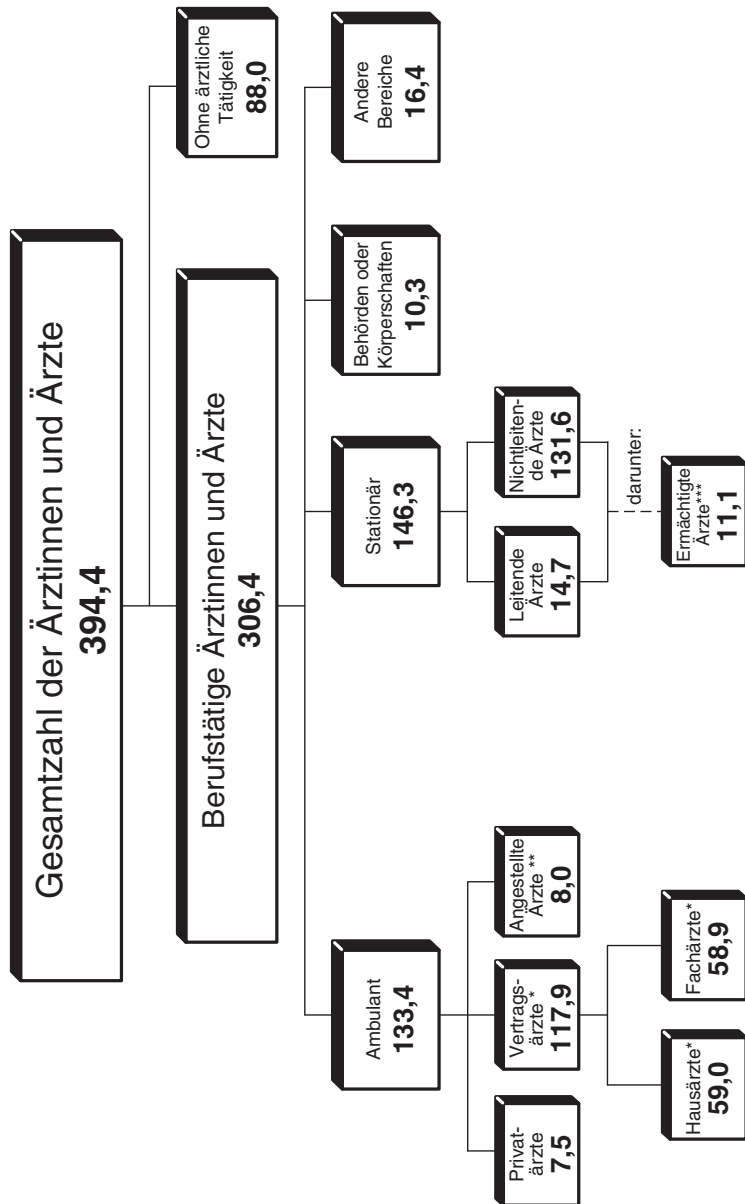
Im Jahre 2004 ist die Gesamtzahl der bei den Landesärztekammern gemeldeten Ärztinnen und Ärzte auf 394.432 gestiegen. Dies sind 1,6 % mehr als im Jahre 2003 und liegt unter den Steigerungsraten der vorherigen Jahre. Der Anteil der Ärztinnen an der Gesamtzahl der Ärzte ist auch im Jahre 2004 in der Tendenz der letzten Jahre entsprechend leicht angestiegen und hat jetzt 41 % der Gesamtzahl (2003: 40,7 %) erreicht.

Die weiterhin positive Zuwachsrate der Zahl der Ärzte in Deutschland verdeckt, dass sich der bereits im Jahre 2001 prognostizierte Ärztemangel in den Statistiken niederschlägt. So ist im Jahre 2004 in fünf Kammerbezirken die Zahl der Krankenhausärzte zurückgegangen (Baden-Württemberg, Berlin, Hamburg, Hessen und Niedersachsen). Zudem musste ebenfalls in fünf Kammerbezirken ein Rückgang der ambulant tätigen Ärzte verzeichnet werden (Hessen, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen). Dies führt dazu, dass in drei Kammerbezirken die Zahl der berufstätigen Ärzte zurückgegangen ist (Berlin, Hamburg und Hessen).

Die ärztliche Versorgung der Bevölkerung ist vielerorts nur noch durch die Zuwanderung ausländischer Ärzte aufrechtzuerhalten. So beträgt der Anteil der Ausländer bei den Erstmeldungen bei den Ärztekammern im Jahre 2004 20 %. Damit ist jeder fünfte Arzt, der erstmalig seine Berufstätigkeit in Deutschland aufnimmt, ein Ausländer. Die ausländischen Ärzte werden in erster Linie in den neuen Bundesländern tätig, und dort im stationäre Bereich. So ist im Jahre 2004 die Zahl der ausländischen Ärzte in den Krankenhäusern der neuen Bundesländer nochmals um 30,8 % gestiegen, obwohl bereits im Vorjahr mit 56,4 % ein exorbitant hoher Anstieg zu verzeichnen war, wobei die weit überwiegende Zahl dieser Ärzte aus den osteuropäischen Staaten kommt. Dieses Phänomen führt dazu, dass in den neuen Bundesländern kein Rückgang der Zahl der Krankenhausärzte zu verzeichnen ist. Dass die Zuwanderung ausländischer Ärzte auch in die alten Bundesländer notwendig ist, erkennt man daran, dass ohne diese Immigration die Zahl der Krankenhausärzte in den alten Bundesländern um 0,2 % gesunken wäre.

Im Moment erscheint es so, als würde den neuen Bundesländern die zur Aufrechterhaltung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung notwendige Attrahierung von ausländischen Ärzten besser gelingen als den alten Bundesländern.

Abbildung 1: Struktur der Ärzteschaft 2004 (Zahlen in Tausend)



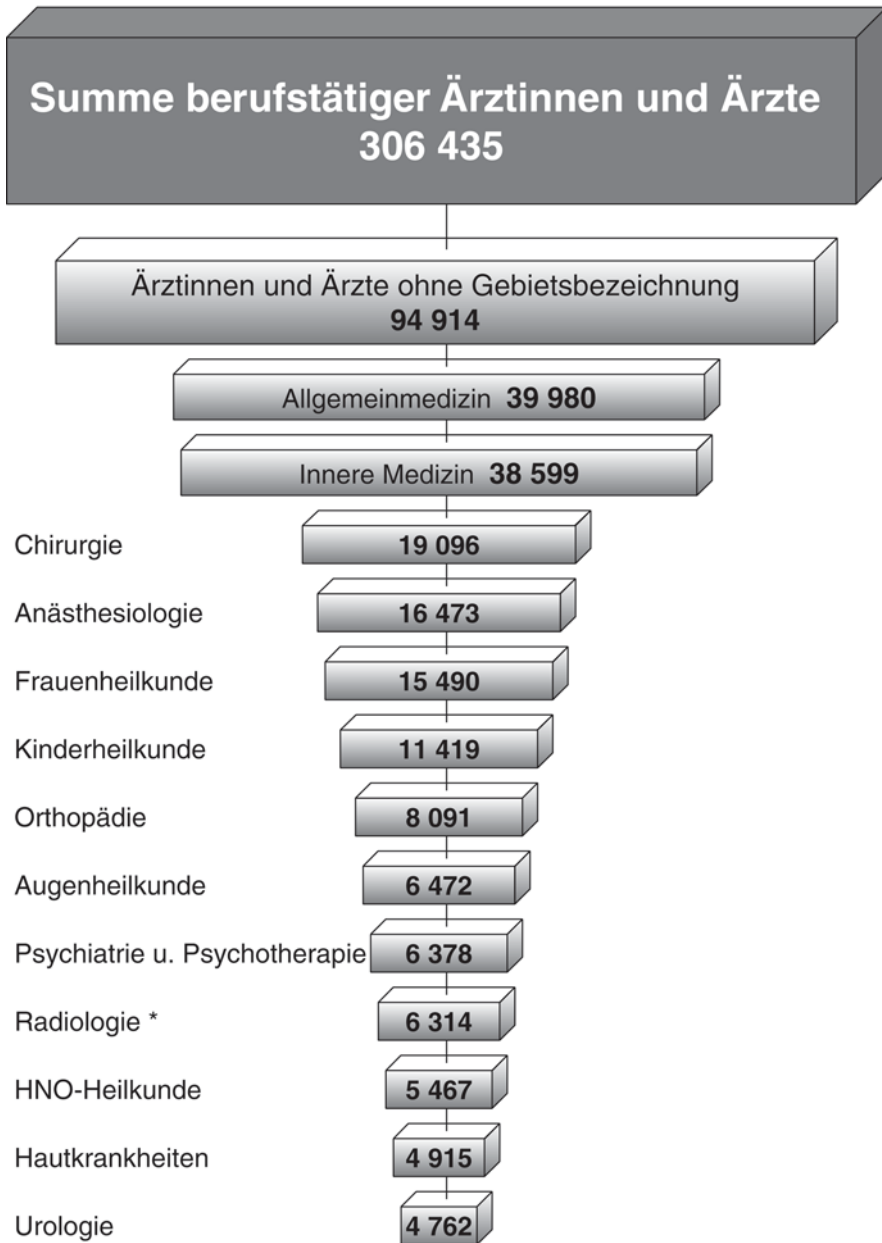
Quelle: Statistik der BÄK und der KBV

\* einschließlich Partner-Ärzte (30. 6.)

\*\* Angestellte Ärzte und Praxisassistenten

\*\*\* 30. 6.

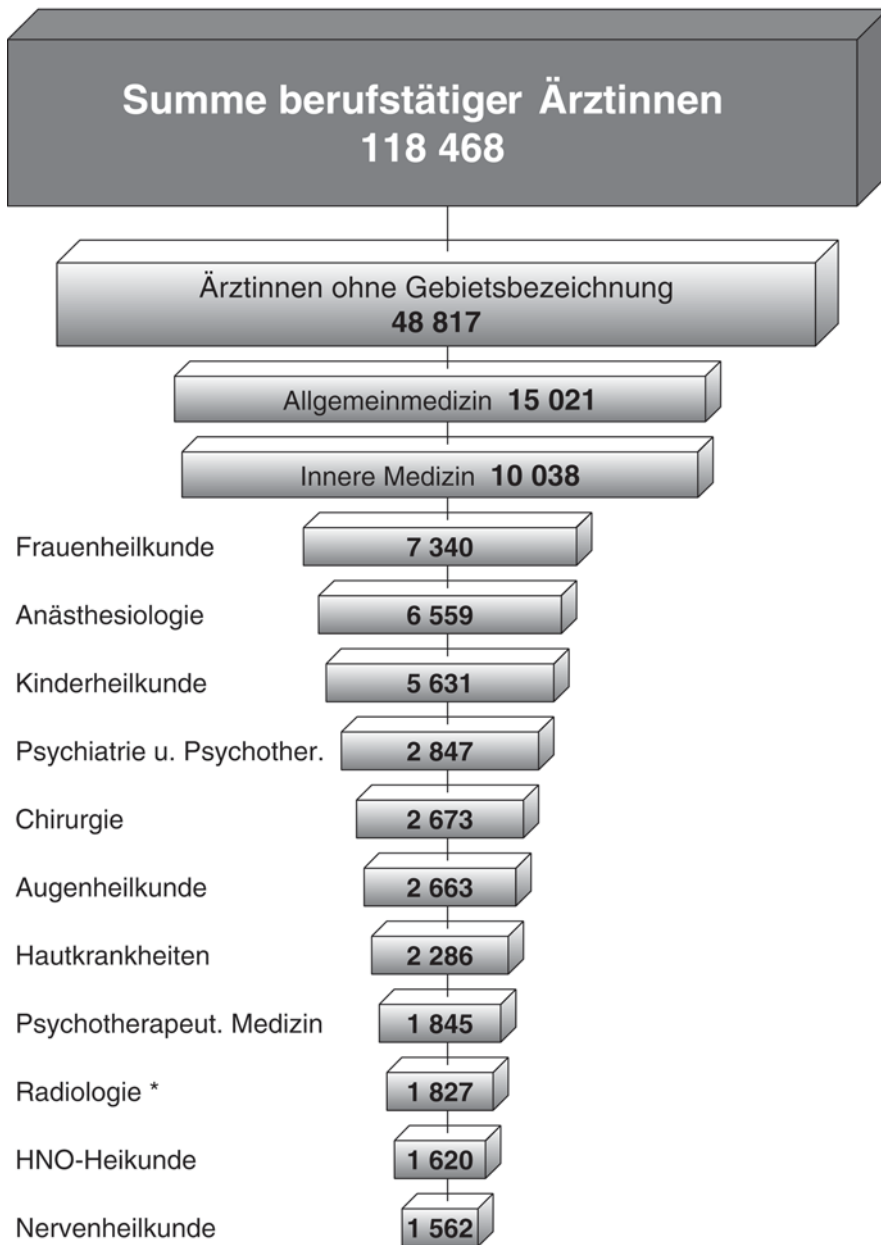
Abbildung 2: Berufstätige Ärztinnen und Ärzte nach Arztgruppen zum 31. 12. 2004



Quelle: Statistik der BÄK

\* einschließlich Diagnostische Radiologie

Abbildung 3: Berufstätige Ärztinnen nach Arztgruppen  
zum 31. 12. 2004



Quelle: Statistik der BÄK

\* einschließlich Diagnostische Radiologie

## Berufstätige Ärzte

Ohne die 87.997 nicht ärztlich Tätigen waren im Bundesgebiet 306.435 Ärztinnen und Ärzte ärztlich tätig, dies sind 2.318 mehr als im Vorjahr. Die Zuwachsrate von 0,8 % im Jahre 2004 ist damit wiederum geringer als im Vorjahr. Damit setzt sich der Abschwächungstrend der letzten Jahre fort. Die Zuwachsraten der letzten vier Jahre betragen 1 % (2003), 1,1 % (2002), 1,2 % (2001) und 1,5 % (2000). Diese aggregierten Daten verdecken allerdings, dass es regionale Unterschiede gibt. So sind in Berlin, Hamburg und Hessen die Zahl der berufstätigen Ärzte um 0,4 %, 1 % bzw. 0,2 % gesunken.

Auch der Anteil der Ärztinnen an der Gesamtzahl der berufstätigen Ärzte ist im Jahre 2004 wiederum leicht angestiegen und hat jetzt 38,7 % der Gesamtzahl (2003: 38,2 %) erreicht. Der Anteil der Ärztinnen an den berufstätigen Ärztinnen und Ärzten lag 1991 noch bei rund einem Drittel (33,6 %). Seitdem hat sich der Frauenanteil um 15,2 % erhöht.

Auf Grund des geringen Zuganges an jungen Ärztinnen und Ärzten verschiebt sich die Altersstruktur weiter zu den älteren Jahrgängen. So verringerte sich der Anteil der unter 35-Jährigen geringfügig von 16,5 % im Jahre 2003 auf jetzt 16,4 %. Im Jahre 1991 betrug dieser Wert noch 27,4 %. Seit dieser Zeit ist der Anteil der jungen Ärzte um dramatische 40 % gesunken. Gleichzeitig betrug der Anteil der über 59-Jährigen im Jahre 2004 11,8 %. Im Jahre 1991 lag dieser Wert noch bei 7,5 %. Dies entspricht einer Steigerungsrate um 57 %.

Bei den einzelnen Arztgruppen fallen die Zuwachsraten recht unterschiedlich aus. Sehr große Steigerungsraten sind bei den Gebieten Psychiatrie und Psychotherapie (+ 15,6 %), Neurologie (+ 14,5 %), Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (+ 13,9 %) sowie Phoniatrie und Pädaudiologie (+ 11,2 %) zu finden.

Die größten Rückgänge gab es bei den Ärzten folgender Gebietsbezeichnungen: Pathologische Physiologie (- 36,4 %), Immunologie (- 11,5 %), Biochemie (- 8,3 %) sowie Pharmakologie und Toxikologie (- 5,7 %).

## Im Krankenhaus tätige Ärzte

Der Anteil der im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzte bezogen auf alle ärztlich Tätigen verharrt mit 47,8 % auf dem Niveau des Vorjahres. Die Zahl der Krankenhausärztinnen und -ärzte stieg um 0,6 % auf 146.357. Die Zuwachsrate hat sich damit im Vergleich zum Vorjahr halbiert. Folgende Landesärztekammern haben Rückgänge an stationär tätigen Ärzten zu verzeichnen: Baden-Württemberg um 2,2 %, Berlin um 2,4 %, Hamburg um 2,2 %, Hessen um 1 % und Niedersachsen um 0,2 %.

Der Anteil der Ärztinnen im Krankenhaus ist im Jahre 2004 weiter angestiegen, von 38,1 % im Jahre 2003 auf 38,7 %.

Zur Altersstruktur ist festzustellen, dass nur noch 30,8 % der Krankenhausärzte jünger als 35 Jahre ist (Vorjahr: 31 %). Im Jahre 1991 betrug dieser Wert noch 45,2 %. Dies entspricht einem Rückgang um knapp 32 %.

## **Ambulant tätige Ärzte**

Die Zahl der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte ist im Jahre 2004 um 0,8 % angestiegen, was 1.016 Ärztinnen und Ärzten entspricht. Der Zuwachs schwächt sich ab, betrug er im Jahre 2001 noch 1.448 Ärztinnen und Ärzte, so lagen die entsprechenden Zahlen im Jahre 2002 nur noch bei 1.343 und im Jahre 2003 bei 1020. Im Moment sind 133.365 Ärztinnen und Ärzte ambulant tätig.

Auch im ambulanten Bereich verdecken die globalen Zahlen, dass es erhebliche regionale Unterschiede gibt. So müssen folgende Landesärztekammern Rückgänge an ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten verzeichnen: Hessen um 0,2 %, Saarland um 0,5 %, Sachsen um 0,6 %, Sachsen-Anhalt um 1,7 % und Thüringen um 0,5 %.

Die Zahl der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte stieg um 1.114 Ärztinnen und Ärzte, dies entspricht 0,9 %, auf 125.317.

Der Anteil der Ärztinnen an den ambulant tätigen Ärzten ist, nachdem im Jahre 2003 ein sehr deutlicher Anstieg zu verzeichnen war, im Jahre 2004 weiter gestiegen, von 36,1 % auf 36,5 %.

Bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ist der Anteil der unter 40-Jährigen weiter gesunken, und zwar von 8,4 % im Jahre 2003 auf nur noch 7,9 %. Gleichzeitig ist der Anteil der mindestens 60-Jährigen von 18,4 % auf 19 % gestiegen. Damit bestätigt sich wieder einmal der prognostizierte Trend der Überalterung der deutschen Vertragsärzteschaft.

Eine weitere wichtige Entwicklung der letzten Jahre besteht darin, dass die Zahl der ausschließlich privat tätigen Ärzte kontinuierlich zunimmt. Lag ihre Zahl im Jahre 2001 erst bei 5.700, so hat sie sich seitdem um 1.800 auf 7.500 im Jahre 2004 erhöht. Dies entspricht einer Steigerungsrate um knapp ein Drittel in nur drei Jahren. Dies kann als Indiz angesehen werden, dass die Tätigkeit als Vertragsarzt in den letzten Jahren deutlich an Attraktivität verloren hat.

## **In Behörden/Körperschaften und in sonstigen Bereichen tätige Ärzte**

Fasst man die Tätigkeitsfelder bei Behörden/Körperschaften und in sonstigen Bereichen zusammen, so waren dort mit 26.713 etwa 1,8 % mehr Ärztinnen und Ärzte tätig als im Vorjahr. Der Anteil der berufstätigen Ärzte, die in diesen Bereichen tätig sind, beträgt 8,7 % und liegt damit unwesentlich höher im Vergleich zum Vorjahr, als der Anteil 8,6 % betrug. Damit gibt es keinen Hinweis, dass approbierte Ärzte ihren klassischen Tätigkeitsfeldern Krankenhaus und Praxis den Rücken kehren und sich vermehrt Tätigkeiten in anderen Bereichen zuwenden. Der bestehende Ärztemangel ist vielmehr durch die mangelnde Bereitschaft von Nachwuchsmedizinern im kurativen Bereich tätig zu werden, bedingt.

## **Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit**

Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit – soweit sie bei den Landesärztekammern registriert sind – hat sich wie im Jahr zuvor im Jahre 2004 um 4,7 % erhöht. Dies entspricht 3.913 Ärztinnen und Ärzten. Der Zuwachs liegt damit wiederum deutlich höher als in den Jahren 2002 und 2001, als die Zuwachsraten 3,8 % bzw. 3,6 % betragen haben.

Von den Ärztinnen und Ärzten ohne ärztliche Tätigkeit befinden sich 55 % im Ruhestand (Vorjahr: 54 %), 2,1 % sind berufsunfähig (Vorjahr: 1,8 %), 0,5 % befinden sich in der

Freistellungsphase der Altersteilzeit (Vorjahr: 0,4 %), 5,6 % sind ausschließlich im Haushalt tätig (Vorjahr: 5,6 %), 2,5 % sind berufsfremd tätig (Vorjahr: 2,5 %), 5,7 % befinden sich in der Elternzeit (Vorjahr: 5,7 %), 11,3 % sind arbeitslos (Vorjahr: 11,8 %) und schließlich geben 17,3 % einen sonstigen Grund an (Vorjahr: 18,3 %).

Von der Bundesagentur für Arbeit in Nürnberg liegen die Arbeitslosenzahlen, die jeweils im September eines jeden Jahres erhoben werden, vor. Daraus ergibt sich, dass bis September 2004 ein leichter Zuwachs der Zahl der arbeitslosen Ärztinnen und Ärzten festzustellen ist. Es wurden 6.140 arbeitslose Ärztinnen und Ärzte gemeldet. Dies ist eine Zunahme um 230 Ärztinnen und Ärzte bzw. 3,9 % gegenüber dem Vorjahr. Dieser Zuwachs der Zahl der arbeitslosen Ärztinnen und Ärzte ist durch die Abschaffung der AiP-Phase bedingt. Da einige Krankenhäuser die Weiterbeschäftigung der Ärzte im Praktikum ab dem 01.10.2004 als Assistenzärzte aus finanziellen Gründen nicht vollziehen konnten, haben sie entsprechende Entlassungen vorgenommen, die sich bereits in den Septemberzahlen niedergeschlagen haben.

Die Anteile der einzelnen Tätigkeitsbereiche an der Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte verteilt sich nun wie folgt: ambulant 33,8 % (Vorjahr: 34,1 %), stationär 37,1 % (Vorjahr: 37,5 %), in Behörden/Körperschaften 2,6 % (Vorjahr: 2,6 %), in sonstigen Bereichen 4,2 % (Vorjahr: 4,1 %) und nicht ärztlich tätig 22,3 % (Vorjahr: 21,7 %).

Auffällig ist, dass der Anteil der Ärzte, die nicht ärztlich tätig sind, im Jahre 2004 um 2,8 % zugenommen hat.

## Anzahl der erteilten Anerkennungen

Die Zahl der erteilten Anerkennungen hat sich im Jahre 2004 um 397 auf 12.553 erhöht. Die größte Anzahl des Zuwachses ist bei den Bereichen Allgemeinmedizin (+ 398), Psychiatrie und Psychotherapie (+ 72), Urologie (+ 32) sowie Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (+ 24) zu verzeichnen. Die höchsten Rückgänge gibt es in den Bereichen Anästhesiologie (- 103), Psychiatrie (-54), Innere Medizin (-49) sowie Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (-34).

## Ausländische Ärztinnen und Ärzte

Die Zahl der in Deutschland tätigen ausländischen Ärztinnen und Ärzte ist im Jahre 2004 um 673, das entspricht 3,9 %, auf 17.991 gestiegen. Die Zunahme der berufstätigen ausländischen Ärztinnen und Ärzte liegt im Jahre 2004 bei 4,3 %. Die Zuwachsrate ist zwar geringer als im letzten Jahr (7,5 %), allerdings ist sie immer noch mehr als fünf mal so hoch wie die Zuwachsrate der berufstätigen Ärzte insgesamt. Wie bereits im letzten Jahr, stellt sich die Wachstumsrate der ausländischen Ärztinnen und Ärzte, die im Krankenhaus tätig sind, als besonders ausgeprägt dar, sie beträgt 7,3 %.

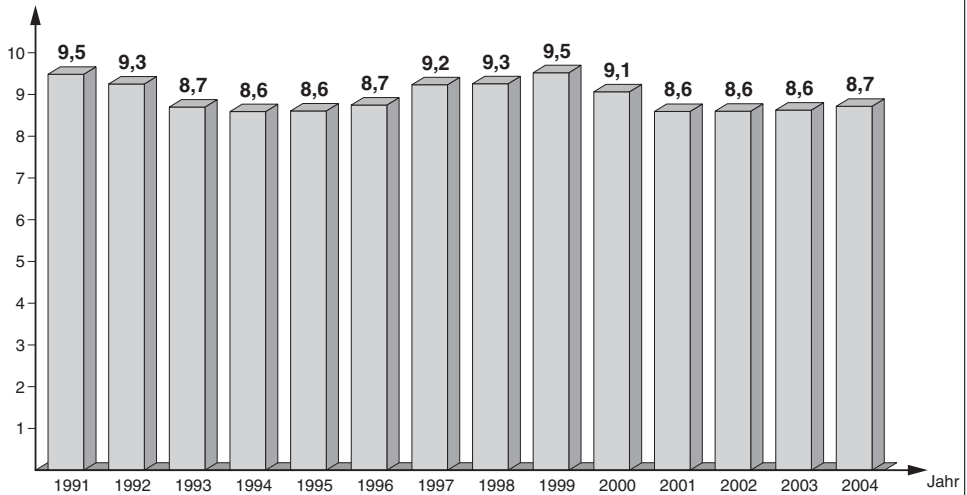
Die stärksten Zuwächse verzeichnen mit 603 Ärzten die Ärztinnen und Ärzte aus den europäischen Staaten. Der größte Zustrom konnte aus Österreich (+ 172), Polen (+167), Griechenland (+103) sowie der Slowakei (+ 100) verbucht werden. Die größte Abwanderung erfolgte durch Ärzte aus Serbien und Montenegro (- 140).

Die größte Zahl ausländischer Ärzte kommt aus Russland/ehemalige Sowjetunion (1.591), gefolgt vom Iran und Griechenland (beide 1.265).

Damit kommen 69 % aller ausländischen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland aus Europa, 21,2 % aus Asien, 4,6 % aus Afrika und 3,6 % aus Amerika.

Abbildung 4: Anteil der berufstätigen Ärzte die in Behörden/Körperschaften und sonstigen Bereichen tätig sind

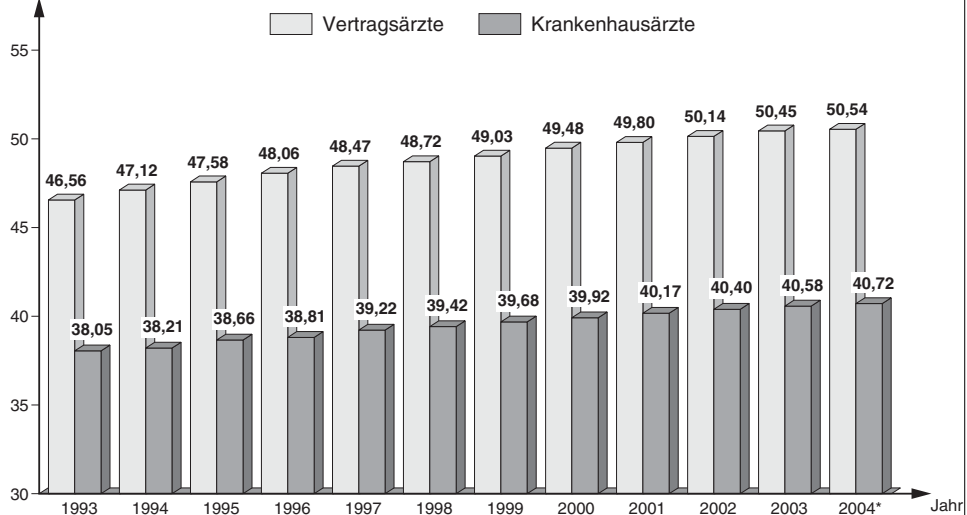
Anteil in Prozent



Quelle: Statistik der BÄK

Abbildung 5: Durchschnittsalter der Ärzte

Alter



Quelle: Statistik der BÄK und der KBV

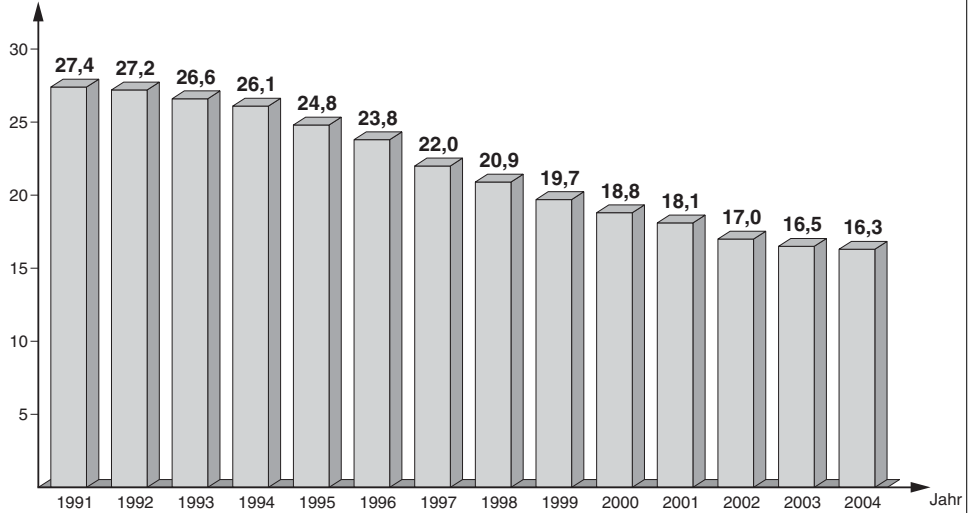
Basis: Unter 69-Jährige Ärzte

\* Vertragsärzte: 30. 6.



Abbildung 6: Anteil der unter 35-jährigen Ärzte an allen berufstätigen Ärzten

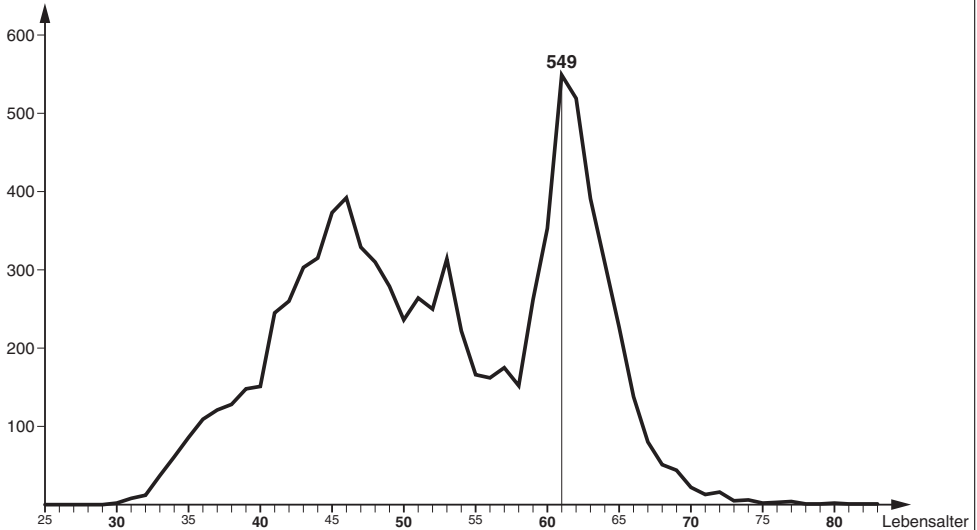
Anteil in Prozent



Quelle: Statistik der BÄK

Abbildung 7: Altersstruktur der Hausärzte (ohne Kinderärzte) in den neuen Bundesländern zum 30. 6. 2004

Anzahl



Quelle: Bundesarztregister der KBV

Abbildung 8: Entwicklung der Zahl der Studierenden\* im Fach Humanmedizin

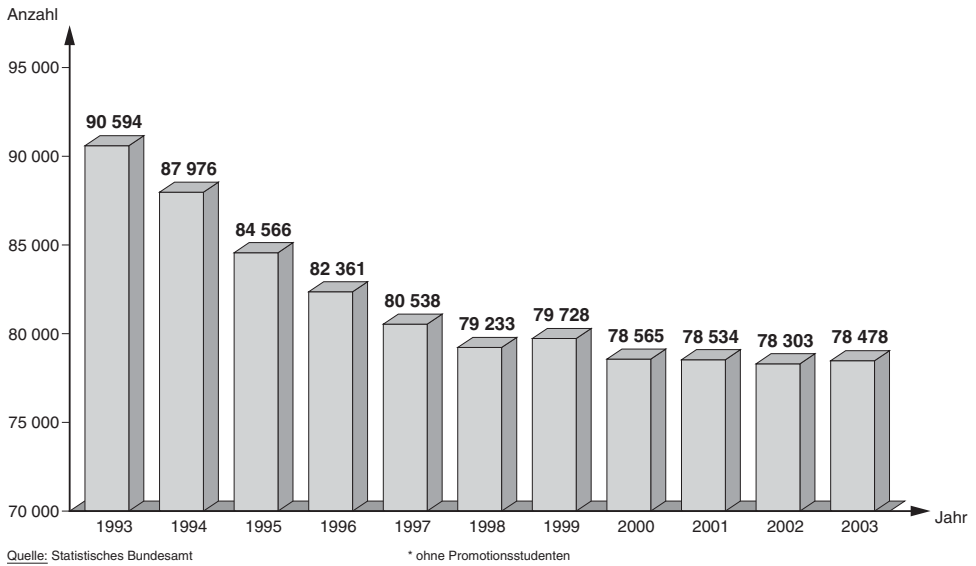
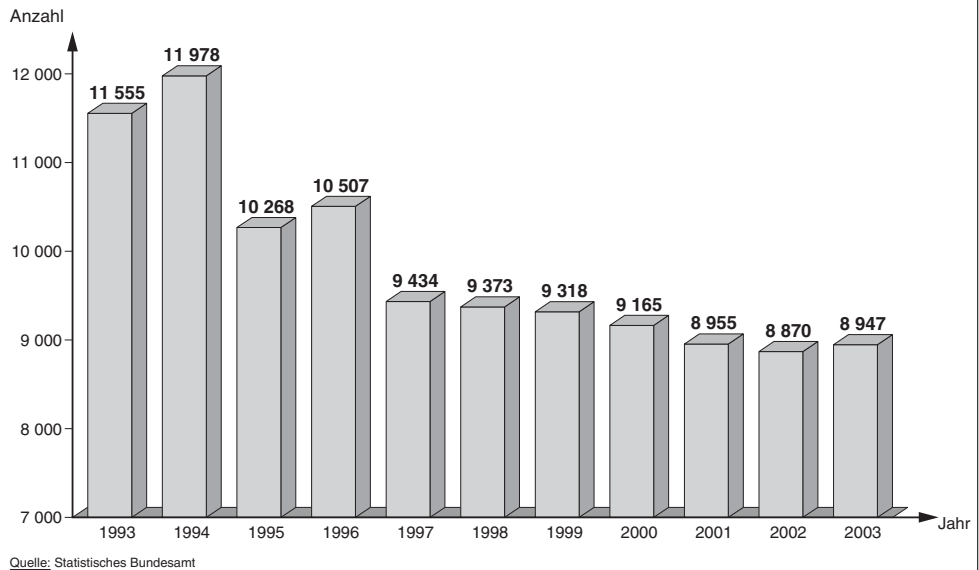


Abbildung 9: Entwicklung der Zahl der Absolventen im Fach Humanmedizin



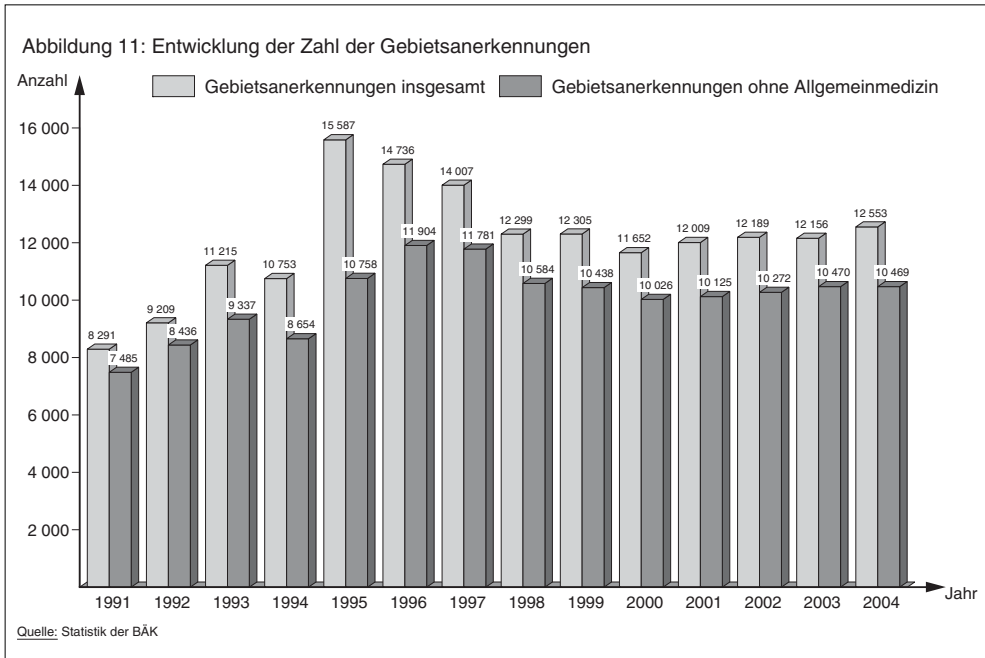
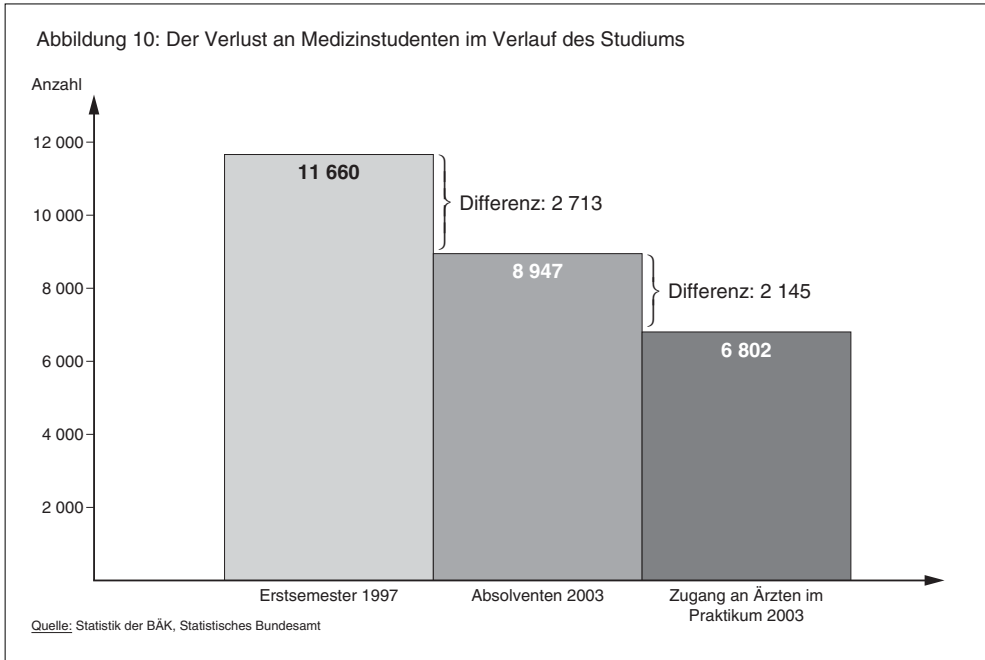
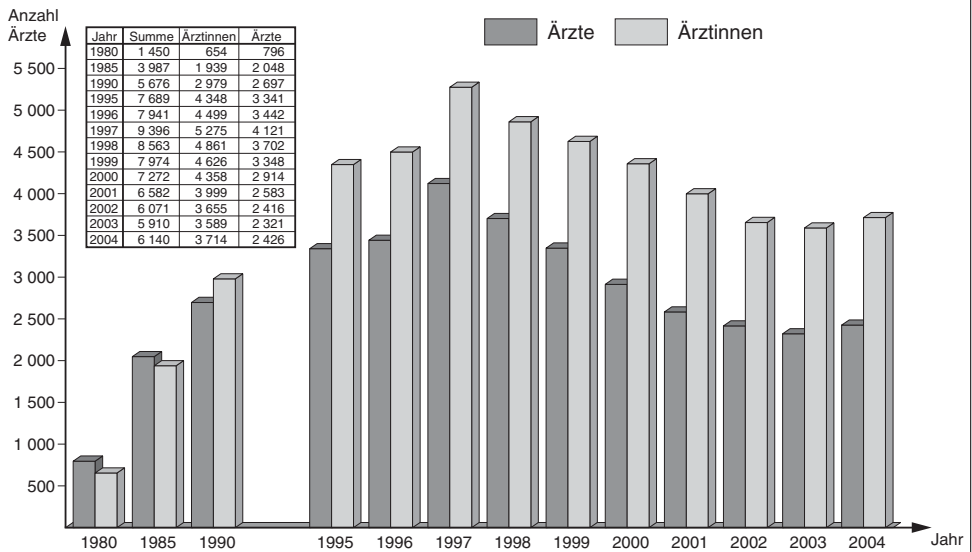


Abbildung 12: Anzahl der als arbeitslos gemeldeten Ärztinnen und Ärzte



Quelle: Bundesagentur für Arbeit, bis 1990 alte Bundesländer

# Gesundheitspolitisches Programm der deutschen Ärzteschaft

Grundlage für die politische Arbeit sowie für Stellungnahmen der Bundesärztekammer zu wichtigen Fragen der Gesundheits- und Sozialpolitik ist das vom 97. Deutschen Ärztetag 1994 in Köln verabschiedete „Gesundheitspolitische Programm der deutschen Ärzteschaft“. Es ist die konsequente Fortentwicklung der erstmals im Jahre 1974 vom 77. Deutschen Ärztetag verabschiedeten „Gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft“.

In 28 Kapiteln sind die Grundlagen eines bürgernahen Gesundheitswesens beschrieben. Vorangestellt sind dem Programm folgende Leitsätze, die nach wie vor ihre Gültigkeit haben:

## *(1.1) Gesundheitspolitik im Spannungsfeld zwischen Individuum und Gesellschaft*

*Die Gesundheitspolitik muss optimale Voraussetzungen für Schutz, Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit des einzelnen Menschen schaffen. Diese Aufgabe liegt im Spannungsfeld zwischen Individuum und Gesellschaft. Aufgaben des Staates müssen mit der persönlichen Verantwortung des einzelnen abgestimmt werden. Eine sinnvolle Gesundheitspolitik darf die persönliche Verantwortlichkeit und die Bereitschaft zur Eigenverantwortung des einzelnen für die eigene Lebensführung nicht abbauen, sondern muss diese fordern und fördern.*

## *(1.2) Eigenständigkeit der Gesundheitspolitik*

*Wirtschaftliche und wirtschaftspolitische Rahmenbedingungen bestimmen immer noch maßgeblich die Gesundheitspolitik. Eine einseitige Unterordnung der Gesundheitspolitik unter primär finanzpolitischen Vorgaben aber kann ihrem Stellenwert nicht gerecht werden. Nur in Eigenständigkeit können von der Gesundheitspolitik Initiativen auf andere Politikbereiche ausgehen, wie beispielsweise auf die Arbeitsmarkt- und Bildungspolitik. Gesundheitspolitik muss daher Zusammenhänge zwischen Gesellschaftsstruktur, allgemeinen Arbeits- und Lebensbedingungen, Erkrankungen und Mortalitätsentwicklung beeinflussen. Nur so kann gesundheitspolitisches Handeln erfolgreich sein; eine einseitig fiskalisch ausgerichtete Betrachtungsweise wird dem nicht gerecht.*

*Bei allen weiteren Reformschritten müssen deshalb medizinische Prioritäten für die Gesundheitssicherung und die Krankenversorgung berücksichtigt werden.*

*Um den Interessen der Bürger gerecht werden zu können, müssen objektivierbare Daten - auch durch eine fundierte Gesundheitsberichterstattung - für eine Gesamtbedarfsanalyse ermittelt werden. Dies gilt auch für die Abgrenzung des Leistungsangebotes von ambulanter und stationärer Versorgung, die hausärztliche und spezialärztliche Versorgung sowie für die Bildung neuer Kooperationsformen, die beide Leistungsbereiche verbinden können.*

## *(1.3) Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität als Kernprinzipien wirkungsvoller Gesundheitspolitik*

*Die Grundsätze unseres sozialen Sicherungssystems - Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität - sind angesichts der zukünftigen Herausforderungen neu gegeneinander abzuwägen.*

*Durch eine Rückbesinnung auf die Prinzipien Eigenverantwortung und Subsidiarität kann die Solidargemeinschaft entlastet und geschützt sowie für die großen Risiken erhalten werden. Statt immer mehr Reglementierung sind für die wirtschaftliche Erbringung von notwendigen Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung neue Anreize zu entwickeln. Zur Stärkung der Eigenverantwortung des Versicherten für seine Gesundheit sind sozial gestaltete, wirksame Selbstbeteiligungsregelungen geeignet.*

*Eigenverantwortung bedeutet Stärkung der Entscheidungsfreiheit und Unabhängigkeit des Bürgers. Die mit der Gesundheitsgesetzgebung bisher ständig zunehmende Regelungsdichte geht dagegen vom Menschenbild eines unmündigen Versicherten aus, der eine allumfassende Fürsorge der staatlichen Verwaltung benötigt. Mehr Eigenverantwortung entspricht den freiheitlichen Strukturen unserer Gesellschaft und fördert das individuelle gesundheitsbewusste Verhalten.*

*Subsidiarität im Gesundheitswesen bedeutet eine abgestufte Verantwortung des einzelnen vor der Verantwortlichkeit des Staates. Nicht jede Aufgabe, die das Vermögen des einzelnen übersteigt, ist sogleich eine Aufgabe des Staates. Zahlreiche Gemeinschaften und gesellschaftliche Gruppen - von der Familie bis zu kirchlichen Organisationen und Versicherten-gemeinschaften - müssen hier je nach ihren verschiedenen Aufgaben und Möglichkeiten wesentliche gesundheitspolitische Verantwortungsbereiche übernehmen.*

*Die Abstufung solcher Verantwortungsbereiche stellt sich dar in der*

- persönlichen Verantwortung,*
- sozialen, d.h. mitmenschlichen oder Gruppenverantwortung,*
- staatlichen Verantwortung.*

*Ziel der Gesundheitspolitik und der auf die Entfaltung der menschlichen Persönlichkeit gerichteten Sozialpolitik muss es sein, den bestmöglichen Effekt durch rationellen Einsatz der Mittel zu erreichen.*

*Das Solidarprinzip muss das Fundament der sozialen Sicherung in Deutschland bleiben. In einem sozialen Rechtsstaat ist die Solidarität aller für alle immer dort eine ethische Verpflichtung, wo in Eigenverantwortung organisierte subsidiäre Hilfen überfordert sind.*

*(1.4) Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und der gesamten Bevölkerung*

*Der Arzt wird aus seiner beruflichen Kompetenz heraus präventiv, kurativ und rehabilitativ sowohl für den Patienten als auch für die gesamte Bevölkerung tätig. Ärzte sind und bleiben die Interessenwahrer der gesunden und kranken Menschen. Sie setzen sich ihrem beruflichen Selbstverständnis gemäß dafür ein, ihre Patienten bestmöglich zu versorgen. Im Konflikt zwischen Patienten- und Gemeinschaftsinteresse muss der Arzt die Interessen des Patienten wahren und die Regeln der ärztlichen Kunst einhalten. Für eine optimale Patientenversorgung muss er auf medizinisch-wissenschaftlicher Grundlage Entscheidungen über das medizinisch Notwendige treffen, auch - und gerade dann - wenn die Kluft zwischen medizinisch Sinnvollem, menschlich Vertretbarem und medizinisch-technisch Machbarem wächst.*

*Im Einzelfall hat der Arzt zwischen dem medizinisch Sinnvollen, menschlich Vertretbarem und medizinisch-technisch Machbarem zu entscheiden.*

*In die Freiheit dieser Entscheidung darf nicht durch politisch festgelegte Rationierung eingegriffen werden. Dies liefe sowohl dem Patienteninteresse wie dem der ganzen Bevölkerung zuwider und ist deshalb für die Ärzteschaft nicht akzeptabel.*

#### *(1.5) Selbstverwaltung stärken*

*Eigenverantwortung und Subsidiarität sind Voraussetzung für funktionierende Selbstverwaltungen. Staatliche Verwaltungen sind nachweislich weniger flexibel und „kunden“-fern. Selbstverwaltung muss durch gesetzliche Rahmenbedingungen befähigt sein, ihre ordnungspolitische Aufgabe ebenso fachkompetent und verantwortlich zu erfüllen wie die Wahrung aller Angelegenheiten ihrer Mitglieder. Selbstverwaltung bedeutet deshalb die Wahrung von Rechten und Pflichten im Interesse der Bürger.*

*Eingriffe des Gesetzgebers in die Regelungskompetenz der Selbstverwaltungen, z.B. im Rahmen von Kostendämpfungsmaßnahmen führen zu Bürokratisierung und Reglementierung und stellen damit die Funktionsfähigkeit der Selbstverwaltung in Frage.*

#### *(1.6) Qualität der medizinischen Versorgung sichern*

*Die Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung ist ein herausragendes ärztliches Ziel zur bestmöglichen Versorgung der Patienten. Medizinische Standards, Richtlinien und Empfehlungen müssen weiterentwickelt werden. Dies wird dazu beitragen, im Patienteninteresse den hohen Stand der medizinischen Versorgung zu gewährleisten.*

*Alle an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten (Ärzteschaft, Krankenkassen, Krankenhausträger u.a.), müssen sich aktiv um Maßnahmen der Qualitätssicherung in der Medizin bemühen.*

*Rationelle Untersuchungs- und Behandlungsabläufe können dabei auch die Wirtschaftlichkeit verbessern.*

#### *(1.7) Gesundheits- und Sozialpolitik international orientieren*

*Eine Standortbestimmung der Gesundheits- und Sozialpolitik in Deutschland muss auf der Grundlage aussagekräftiger Daten auch im Hinblick auf die europäische Integration in der europäischen Union erfolgen, um*

- das Zusammenwirken der nationalen Sicherungssysteme für die*
- Krankenversorgung unter Wahrung landesspezifischer Regelungen zu ermöglichen,*
- den freien Dienstleistungsverkehr zu realisieren,*
- Niederlassungsfreiheit zu gewährleisten und*
- einen einheitlichen Markt für Arzneimittel zu sichern.*

*Die nach Öffnung der Grenzen im Osten einsetzende freiheitliche Gestaltung der dortigen Gesundheits- und Sozialsysteme ist nach Kräften zu fördern.*

*(Das gesundheitspolitische Programm kann bei der Bundesärztekammer angefordert werden.)*

*Über die Grundzüge der gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft ist mit der Politik sehr schnell Einigkeit zu erzielen. Diese Einigkeit wird aber schnell ad acta gelegt, wenn es darum geht, tagespolitische Arbeit zu leisten.*

Wie in anderen Teilen dieses Tätigkeitsberichts niedergelegt, sieht zwar auch die rot/grüne Regierungskoalition den Versicherten/Patienten im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik. Die hierbei eingeschlagenen Wege können aber oft nicht die Zustimmung der Ärzteschaft finden.

Dies gilt auch für weite Teile des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG), das mit den Stimmen der Opposition verabschiedet, zum 1. Januar 2004 in Kraft getreten ist.

Im Rahmen eines Pressegespräches am 10.02.04 hat der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Dr. h.c. Jörg-Dietrich Hoppe, in einem Statement umrissen, welche Konsequenzen das GMG auf die Patientenversorgung haben wird:

## **Qualitätsverlust und Konzentration in der medizinischen Versorgung**

Die jüngste Gesundheitsreform ist ein politischer Kompromiss und ein inhaltliches Puzzle, dessen Gesamtbild sich erst allmählich erschließen wird. So ist zwar mehr Wettbewerb um Qualität versprochen worden, aber schon jetzt ist eine weitere Rationierung medizinischer Leistungen vorprogrammiert. Die Versorgungsstruktur sollte effizienter gestaltet werden, aber die wohnortnahe ärztliche Versorgung wird abgebaut. Die Attraktivität der Gesundheitsberufe sollte verbessert werden, aber der Ärztemangel manifestiert sich.

Wie wenig durchdacht dieses Reformwerk ist, hat der absolute Fehlschlag zu Beginn des Jahres gezeigt. Auch wenn abstruse Sachen wie der so genannten Korruptionsbeauftragte oder das „Staatsinstitut für Medizin“ verhindert werden konnten, so treten doch jetzt mehr und mehr die verbleibenden Unzulänglichkeiten der Reform zu Tage, unter denen Patienten und Ärzte zu leiden haben. Die Praxisgebühr ist dabei nur ein Symptom für die zunehmende Bürokratisierung und Reglementierung, die alle Bereiche der Versorgung gleichermaßen erfasst hat und immer weniger Zeit für die eigentliche Patientenversorgung lässt.

Der Hauptvorwurf zu Beginn der Reformdiskussion lautete, unser Gesundheitswesen sei gekennzeichnet durch Unter-, Über- und Fehlversorgung. Bei der Deutschen Bahn konnte man sehen, wohin die so genannte Punktlandung führt, wenn nur noch eingleisig gefahren wird: Ohne Reserven ist jedes System extrem störanfällig und kann leicht zusammenbrechen. Das gilt grundsätzlich auch für das Gesundheitssystem.

Die vermeintliche Qualitätsoffensive, die mit der Reform in Gang gesetzt werden sollte, entpuppt sich immer mehr als groß angelegtes Manöver zur Verschleierung rationierungsbedingter Defizite in der Versorgung. Seitdem bekannt ist, wo überall Unterversorgung durch Ressourcenmangel entsteht, ist auch die Diskussion über Unter-, Über- und Fehlversorgung stark abgeebbt. Dazu hat sicher auch die Erkenntnis beigetragen, dass im Gesundheitswesen millionenfach unbezahlte Überstunden geleistet werden, die in anderen Branchen vermutlich schon Massenstreiks zur Folge gehabt hätten. Auch die Urteile des Europäischen Gerichtshofs zu den Arbeitszeiten der Ärzte haben deutlich gemacht, welche personelle Unterversorgung besteht, wenn im Gesundheitswesen Arbeitszeit grundsätzlich als solche verstanden wird.



Zu einer Normalversorgung gehören jedoch aus unserer Sicht

1. Behandlung nach dem aktuellen medizinischen Standard,
2. jederzeit erreichbare medizinische Versorgung für den Patienten und
3. Ressourcen für den Notfall.

Nach wie vor gibt es aber erhebliche Defizite in unserem Gesundheitswesen, über die vor allem Politiker nicht gerne reden. Denn dann müssten sie zugeben, dass diese Defizite vor allem auf die Unterfinanzierung großer Versorgungsbereiche zurückzuführen sind.

Demenzkranke könnten besser versorgt werden, wenn ausreichend Mittel zur Verfügung stünden. Das gleiche gilt für Multiple Sklerose-Kranke und andere Patientengruppen, denen eine an den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen orientierte Therapie schlichtweg vorenthalten wird, weil das Geld fehlt. Und schließlich ist eine personelle Unterbesetzung z.B. auf den Stationen unserer Krankenhäuser auch nichts anderes als eine „statistische“ Rationierung. Diese heimliche Rationierung aber muss offen gelegt werden, zerstört sie doch sonst auf Dauer das Vertrauen der Bevölkerung in die Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitswesens und in die sie betreuenden Gesundheitsberufe.

Das GKV-Modernisierungsgesetz setzt die Axt an die Strukturen der flächendeckenden Versorgung und führt zu einer ökonomisch motivierten Konzentration der medizinischen Versorgungslandschaft, mithin zu einer sich verschärfenden Rationierung und insofern auch zu einem schleichenden Qualitätsverlust.

Eine besondere Art der Leistungskonzentrierung bahnt sich auch durch die neuen Bestimmungen der Krankenhausfinanzierung und die im Jahr 2004 erstmalig für bestimmte planbare Leistungen vorgegebenen Mindestmengen im stationären Sektor an.

Dabei ist zu befürchten, dass diese neuen Steuerungsgrößen primär über ökonomische Anreize auf die Gesundheitsversorgung Einfluss nehmen werden. Durch das neue Fallpauschalensystem für Krankenhäuser wird nicht allein im tatsächlich positiven Sinne mehr Transparenz über das stationäre Leistungsgeschehen erreicht. Es erlaubt den Krankenhäusern umgekehrt, ihre Patienten in wirtschaftlich lohnende und wirtschaftlich problematische Fälle einzuteilen. Unter den falschen Bedingungen einer zu raschen Einführung der 2003 aus Australien übernommenen und im zweiten Erprobungsjahr noch nicht hinreichend auf die deutsche Leistungswirklichkeit angepassten Fallpauschalen würde dies Wartelistenmedizin und die Weiterreichung von Patienten mit finanziell „schlechten“ Diagnosen bedeuten.

Krankenhäuser werden auch auf ökonomischer Grundlage abwägen, ob es sich für sie künftig noch lohnt, junge Ärztinnen und Ärzte beruflich weiterzubilden. Bis jetzt sind noch keine positiven Anreize für die Sicherstellung eines ausreichenden ärztlichen Nachwuchses unter den Bedingungen der diagnosenbezogenen Pauschalfinanzierung vorgesehen. Ob unter solchen Bedingungen noch Zeit für die Anleitung in der ärztlichen Weiterbildung bleibt, darf nicht allein über die Anreize der Pauschalen zur Kostenoptimierung entschieden werden. Was hier kurzfristig gut für das Krankenhausbudget erscheint, wird sich als kurzfristig im Hinblick auf die Zukunft unserer Gesundheitsversorgung erweisen. Zu dem bereits vorhandenen allgemeinen Ärztemangel wird dann noch ein Spezialisierungsmangel treten, der unser demographiebestimmtes Gesundheitssystem nicht in die Beitragssatzstabilität, sondern in das pauschalierte Mittelmaß führen wird.

Neben dem finanziellen Konzentrationseffekt auf die Kernleistungen eines Krankenhauses wird es einen zusätzlichen planerischen Konzentrationseffekt durch die Mindestmengen geben. Trotz des unstrittigen Zusammenhanges zwischen Leistungsmenge und Leistungsqualität erscheint der Umkehrschluss fragwürdig, dass allein anhand der Anzahl von Fällen hinreichend auf die Qualität der Behandlung geschlossen werden kann. So können in der Folge von nicht erreichten Mindestmengen zum Beispiel Anreize entstehen, betroffene Leistungen unnötig häufig zu erbringen oder bei der Verfügbarkeit mehrerer Verfahren ein weniger geeignetes zu wählen. Unter diesen Gegebenheiten wird eine unreflektierte Ausweitung der bestehenden Mindestmengenregelung eher zu einer Verkomplizierung der Leistungssteuerung sowie zu einem erheblichen Zulassungs- und Kontrollbürokratismus als zu der gewünschten Verbesserung der Versorgungsqualität führen.

Das Gesetz zieht weitreichende Strukturveränderungen der Versorgungseinrichtungen im stationären Sektor, aber auch im ambulanten Sektor nach sich.

Zunächst auf freiwilliger Basis, aber durch finanzielle Anreize unterstützt, gibt es für die Versicherten die Möglichkeit, zwischen verschiedenen Tarifen zu wählen, und zwar sowohl im Sachleistungs- als auch im Kostenerstattungssystem. Während die hausärztliche Versorgung stärker gefördert wird, dürfte sich die Inanspruchnahme einer ambulanten fachärztlichen Versorgung in wenigen Jahren deutlich schwerer gestalten, da für diesen Sektor vielgestaltige Versorgungsstrukturen zur Verfügung stehen werden. Das sind neben den herkömmlichen in eigener Praxis niedergelassenen Fachärzten nunmehr auch so genannte medizinische Versorgungszentren in unterschiedlicher Trägerschaft, auch in der Trägerschaft von Krankenhäusern, mit freiberuflich tätigen und mit angestellten Ärztinnen und Ärzten. Darüber hinaus werden bei bestimmten Krankheitsfällen die Krankenhäuser auch in der ambulanten Versorgung tätig werden können, sie werden sozusagen institutionell für die ambulante Versorgung geöffnet. Schließlich haben die Krankenkassen im Wege der „Integrierten Versorgung“ durch spezielle Tarife außerhalb des Systems der vertragsärztlichen Versorgung die Möglichkeit, eigene direkte Verträge mit Leistungserbringern und integrierten Versorgungsnetzen zu schließen.

In der Kombination mit den seit dem 1.1.2003 beginnend praktizierten und ab dem 1.1.2007 als ausschließliche Vergütungsform für die Krankenhäuser existierenden diagnosebezogenen Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups) wird sich eine konzentrierte Versorgungslandschaft entwickelt haben, in der viele Menschen mit einem erschwerten Zugang zur Medizin werden kämpfen müssen.

Die gewohnte wohnortnahe ambulante fachärztliche Versorgung mit ihrem großem Angebot an frei zu wählenden Ärztinnen und Ärzten wird es absehbar nicht mehr geben. Der „Facharzt um die Ecke“ stirbt langsam aus. Vorbilder für diese Versorgungsstrukturen waren offensichtlich Dänemark, Schweden und die Niederlande. In diesen Ländern gibt es schon lange besondere Hausarzttarife und speziell in Holland ein ausgeprägtes Primärärztsystem mit Überweisungskompetenz des Hausarztes. Dort findet die fachärztliche Versorgung im Wesentlichen in Versorgungszentren statt, die an den Krankenhäusern angesiedelt sind oder auch eigenständig agieren.

Der Import dieser Strukturen nach Deutschland bedingt allerdings auch die damit verbundenen erheblichen Nachteile, insbesondere die überaus langen Wartelisten nicht nur in England, sondern auch bei unseren Nachbarn in Holland. Auch diese Entwicklung hat ganz

offensichtlich einen rationierenden Effekt und dramatische Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung.

Die durch das GKV-Modernisierungsgesetz etablierten Gesundheitszentren haben zweifellos ein großes Entwicklungspotenzial. Aber es ist den Zentren immanent, dass sie keine wohnortnahe flächendeckende Versorgung sicherstellen können. Im Gegenteil, sie werden maßgeblich dazu beitragen, dass die ambulante fachärztliche Versorgung ausdünn. Wenn man sich dann noch vor Augen hält, dass die Zahl der Krankenhäuser im Zuge des Wettbewerbs erheblich reduziert werden soll, dann wird es in strukturschwachen Gebieten noch zu weit größeren Versorgungsproblemen kommen, als bisher vermutet - und das dauerhaft. Bei aller Modernisierung des Systems darf man jedoch die alten Leute nicht vergessen, die immobil sind und auf den kleinen Dörfern festsitzen.

Die Disease-Management-Programme, so wie sie jetzt angelegt sind, sind ein weiterer Indikator für die Konzentration und den Qualitätsverlust in der Versorgung. Sie werden keineswegs, wie versprochen, eine medizinisch optimale Betreuung gewährleisten. Da die finanziellen Ressourcen begrenzt sind, ist gar nicht zu verhindern, dass medizinische „Notwendigkeiten“ den finanziellen Möglichkeiten angepasst werden. Wenn die betroffenen Patientinnen und Patienten alle nach demselben Programmschema versorgt werden, ist eine weitgehende Gleichheit der Behandlung zu erwarten, nicht aber eine bessere Qualität, da individuelle Krankheit individuelle Therapie erfordert.

Wir stehen mit dieser Meinung übrigens nicht allein. Ein für die Techniker Krankenkasse erstelltes Gutachten des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung brachte es kürzlich auf den Punkt: „Die Programme kosten viel und bringen wenig.“

Da musste einfach politisch durchgedrückt werden, was medizinisch höchst zweifelhaft ist. Mit den Chroniker-Programmen wird nicht das medizinisch Mögliche angestrebt, was wir Ärzte auch als „state of the art“ bezeichnen, sondern nur ein Mindeststandard unter dem Diktum stabil zu haltender Beiträge. Das ist Einheitsmedizin auf niedrigem Niveau und passt wie angegossen in das Konzept einer Bürgerversicherung, die alles nivellieren soll.

Wenn dann auch noch Patientinnen- und Patientenvertreter, ihre Verbände und ihre Selbsthilfeeorganisationen bei der Erstellung der Disease-Management-Programme mitgewirkt haben, wird es für den einzelnen Patienten bei Klagen vor den Sozialgerichten auf Gewährung von Leistungen, wenn die nicht Inhalt des entsprechenden Programms sind, erheblich schwieriger, Recht zu bekommen. Auf diesem Wege ist allein schon durch eine ‚Medizin nach Programm‘ der Weg zur Rationierung von Gesundheitsleistungen vorgezeichnet.

Zusammenfassend lassen sich folgende Effekte des GKV-Modernisierungsgesetz feststellen: Die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Versicherte/Patienten wird vermindert. Es wird eine verstärkte statistische Rationierung des Versorgungsangebotes organisiert. Das System wird in Programmen gegen nicht vorgesehene Ansprüche Einzelner immunisiert.

Die Steuerungsmacht über das Leistungsgeschehen im GKV-Bereich wird wesentlich zu den Krankenkassen übergehen.

Die Patient-Arzt-Beziehung wird durch die erhebliche Reduzierung der Therapiefreiheit entmündigt.

## **Kriterien der deutschen Ärzteschaft zur Finanzierung einer patientengerechten Gesundheitsversorgung**

Vor dem Hintergrund der Diskussion um die langfristige Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme – Stichwort Bürgerversicherung vs. Gesundheitspauschale – hat sich der Vorstand der Bundesärztekammer u. a. in seiner Klausursitzung vom 25.06.-27.06.2004 mit der Frage beschäftigt, nach welchen Prüfkriterien eine patientengerechte Finanzierung des Gesundheitswesens gewährleistet werden kann. Dabei stand nicht die Entwicklung eines eigenständigen Finanzierungskonzeptes im Vordergrund; dies kann nicht Aufgabe der Ärzteschaft sein, sondern nur das Ergebnis eines gesellschaftlichen Diskurses. Vielmehr sollten die Kriterien beschrieben werden, die einen Rahmen schaffen für eine flächendeckende, medizinische Versorgung auf hohem Niveau und ein partnerschaftliche Patient-Arzt-Verhältnis. Die zukünftige Finanzierung des Gesundheitswesens muss demnach geeignet sein, diese Rahmenbedingungen zu gewährleisten.

### **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 Anforderungen 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 notwendigen 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 Sozialschutzes“ 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 Möglichkeiten einer europaweiten Patientenmigration durch Anerkennung von Kostenerstattungsansprüchen gegen das Herkunftssicherungssystem. Diese Möglichkeiten haben aber zugleich die Versorgungsunterschiede in den Mitgliedstaaten 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 krankenversicherungsrechtliche 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 Fortschritts 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 Verteilungungerechtigkeiten 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, Beschäftigungsfreundlichkeit 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 einkommens-unabhängiger 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 bleiben 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 Ar-

beitgeberanteils 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 weit- hin 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, quali- tätsorientierte, aber auch wirtschaftliche Versorgung der Versicherten. Der Umbau dies- es 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, wel- ches 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 Versor- gung auf dem medizinisch angemessenen Niveau für den jeweiligen individuellen Zustand des Patienten ermöglicht. Die Beschaffung der finanziellen Mittel muss auf die Eigenverantwortung der Bürger und die Subsidiarität sozialen Schutzes Rücksicht neh- men.
2. Dies schließt daher ein, dass es über den durch das soziale Versicherungssystem abge- deckten 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 min- der 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 Hin- blick 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 „angemesse- nen“ 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 Monopolananspruch 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 Zugang zur Behandlung von Versicherten bestehen. Die Besinnung auf freiheitlich ausbalancierte Lösungen ist mehr erfolgversprechend; patientenorientierte und qualitätsgesicherte Sonderstrukturen wären damit nicht verbaut.