



ÄRZTEKAMMER
WESTFALEN-LIPPE

Weiterentwicklung der Krankenversicherung

Optionen aus Sicht der Bundesärztekammer

Dr. med. Theodor Windhorst

Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer
Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe



GKV-Finanzierung ist eigentlich nicht unser Thema!

- **Wie viel Geld für die Krankenversicherung zur Verfügung gestellt wird, muss politisch / gesellschaftlich entschieden werden**
- **Fest steht: Wir brauchen stabile und nachhaltige Finanzierungsgrundlagen**
- **Die „Finanzierungstechnik“ ist lediglich Mittel zum Zweck**
- **Für uns Ärzte steht die Frage im Vordergrund: Wie kann Patientenversorgung am besten organisiert werden**
- ➔ **arztzentriert und patientenorientiert**
- ➔ **auf der Basis von **Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität****



111. Deutscher Ärztetag 2008 in Ulm stellte fest:

- **Es ist Aufgabe der Ärzteschaft, Maßstäbe für die notwendige ärztliche Versorgung zu entwickeln, an denen sich ein sozialstaatlich organisiertes Versicherungssystem messen lassen muss.**
- **Der Behandlungsauftrag des Arztes und sein Berufsethos sind die Schnittstellen zum System des sozialen Schutzes.**
- **Die Regeln, die die Deckung des Bedarfs an gesundheitlicher Versorgung individuell, strukturell und qualitativ steuern, beeinflussen den Behandlungsauftrag des Arztes und die Heilungschancen des Patienten.**



Gesundheitspolitische Leitsätze „Ulmer Papier“

- Der Deutsche Ärztetag hat in seinem „Ulmer Papier“ Prüfkriterien für die „Versorgungsadäquanz“ künftiger Finanzierungskonzepte aufgestellt.
- Im Mittelpunkt steht die Frage:
➔ **Welches Konzept ist geeignet, eine im Zugang chancengleiche und qualitativ hochstehende Patientenversorgung dauerhaft sicherzustellen?**



Folgende Gestaltungsprinzipien sind gefordert:

- **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.**



Positionen und Forderungen (1)

- **Zuwahl-Rechte des Patienten über den geregelten Versicherungsschutz hinaus**
- **Diskriminierungsfreie Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen mit Steuerungscharakter**
 - ❖ **(Anm.: Die sog. „Praxisgebühr“ hatte keine Steuerungsfunktion!)**
- **Steuerungsfähigkeit des Systems muss die Teilhabe am medizinisch-technischen Fortschritt ermöglichen und auf die demographischen Herausforderungen reagieren**
- **Verbreiterung der Einnahmehasis der GKV auf sämtliche Einkommensarten**



Positionen und Forderungen (2)

- **Sozialverträgliche Erweiterung der Eigenbeteiligungsformen**
- **Familienversicherung nur für erziehende Elternteile**
- **Stabile Steuerfinanzierung der Beiträge für die Versicherung von Kindern**
- **Altersrückstellungen durch Gesundheitssoli und demografiebezogener Ausgleichsfaktor für die Krankenversicherung der Rentner**
- **Echter Wettbewerb zwischen GKV und PKV (Modernisierung der GKV und Stärkung der PKV)**



Weitere „Essentials“

- **Arztwahlfreiheit für den Patienten – Therapiefreiheit für den Arzt**
- **Versorgungsstrukturen müssen primär am medizinischen Bedarf ausgerichtet sein und dürfen nicht von ökonomischen Einsparzielen dominiert werden**
- **Definitionskompetenz der Ärzte für die notwendige medizinische Versorgung (u. a. durch Versorgungsleitlinien)**

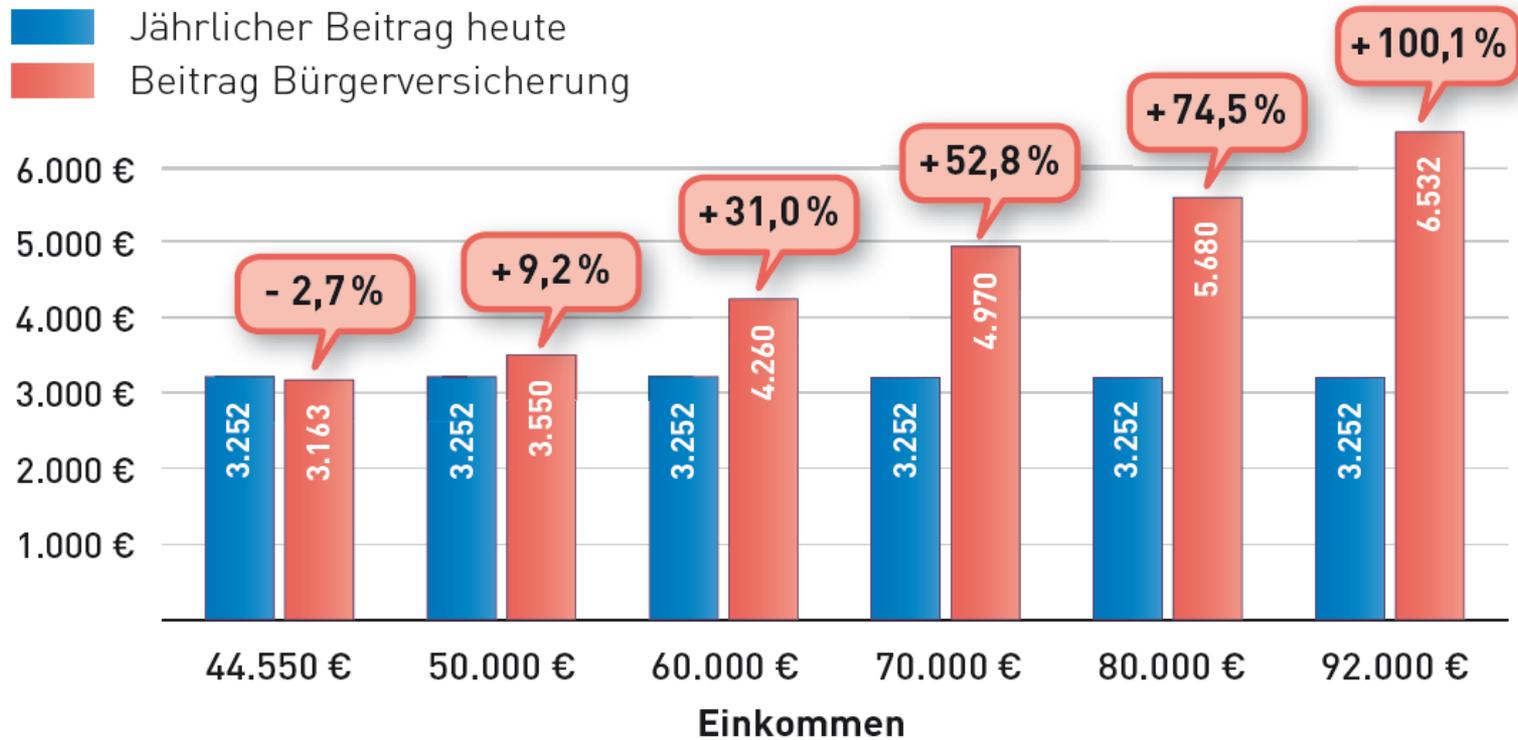


Bürgerversicherung? „Gut ist nur der Name“

- **Keine (nachhaltige) Lösung des Finanzierungsproblems, im Gegenteil: zunehmende Abhängigkeit von Steuermitteln („Medizin nach Haushaltslage“)**
- **Staatlich verordnete Einheitsversorgung fördert eine Mehrklassenmedizin („grauer Markt“ für medizinische Leistungen)**
- **Vereinheitlichung der Systeme birgt Gefahr der Nivellierung auf niedrigem Niveau**
- **Durch Anhebung oder gar Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze steigende finanzielle Lasten für zahlreiche GKV-Versicherte und für die Arbeitgeber (Lohnnebenkosten)**

Quelle: Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Arbeitgeberbelastung in der Bürgerversicherung im Modell der SPD

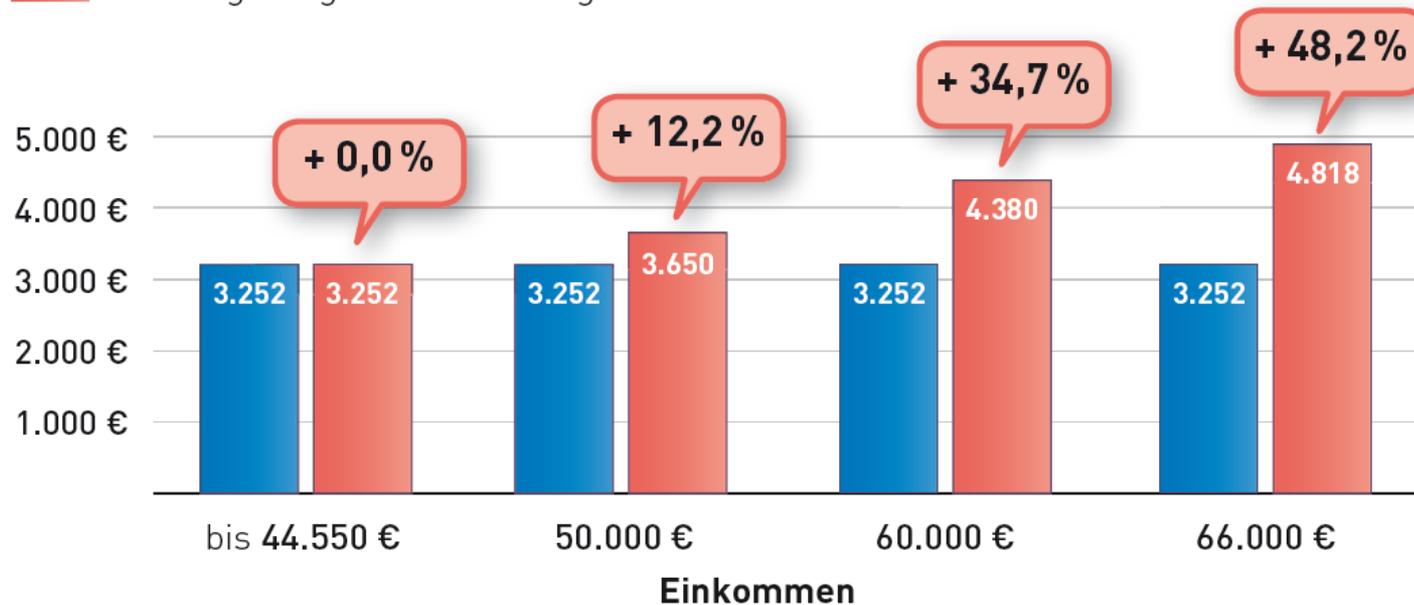


Annahmen: Arbeitgeberbeitrag im Status Quo: 7,3 %; Bürgerversicherung: Arbeitgeberbeitrag liegt bei 7,1 %.
[vgl. Modellvorschlag der SPD]

Quelle: Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

Arbeitgeberbelastung in der Bürgerversicherung im Modell der Grünen

■ Jährlicher Beitrag heute
■ Beitrag Bürgerversicherung



Annahmen: Arbeitgeberbeitrag heute: 7,3 %; Bürgerversicherung: Bei Bestandsschutz für die Privatversicherten erlaubt die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze auf 66.000 € eine Beitragsatzsenkung um 0,5 % und der Einbezug weiterer Einkommensarten eine Beitragsatzsenkung um 0,4 Prozentpunkte, d.h. einen Beitragsatz von insgesamt 14,6% beziehungsweise einen Arbeitgeberanteil von 7,3 %. [vgl. die „grüne“ Bürgerversicherung Rothgang (2010)].



Für Erhalt des dualen Krankenversicherungssystems

- **Alle Patienten – ob gesetzlich oder privat versichert – profitieren von der Existenz der PKV**
 - ❖ im Gegensatz zu GKV keine Erlaubnis- und Verbotsvorbehalte bei der Einführung neuer Techniken und Behandlungsverfahren!
- **Wettbewerb der Systeme (wobei die Durchlässigkeit deutlich verbessert werden muss!) stärkt Leistungskraft des gesamten Gesundheitssystems und macht medizinischen Fortschritt schneller verfügbar**
- **PKV bietet Chance einer angemessenen Honorierung ärztlicher Leistungen (GOÄ als „Leitwährung“)**
- **PKV muss aber eigene strukturelle Probleme in den Griff bekommen (Billigtarife für Einsteiger, überhöhte Provisionen...)**



Deutscher Ärztetag 2012 in Nürnberg:

Aus Prüfkriterien soll Forderungskatalog entwickelt werden

- *„Der Vorstand der Bundesärztekammer wird unter Berücksichtigung der Vorgaben des 115. Deutschen Ärztetages 2012 beauftragt, die **Prüfkriterien zur Finanzierung einer patientengerechten Gesundheitsversorgung des ‚Ulmer Papiers‘** zu einem **Forderungskatalog weiterzuentwickeln und in den politischen Meinungsbildungsprozess einzubringen.**“*
 - ➔ Zur fachlichen Unterstützung und Erstellung des Forderungskataloges wurde inzwischen ein **Gesundheitsökonomischer Beirat** eingesetzt.



Deutscher Ärztetag 2012 in Nürnberg:

Tragfähiges Finanzierungskonzept gefordert

- **„Der 115. Deutsche Ärztetag 2012 fordert den Vorstand der Bundesärztekammer auf, zum 116. Deutschen Ärztetag 2013 in Hannover ein tragfähiges Konzept zur Finanzierung des Krankenversicherungssystems in Deutschland vorzulegen. Dieses muss den Grundsätzen der ärztlichen Freiberuflichkeit sowie der Subsidiarität und Eigenverantwortung gerecht werden und die Sicherstellung der Versorgung gewährleisten.“**



Mehr dazu beim Deutschen Ärztetag in Hannover

- Dort werden wir die 2012 in Nürnberg begonnene Finanzierungsdebatte über eine zukunftsfeste Ausgestaltung unseres Gesundheitssystems fortsetzen:

„Anforderungen an eine Krankenversicherung in der Zukunft“



**Danke für Ihr
Interesse!**