

Hartmut Reiners

**DIE BUNDESÄRZTEKAMMER:
VERTRETUNG DER ÄRZTESCHAFT ODER LOBBYORGANISATION DER PKV?**

Anmerkungen zum BÄK-Papier „Anforderungen zur Weiterentwicklung des dualen Krankenversicherungssystems in Deutschland“ (April 2013)

Vorbemerkung

Die Bundesärztekammer ist die Arbeitsgemeinschaft der Ärztekammern, die auf Landesebene als Körperschaft des öffentlichen Rechts alle Ärzte repräsentieren und zur politischen Neutralität verpflichtet sind. Das ist der BÄK-Spitze aber offenbar egal. Ihre Vorstellungen zur Reform der Krankenversicherung in Deutschland macht bereits in seiner Überschrift deutlich, dass für sie die wirtschaftlichen Interessen der PKV und der von der PKV profitierenden Ärzten Vorrang vor einer sachgerechten Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen haben. Denn die ist mit einem dualen Krankenversicherungssystem nicht zu erreichen, weshalb man es in anderen europäischen Ländern, zuletzt 2006 in den Niederlanden, auch abgeschafft hat. Das duale Krankenversicherungssystem fördert nicht nur für die Ungleichbehandlung von Patienten je nach Status als Privat- oder Kassenpatient, was grundlegenden Normen der ärztlichen Ethik widerspricht. Es sorgt auch für erhebliche Einkommensunterschieden unter den Ärzten, die mit dem Leistungsprinzip nicht das Geringste zu tun haben. Der Wirtschafts-Sachverständigenrat zieht hat daraus in verschiedenen Gutachten (zuletzt 2009) den Schluss gezogen, dass diese Segmentierung des Krankenversicherungsmarktes ökonomisch nicht begründbar ist. BÄK-Präsident Montgomery sei es unbenommen, ein solches Papier als einen persönlichen Diskussionsbeitrag zu veröffentlichen. Wenn er denn unbedingt ideologischen Dampf ablassen will - bitte sehr! Aber es wird unerträglich, wenn dieser breitgetretene Quark als Position der deutschen Ärzteschaft daherkommt. Nicht ein einziges Argument in diesem Papier hält einer sachlichen Überprüfung stand.

Problemanalyse des BÄK-Papiers: Mythen statt Fakten

In der Präambel des BÄK-Papiers werden Popanze aufgebaut, auf die man faktenfrei eindrischt. Der Gesundheitsfonds habe die GKV zu einer Einheitsversicherung gemacht, ebne den Weg in die Steuerfinanzierung, die bis 2060 auf die Hälfte des GKV-Budgets anwachsen werde, und führe wegen der wachsenden Zahl von Rentnern zu einer sich immer weiter öffnenden Schere von Einnahmen und Ausgaben. Außerdem erhöhten sich die Gesundheitsausgaben infolge einer wachsenden Multimorbidität und der Zunahme der Adipositasrate bei jüngeren Menschen. Die Umlagefinanzierung der GKV führe zur „Vollkasko mentalität“ der Versicherten, und der morbiditätsorientierte RSA nehme den Kassen jeden Anreiz zur Prävention. Vor allem aber sei dieses Finanzierungssystem nicht nachhaltig und generationengerecht. Das PKV-System sei da mit seinen Altersrückstellungen sehr viel besser aufgestellt. Zu diesem Konglomerat von Unsinn und Ignoranz ist Folgendes anzumerken:

- Der Gesundheitsfonds ist eine sinnvolle Weiterentwicklung des 1994 eingeführten Risikostrukturausgleichs (RSA). Er basiert auf dem Grundsatz, dass die GKV eine Solidargemeinschaft ist (§ 1 SGB V) und keine Assoziation von nur in sich solidarischen Kassen. Er wurde in drei Punkten effektiviert. Erstens wurden die Ausgleichskriterien Alter und Geschlecht um einen Morbiditätsfaktor ergänzt (M-RSA), der die Tatsache berücksichtigt, dass es innerhalb von Altersgruppen unterschied-

liche Morbiditäten bzw. Behandlungskosten gibt. Zweitens wurden die gesamten Beitragseinnahmen der Kassen in den RSA einbezogen; zuvor waren es nur 92 %, was Kassen mit überdurchschnittlich hohem Beitragsaufkommen ungerechtfertigte Wettbewerbsvorteile brachte. Drittens wurde der Prozessablauf des RSA geändert. Früher lief der Ausgleich über Transferzahlungen zwischen den Kassen. Jetzt werden alle Beiträge direkt an den vom Bundesversicherungsamt verwalteten Gesundheitsfonds abgeführt, aus dem die Kassen gemäß der Risikostruktur ihrer Versicherten Zuweisungen erhalten. Kommen die Kassen damit nicht aus, müssen sie einen Zusatzbeitrag erheben. Mit einer Einheitsversicherung hat das nichts zu tun. Wenn es beim Gesundheitsfonds Reformbedarf gibt, dann beim Zusatzbeitrag, der sich laut Gesundheits-Sachverständigenrat in der bestehenden Form als Innovationshemmnis erwiesen hat. Aus Angst vor einem Zusatzbeitrag und damit verbundenen Mitgliederverlusten trauen sich Kassen nicht, in neue Versorgungsformen (Gesundheitszentren usw.) zu investieren, deren Kosten sich meist nur mittel- bis langfristig rechnen.

- Die gar nicht zu bestreitende Tatsache, dass die Krankenkassen keinen Anreiz zur Prävention haben, hat nichts mit dem M-RSA zu tun, sondern ist zwangsläufiges Ergebnis der freien Kassenwahl. Präventionsmaßnahmen zahlen sich, wenn überhaupt, nur langfristig in sinkenden Behandlungsausgaben im Alter aus. Deshalb laufen Kassen Gefahr, Geld für Präventionsprogramme auszugeben, die bei einem Kassenwechsel von Mitgliedern der Konkurrenz zugute kommen. Prävention taugt nicht für den Kassenwettbewerb, sondern kann nur als gemeinsame Aufgabe aller Kassen in Zusammenarbeit mit dem ÖGD sinnvoll funktionieren.
- Besonders konfus ist die Position des BÄK-Papiers in der Frage der Steuerfinanzierung des Gesundheitswesens, vor deren Ausbau zur Recht gewarnt wird. Diese wird nur dann unvermeidlich, wenn man das duale Krankenversicherungssystem sowie die bestehenden Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenzen beibehält und den Sozialausgleich immer mehr ins Steuersystem verlagert. Aber genau das fordert die BÄK-Spitze (siehe unten).
- Die wachsende Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben der GKV und die sich daraus ergebenden Beitragssatzsteigerungen sind nicht, wie das BÄK-Papier behauptet, auf die wachsende Zahl von Rentnern zurückzuführen. Ursache hierfür sind die sinkenden beitragspflichtigen Einkommen der Arbeitnehmer und damit der GKV-Einnahmen sowie die niedrige Beitragsbemessungsgrenze. Die Lohnquote nahm von 72,1% des Volkseinkommens in 2000 auf 66,7% in 2011 ab. Die Reallöhne sanken zwischen 2000 und 2012 um 1,5%. Die niedrige Beitragsbemessungsgrenze tut ein Übriges (2013: 3937,50 € p.m.) und begünstigt überdies Beserverdienende. Ein freiwillig Versicherter mit 6000 € p.m. zahlt einen Versichertenanteil von 5,4% statt 8,2%. Eine GKV für alle Bürger und die Anhebung der BBG auf das in der Rentenversicherung geltende Niveau 5800 € p.m. würden den GKV-Beitrag um bis zu 2%-Punkte senken.
- Die Behauptung, die „Vollkaskomentalität“ der GKV-Versicherten treibe die Krankenkassenausgaben nach oben, ist substanzloses Stammtischgeschwätz. Es gibt nicht eine Studie, die diese Behauptung stützen kann. 80% der Gesundheitsausgaben entfallen auf 20% der Patienten, allesamt chronisch bzw. schwer kranke Menschen, für die der Vorwurf der „Vollkaskomentalität“ purer Zynismus ist. Hinzu kommt, dass diese Behauptung unterstellt, dass Arztbesuche ein wahres Vergnügen sind, von dem man gar nicht genug bekommen kann - eine absurde Annahme. Auch die immer wieder durch die Medien geisternde Zahl von 18 Arztbesuchen pro Kopf und Jahr ist bei näherem Hinsehen ein Popanz. Berücksichtigt man nur die tatsächlichen Begegnungen mit einem Arzt (also ohne Routinevorgänge im

Wartezimmer wie das Abholen von Rezepten), ergeben sich laut OECD in Deutschland 8 Arztkontakte pro Jahr, was in etwa dem europäischen Durchschnitt entspricht.

- Die im BÄK-Papier prognostizierte Entwicklung der Morbidität mit immer mehr alten und kranken Menschen hat keine belastbare empirische Grundlage. Die Menschen werden nicht, wie unterstellt, mit dem Alter immer kränker. Im Gegenteil, die Zahl der gesunden Lebensjahre wuchs Deutschland nach einer in „Lancet“ jüngst veröffentlichten Langzeitstudie von 1990 bis 2010 bei Männern um 3,5 Jahre, bei Frauen um 2,3 Jahre. Das ist eine in allen europäischen Ländern zu beobachtende Entwicklung. Auch geben die Untersuchungen der Gesundheitsämter von Schulanfängern und –abgängern nichts für eine Erhöhung der Adipositasrate bei Kindern und Jugendlichen her, wie im BÄK-Papier behauptet. Eher gibt es Anzeichen für Unter- und Fehlernährung in unteren Einkommens- und Bildungsschichten.
- Das BÄK-Papier sagt nichts zu der Frage nach dem Nutzen der Medizin und ob all das, was sie bietet, den Patientinnen und Patienten auch wirklich hilft und in der durchgeführten Menge angemessen ist. Von den zwischen 1978 und 2008 neu zugelassenen 938 Arzneimittelwirkstoffen hatten nur 24% einen wirklichen Zusatznutzen und weitere 21% nur verbesserte pharmakodynamische Effekte. 55% der neuen Medikamente waren sog. „me too“-Präparate ohne Zusatznutzen. Außerdem werden an sich sinnvolle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in einer medizinisch nicht begründbaren Menge erbracht. Hier einige Fakten:
 - Wir haben im Vergleich zu anderen europäischen Ländern eine Überversorgung mit teuren Diagnosegeräten (CT, MRT). Dieser Gerätepark kann sich nur mit einer hohen Auslastung amortisieren.
 - Die Zahl der Rücken-Operationen hat sich bei AOK-Patienten von 2005 bis 2010 von 97.715 auf 212.985 erhöht.
 - Bei den Bypass Operationen sind wir laut OECD-Daten mit 116 Eingriffen je 100.000 Einwohner mit Abstand internationaler Spitzenreiter (OECD Durchschnitt: 47 pro 100000 Einwohner), bei Interventionen mit Herzkathetern (PTCA) mit 624/100000 Einwohner (Durchschnitt: 177/100000) ebenfalls, ohne dass sich dies in einer Verringerung der weiteren Lebenserwartung oder einem generell besseren Gesundheitszustand bei den Patienten niederschlägt.
- Völlig daneben liegt die BÄK-Spitze mit der Behauptung, die Umlagefinanzierung der GKV belaste die nachwachsende Generation, deshalb müsse sie wie die PKV einen Kapitalstock aufbauen, aus dessen Erträgen die demografisch bedingten Mehrausgaben in der Zukunft abgedeckt werden. Es wird so getan, als funktionierten die Volkswirtschaft bzw. das Sozialbudget wie ein Privathaushalt, der für zukünftige Risiken finanzielle Vorsorge tragen sollte. Das ist ein Irrtum, weil die moderne Volkswirtschaft keinen Geldspeicher wie den von Dagobert Duck kennt, aus dem man bei Bedarf Geld abzapfen kann, das in der Vergangenheit erwirtschaftet wurde. Die Altersrisiken müssen stets dann von einer Volkswirtschaft getragen werden, wenn sie Form von Renten oder Gesundheitsausgaben konkret anfallen. Sowohl das Umlagesystem der GKV als auch das Kapitaldeckungsverfahren der PKV bewirken Ansprüche auf Teilhabe am Volkseinkommen in zukünftigen Zeiten. Sie unterscheiden sich in der Frage, wer die Garantie für deren Einhaltung übernimmt. Beim Umlagesystem muss der Staat bzw. das Sozialversicherungssystem dafür gerade stehen, das Kapitaldeckungsverfahren ist abhängig von den Launen des internationalen Finanzmarktes. Diese Alternative verschweigt der PKV-Verband, wenn er in einer Anzeigenkampagne sein Kapitaldeckungssystem als vorbildlich in Sachen Demografiefestigkeit anpreist.

Reformvorschläge des BÄK-Papiers: Konfus und abgenutzt

Aus einer derart ideologisch vernebelten Bestandsaufnahme der gesundheitspolitischen Problemlage kann nur ein unsinniges Reformkonzept abgeleitet werden. Das BÄK-Papier bietet ein Sammelsurium von Vorschlägen, die sich längst als untauglich erwiesen haben und obendrein konfus sind.

Einführung eines „Gesundheitsbeitrags“

GKV-Mitglieder sollen einen einkommensunabhängigen „Gesundheitsbeitrag“ von zwischen 135 und 170 Euro p.m. zahlen. Übersteigt dieser Betrag 9 % des Haushaltseinkommens, erhalten sie einen Zuschuss aus dem Bundeshaushalt. Ebenfalls aus dem Bundeshaushalt sollen die Beiträge für Kinder bis zur GKV-Altersgrenze und für Familienangehörige gezahlt werden, die sich in Elternzeit befinden oder Familienangehörige pflegen. Die Arbeitgeber sollen 7,3% der versicherungspflichtigen Löhne und Gehälter in den Gesundheitsfonds einzahlen. Gräber öffnen sich! Dieser „Gesundheitsbeitrag“ ist nichts weiter als die alte Kopfpauschale, mit der die CDU im Wahlkampf 2005 krachend gescheitert ist und von der sie heute aus guten Gründen nichts mehr wissen will. Sie ist unsozial und war schon 2005 nur mit Steuerzuschüssen in Höhe von 30 bis 40 Mrd. Euro zu finanzieren, ein Betrag, der heute noch höher liegen dürfte. Stefan Greß et al. von der Hochschule Fulda habe in der neuen Ausgabe (4/2013) der AOK-Zeitschrift „G+G“ in einem sehr lesenswerten Beitrag dargestellt, dass sich in den Niederlanden seit Einführung der Kopfpauschale im Jahr 2006 die Steuerzuschüsse für den Sozialausgleich bis 2011 verdoppelt haben und 62% der Haushalte im Schnitt 1000 Euro p. a. an Zuschüssen aus dem Staatshaushalt bekommen. Besonders wirr wirkt dieser Vorschlag des BÄK-Vorstandes, weil er zuvor auf die fiskalischen Grenzen und Risiken von Steuerzuschüssen hingewiesen hat (S.4).

Neukonzeption des Gesundheitsfonds

In den Gesundheitsfonds sollen nur doch der lohnbezogene Arbeitgeberbeitrag, die Zuweisungen aus der Rentenversicherung sowie Zuschüssen aus dem Bundeshaushalt für den Sozialausgleich einfließen. Der Risikostrukturausgleich soll neben den Kriterien Alter, Geschlecht und Morbidität auch regionale Versorgungsunterschiede berücksichtigen. Wie das genau funktionieren soll, verrät das BÄK-Papier nicht. Auf jeden Fall sollte klar sein, dass die Berücksichtigt regionaler Versorgungsstrukturen im RSA zu einer Entsolidarisierung zwischen den Regionen und einer Bevorzugung von eher überversorgten Gegenden führt.

Sozialverträgliche Stärkung der Eigenverantwortung

Erfahrungen aus anderen Ländern zeigten, „dass nur spürbare finanzielle Eigenbeteiligungen eine steuernde Wirkung entfalten und zur Vermeidung von Überinanspruchnahme beitragen.“ Daher müssten die Kostenbeteiligungen der Versicherten und die Kostenerstattung eingeführt werden. Die Faktenresistenz der Behauptung, Zuzahlungen der Patienten und die Kostenerstattung würden zu einer sachgerechteren Inanspruchnahme von Krankenversicherungsleistungen führen, ist immer wieder verblüffend, vor allem angesichts der ja auch von der Ärztekammer begrüßten Abschaffung der Praxisgebühr wegen erwiesener Unwirksamkeit. Es gibt nachweislich international nicht eine Studie, die einen sinnvollen Steuerungseffekt von Zuzahlungen auch nur in Ansätzen nachweisen kann. Dieses Instrument steht vor einem un-

lösbarer Dilemma: Entweder sind die Zuzahlungen hoch und senken deshalb die Inanspruchnahme, haben dann aber schädliche soziale und gesundheitliche Auswirkungen; oder sie sind niedrig bzw. sozialverträglich, haben dann aber keine Wirkung auf die Nachfrage. Und wenn die Kostenerstattung zu mehr Kostenbewusstsein bei den Patienten führen soll, weshalb hat dann die PKV um 50% höhere Pro-Kopf-Ausgaben für ärztliche Behandlung als die GKV? Oder führt die Kostenerstattung nicht doch wohl eher zu mehr Umsatzbewusstsein bei den Ärzten?

Mehr Generationengerechtigkeit

Jede Generation solle „aus sich selbst heraus“ für ihre Gesundheitskosten aufkommen. Deswegen solle aus Steuermitteln für alle in Deutschland geborenen Kinder ein „Gesundheits-Sparkonto“ eingerichtet werden, das federe die finanziellen Folgen der zukünftigen demografischen Entwicklung ab. Wie das im Zusammenwirken mit dem ebenfalls steuerfinanzierten Sozialausgleich ohne Steuererhöhungen finanziert werden soll, verrät uns der BÄK-Vorstand nicht. Dahinter steht zudem ein merkwürdiges Verständnis vom Generationenvertrag. Dieser beschränkt sich nicht, wie das BÄK-Papier unterstellt, auf das Sozialbudget bzw. die GKV. Die ökonomisch aktive Generation finanziert auch das Bildungswesen, ohne von ihren Nachkommen eine Rückzahlung der damit entstehenden Kosten zu verlangen. Nicht nur Rentner sind Kostgänger der Erwerbsbevölkerung, sondern auch Schüler und Studenten. Der Kern des Generationenvertrages besteht darin, dass die wirtschaftliche aktive Generation ihren Nachkommen eine gute Ausbildung finanziert, um damit eine wachsende Produktivität der Volkswirtschaft zu gewährleisten, die zugleich die Voraussetzung für ein ausreichendes Alterssicherungssystem ist. Diese Dialektik von Bildung und Sozialleistungen ist die Basis des modernen Wohlfahrtsstaates. Und noch ein Sachverhalt wird in dem Vorschlag des BÄK-Vorstandes ausgeklammert: die Vermögenstransfers in Form von Erbschaften und Schenkungen. Das private Geldvermögen (incl. Wertpapiere) liegt in Deutschland bei ca. 5 Billionen €. Davon entfallen 80% auf 20% der Bevölkerung, nur 3% auf 60%. Diese ungleiche Vermögensverteilung wird vererbt. Das Problem ist also nicht die inter-, sondern die intragenerative soziale Gerechtigkeit.