

# **Bürgerversicherung, Gebührenordnung, Groko – eine ärztliche Standortbestimmung**

Dr. med. Ilka M. Enger

Betrachtet man sich die heutige Politik, so scheint es nicht mehr um gute Lösungen für die alltäglichen Probleme der Menschen zu gehen. Es geht vielmehr darum, Begriffe und Symbole, die man wie eine Monstranz in den Wahlprogrammen vor sich her trägt, dann auch in einem wie auch immer gearteten Koalitionsvertrag vorzufinden.

Eines der Beispiele, die uns Ärzte und Patienten in besonderem Maße trifft ist die sog. Bürgerversicherung der links ausgerichteten Parteien. Sie suggeriert, dass mit dieser „Bürgerversicherung“ endlich Gerechtigkeit in unser Gesundheitssystem einziehen soll, weil damit alle gleich behandelt werden – notfalls auch gleich schlecht.

Die philosophische Frage, ob es denn überhaupt „gerecht“ ist, dass der eine krank wird, während der andere sein Leben lang niemals einen Arzt braucht, muss man dabei vermutlich außer Acht lassen. Genauso ist es doch vielleicht auch ungerecht, dass Menschen mit Bagatellbeschwerden das Geld verbrauchen, das notwendig wäre, um wirklich schwer kranke Patienten zu behandeln. Philosophie!

Politisch aber sollten wir uns mit einigen Begriffen und deren Definition beschäftigen.

## **Bürgerversicherung – Zwangseinheitskasse**

In die Bürgerversicherung wird sehr viel hineininterpretiert. Sie ist jedoch nichts als eine Finanzierungsform für die Gesundheitskosten der Bevölkerung. In der Ausbaustufe „Bürgerversicherung“ ist sie eigentlich nichts anderes als eine zusätzliche Steuer, die vom Staat dafür erhoben wird, dass die Bürger ihre Gesundheitsleistungen nach staatlichem Ermessen zugeteilt bekommen. Mit einer „Kasse“ oder gar einer „Versicherung“ hat das eigentlich nichts mehr zu tun.

Das vermeintliche Ziel dieses Konstruktes ist es, dass es „sozial gerechter“ werden soll, weil doch alle in dieses eine Versorgungswerk einzahlen. Und es sollen damit auch die unterschiedlichen Wartezeiten endlich der Vergangenheit angehören. Wie diese Bürgerversicherung denn nun genau ausgestaltet werden soll, hängt davon ab, wie weit links sich eine politische Gruppierung einsortiert und damit an längst vergangen geglaubte Ziele und Strukturen der DDR heranrückt.

- **Das Konzept der SPD – die Endausbaustufe**

Die Trennung zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung soll aufgehoben werden. Die Rahmenbedingungen beider Versicherungsarten werden angeglichen. Die Beiträge richten sich nach der Höhe der Einkommen. Die Beiträge von Arbeitgebern und Arbeitnehmern sollen wieder gleich sein. Die Sätze gelten für selbständige und unselbständige Arbeit ab einem Einkommen von 400 Euro. Kinder und Familien sollen weiterhin beitragsfrei mitversichert bleiben. Die Beitragsbemessungsgrenze soll auf das Rentenversicherungsniveau angehoben werden. Mieteinnahmen und andere Einkommensarten werden über den Steuerzuschuss in den Gesundheitsfonds ebenfalls in die Finanzierung mit einbezogen.

- **Mögliche Auswirkungen der Bürgerversicherung**

Sozial gerecht? Aus einem dualen System soll also eine „Zwangseinheitskasse“ entstehen, die man aber nicht so nennen will. Alle sollen nach ihrem Einkommen in dieses monolithische System einzahlen. Ist aber das Einkommen auch, wenn eine ältere Dame in ihrem eigenen Wohneigentum lebt und damit sich selber Miete zahlt? Ist das Einkommen auch der Sparzins auf angelegtes Kapitalvermögen, welches die Rente mit absichern soll? Zählt zu den Einkünften auch die Riester-Rente, die man sich vom Mund abgespart hat?

Wenn die bisher privat Versicherten in solch ein System „zwangsumgesiedelt“ werden, was passiert dann mit den Altersrückstellungen, die sie über ihre Beiträge gebildet haben? Gehört das einfach den gesetzlichen Krankenkassen? Nur dann wäre nämlich dieses System wirklich zukunftsfest, weil man damit für die nächsten 3 bis 5 Jahre (also eine Legislaturperiode) wieder genug Geld in den Kassen hätte, um die ständig wachsenden Ansprüche der Patienten zu bedienen. Danach wären auch diese Geldreserven verfrühstückt und das System würde endgültig in sich zusammenbrechen. Verfassungsrechtlich wird diese Zwangsenteignung der Privatversicherten allerdings sehr kritisch gesehen, so dass es dazu vermutlich größerer gesetzgeberischer Tricksereien bedürfte.

Die SPD verbindet mit dem Ziel der Bürgerversicherung auch eine „paritätische Finanzierung der Krankenversicherungsbeiträge. Mal ganz davon abgesehen, dass es diese Parität nicht gibt, weil die Beiträge zu den Sozialversicherungssystemen immer durch die Arbeitsleistung erwirtschaftet werden müssen – und zwar vom Arbeitnehmer, muss man auch hier die Auswirkungen etwas näher betrachten. Im Endeffekt wird natürlich durch die höheren Lohnnebenkosten Arbeit teurer und ein Arbeitgeber wird immer kalkulieren, ob er sich die Arbeit zu diesen Kosten noch leisten kann. Versteckt werden diese Kosten in den Tarifverhandlungen der kommenden Jahre von den Arbeitgebern wieder eingefordert werden, bzw. zu niedrigeren Tarifabschlüssen beitragen.

Es stellt sich nicht die Frage, ob mit der Bürgerversicherung nicht auch die „Beitragsbemessungsgrenze“ fallen würde, sondern eigentlich nur wann das passiert. Das ist eine Obergrenze, die dafür sorgt, dass die Beiträge für die Krankenkassen nicht ins Unermessliche steigen. Für freiwillig gesetzlich Versicherte ergibt sich daraus ein Höchstbeitrag, der derzeit bei ca. 600 Euro liegt. Fällt diese Obergrenze weg, dann könnte es auch schon für den Angestellten in gehobener Position oder den kleinen, selbständigen Mittelständler durchaus teuer werden. Entsprechende Berechnungen finden sich hier:

<https://www.pkv.de/politik/aktuelle-studien/rpg-transaktionskosten-der-buergerversicherung.pdf>

Darin zeigt sich, dass die sog. Bürgerversicherung eine Mogelpackung erster Ordnung ist, die auch die Arbeitnehmer – besonders die des Mittelstandes – deutlich belasten wird.

Über die zunehmende Steuerfinanzierung der Bürgerversicherung würden auch die sonstigen Einkommen zunehmend in die Finanzierung der Krankenkassen mit einbezogen.

- **Wird es wirklich billiger?**

Bisher sind ca. 10 bis 11% der Bevölkerung privat versichert. Diese Versicherten zahlen getrennt Beiträge für sich und ihre mitversicherten Familienmitglieder. Beim Übertritt in die Bürgerversicherung würden die Kinder damit beitragsfrei gestellt, so dass hier durchaus auch eine

Entlastung für den privat Versicherten und eine Belastung der gesetzlichen Krankenversicherungen resultieren würden.

Überlegte sich der privat Versicherte – auch auf Grund einer unterschiedlichen Selbstbeteiligung und entsprechenden Bonuszahlungen – sehr genau, ob er einen Arzt aufsuchte und wie viel er von diesem Besuch selbst bezahlte, so muss er sich in der gesetzlichen Versicherung darüber keine Gedanken mehr machen. Er wird somit auch mit Bagatellerkrankungen den Arzt sehr viel unkritischer aufsuchen als bisher. Die sog. Flatrate-Mentalität wird hier auch zu einer Mehrbelastung des Systems führen.

- **Wartezeiten werden geringer?**

Auch diesen Zahn wird die SPD wohl ihrem Klientel schnell ziehen müssen – und das aus zwei Gründen.

Zum einen wird die Inanspruchnahme der Praxen durch den oben geschilderten Sachverhalt – die privat Versicherten werden nun ebenfalls häufiger die Praxen frequentieren – eher ansteigen. So dass die Zeit, die ein Arzt sich für den einzelnen Patienten nehmen kann, eher geringer werden wird und die Fließbandmedizin eher sogar zunehmen wird, die von vielen Patienten beklagt wird.

Zum anderen aber wird die Quersubventionierung der Praxen durch private Honorare (durchschnittlich ca. 10% der privat Patienten bewirken 25% des Umsatzes einer Praxis) so manche Arztpraxis noch mehr in eine finanzielle Schieflage bringen. Derzeit wird zwar viel von der fehlenden Attraktivität des Landarzttdaseins schwadroniert und von Feminisierung der Medizin oder gar der mangelnden „work-life-balance“ schwadroniert. Dabei blendet die Politik aber einen ganz entscheidenden Teil der Wahrheit aus: Die Praxen auf dem Land sind nicht nur nicht attraktiv, sondern ihnen fehlt auch die Lukrativität. Die Praxen schließen, weil sie sich für den Inhaber nicht mehr rechnen und unter den derzeitigen Bedingungen auch keine Nachfolger finden.

Dieses Problem besteht derzeit in den sog. „Speckgürtelpraxen“ und in den Praxen der Städte mit hohem Privat-Patienten-Anteil noch nicht. Mit der Umsetzung der Bürgerversicherung aber wird der „Landarztmangel“ dann mit großer Geschwindigkeit auch in die Städte getragen werden, weil dort die finanzielle Lage durch hohe Miet- und Nebenkosten wesentlich fragiler ist und sehr viel schneller aus dem Ruder läuft, wenn die Quersubventionierung wegbriecht.

Das hohe Durchschnittsalter der Ärzte tut da ein Übriges – sehr viele werden sich in die Rente flüchten und ihre Praxen noch so lange verkaufen, so lange dafür noch der Markt durch die MVZ-Konzerne besteht. Damit startet die SPD den Turbolader für ein Praxensterben, welches auch nicht durch Konzerne mit zukünftig angestellten Ärzten aufzufangen sein wird.

Die Wartezeiten werden dann zwar gerechter verteilt – alle warten gleich lang. Aber es sollte keiner die Hoffnung hegen, dass die Wartezeiten so bleiben wie jetzt. Wir dürfen damit rechnen, dass wir – wie im NHS oder den skandinavischen Ländern üblich – deutlich länger auf Termine beim Arzt warten werden.

## **Die neue einheitliche Gebührenordnung – das sozialistische trojanische Pferd**

Ein kleiner Nebensatz ist es nur im Bürgerversicherungskonzept der SPD und doch versteckt sich darin die eigentliche Sprengkraft für das deutsche Gesundheitssystem.

Die SPD möchte die Gebührenordnung für Ärzte vereinheitlichen. Bisher gibt es zwei Gebührenordnungssysteme, wovon eigentlich nur eines den Namen „Gebührenordnung“ wirklich verdient.

### **Gebührenordnung – was ist das?**

Die Ärzte, so wie alle Freiberufler, haben sich einem Diktat ihrer Preise durch den Gesetzgeber unterworfen. Da man für eine Dienstleistung, die sich um ein essentielles Gut des Menschen, wie Recht oder eben auch Gesundheit, dreht, keinen wirklichen Preis kalkulieren kann, wie bei einer Ware und man der Ansicht ist, dass es bei Leben oder Tod doch eine gewisse Gefahr für Wucher und Übervorteilung gibt, haben sich Ärzte und Staat darauf verständigt, dass der Staat eine Gebührenordnung vorgibt, an die sich Ärzte zu halten haben. Im Umkehrschluss soll sich der Staat auch den Ärzten verpflichtet fühlen, dass sie mit diesem Preis ihrerseits nicht übervorteilt werden, sich ein ordentliches Leben ermöglichen können und der Preis auch ihrer Arbeit, ihrer Ausbildung und ihrer Erfahrung, aber auch des Risikos wert ist. In der Berufsordnung für Ärzte wird dies auch im § 11 entsprechend formuliert.

Von dieser „GOÄ“ zu unterscheiden ist das Honorarsystem der gesetzlichen Krankenkassen, wo unter Horst Seehofer und später Ulla Schmidt das Prinzip eingeführt wurde „Die Ärzte müssen für das Geld arbeiten, was wir ihnen für ihre Arbeit zur Verfügung stellen“. Das heißt, dass es zwar eine „Preisliste gibt für ärztliche Arbeiten, dass aber diese Preisliste jederzeit abgestaffelt werden kann, wenn die sog. Gesamtvergütung“ nicht ausreicht, die die Krankenkassen mit „befreiender Wirkung“ bezahlen. Das heißt, dass der Arzt einem Budget unterliegt und erst ca. 6 Monate später erfährt, was seine geleistete Arbeit im vorletzten Quartal denn wert war. Das ist also keine „Gebührenordnung“, die einen fixen Preis festsetzt.

- **Was bedeutet eine einheitliche Gebührenordnung a la SPD?**

Man könnte sich ja nun wünschen, dass die SPD im Zeichen der „sozialen Gerechtigkeit“ es auch für die Ärzte gerechter macht, in dem man eine Preisliste festsetzt, die diesen Namen auch verdient. Allein – wenn man den Arbeitnehmern zubilligen will, dass sie eine Rundumversorgung erhalten ohne dass der Preis dabei eine Rolle spielen darf – dann wird man das auf dem Rücken der Ärzte austragen, die in diesem Fall vermutlich das schwächste Mitglied dieser Gesellschaft sein dürften – zumal sie ja alle Rechte an den Staat abgetreten haben mit der Übernahme des Sicherstellungsauftrages. Dieser Tatbestand nennt sich dann euphemistisch „Beitragssatzstabilität“ und dieser Prämisse wird im Sozialwesen dieses Staates derzeit alles untergeordnet.

Man kann also davon ausgehen, dass eine Bürgerversicherung eher nach einem „EBM“ (Einheitlicher Gebühren-Maßstab) als nach einer wirklichen Gebührenordnung streben wird.

- **Die Reform der Gebührenordnung – derzeit die größte Gefahr für die Ärzteschaft**

Seit dem Jahr 2005 bittet die Bundesärztekammer um eine Reform der Gebührenordnung für Ärzte. Es gibt dafür natürlich auch gute Gründe. Seit dem Jahr 1995 ist an der GOÄ nichts mehr verändert worden. Die derzeit gültige GOÄ stammt aus dem Jahr 1982 und wurde seitdem nur noch unwesentlich angepasst – insbesondere wurden die Preise, die dort enthalten sind seit nunmehr über 30 Jahren nicht der Inflation angepasst, so dass die Preissteigerung bei 0,44% liegt und bei weitem nicht mehr die derzeitigen Gegebenheiten der ärztlichen Arbeit und die technische Ausstattung abbildet.

Deshalb übernahm die BÄK den ministerialen Auftrag, sich mit der PKV auf eine neue Preisliste zu einigen, zunächst mit Freuden. Allerdings kommt ihr dieser Auftrag weder von Gesetzes wegen zu (s. § 11 BÄO), noch ist sie in der Lage diesen Auftrag so zu gestalten, dass sie damit zum Wohle der Ärzteschaft handeln kann. Die Gesprächskonstellation lässt sich mit dem Bild beschreiben, dass dort Fuchs und Hase über Hasenbraten diskutieren.

- **Knackpunkte der GOÄ neu**

Betrachtet man die derzeitigen Pläne zur GOÄ neu, so wird deutlich, dass sich die Protagonisten wie ein Herr Rochell oder eben auch ein Herr Windhorst oder Herr Reinhardt als Verhandlungsführer sehr stark an den Gegebenheiten des EBM orientiert haben.

Es gibt drei große Bestandteile der GOÄ-Reform: Die Änderungen an der Bundesärzteordnung und dem sog. Paragraphenteil, die Neuerstellung der Leistungslegenden und die Bepreisung der neu legierten Leistungen.

Der größte Knackpunkt dürfte die Veränderung der BÄO sein, die nun die Einführung einer gesetzlich verankerten Kommission vorsieht. Diese Geko soll zwar paritätisch besetzt sein, im Zweifelsfall bei Nichteinigung entscheidet aber das Ministerium als Schiedsrichter über Vorschläge dieser GeKo. Und die Befugnisse sind reichlich: Die Geko entscheidet, welche Leistungen aufgenommen werden in den Leistungskatalog, welche Leistungsbeschränkungen es geben wird, mit welcher Begründung eine Leistung mit einem Steigerungssatz versehen werden darf (ansonsten gilt der sog. „robuste Einfachsatz“), welche Dokumentationspflichten der Arzt hat und welche Begründungen für eine Steigerung überhaupt angeführt werden dürfen – alle anderen sind nicht gültig und werden von den Versicherungen nicht akzeptiert. Wen dieses Gebilde an den „kleinen Gesetzgeber“ des gemeinsamen Bundesausschusses unter der Leitung von Herrn Hecken erinnert, der hat wohl das Prinzip begriffen.

Darüber hinaus wird mit Inkrafttreten dieser GOÄ auch ein Vergütungskorridor geschaffen. D.h. in den ersten drei Jahren dürfen die Gesamtkosten für die Versicherungen nicht mehr als 5,8% steigen. Wenn sie das tun, werden die Preise der Leistungen überprüft und angepasst. In gutem Bürokratendeutsch wird hier eine Budgetierung des Systems beschrieben, wie dies auch als Solidarbeitrag zu Zeiten der Wiedervereinigung von den Ärzten mit einer Begrenzung auf zwei Jahre eingeführt wurde. Die Budgetierung besteht nun seit über 20 Jahren. Warum sollte man also darauf vertrauen, dass sie in der GOÄ wirklich nur auf 3 Jahre begrenzt sein sollte?

Betrachtet man sich dieses Korsett, das mit Zustimmung der ärztlichen Verhandler vorbereitet wird, sind die Leistungslegenden, über die so mancher Berufsverbandsvertreter jubelt, weil er all seine Forderungen (noch) dort umgesetzt findet, keine wirkliche Beruhigung, sondern die berühmte weiße Salbe, die das Problem nur überdeckt.

- **Politische Gefahren der GOÄ neu in der drohenden Groko**

Wenn man sich derzeit auf den Standpunkt zurückzieht, dass diese GOÄ neu ja nicht fertig ist und damit ja gar nicht zur Verfügung steht, verschließt wiederum die Augen vor der kommenden Realität. Nachdem sich die Ärzte doch eine neue GOÄ seit 2005 so sehr wünschen, wird ein geschickter Regierungschef der Ärzteschaft diesen Wunsch doch gerne erfüllen und ihnen bei der Fertigstellung der GOÄ noch ein bisschen unter die Arme greifen.

Unsere derzeitigen Verhandlungsführer und vor allem Herr Montgomery, der diese Angelegenheit ja zur Chefsache gemacht hat, hat in vorauseilendem Gehorsam und entgegen seiner Ankündigung, dass die GOÄ nur insgesamt vorgelegt und beschlossen werden wird, bereits die Änderungen der BÄO und des Paragraphenteils zur Information im Ministerium vorgelegt. Man muss ja schließlich beweisen, dass man arbeitet!

Auch ein Teil der Leistungslegenden – wie viel davon ist unbekannt – wurde dem Ministerium schon mal zur Verfügung gestellt. Nur an der Preisliste – da arbeitet man noch, und zwar ziemlich glücklos. Vor mehr als einem Jahr wurde ein sog. „Blaues Buch“ aus dem Hut gezaubert, bei dem McKinsey anhand der Zahlen der PKV eine Bepreisung der Leistungen vorgeschlagen hatte. Leider musste man feststellen, dass diese Preise mit dem Aufwand der Leistungen nicht viel zu tun hatte und zog das Buch schnellstmöglich wieder zurück. Seitdem arbeitet Herr Reinhardt an der Preisliste und wie man hört, hat er selbst nicht die nötige Manpower in der BÄK, verweigert aber auch, dass das Institut für die GOÄ der Berufsverbände input liefert. Gleichzeitig dringen Gerüchte aus der „Werkstatt“, dass die PKV wiederum McKinsey mit der Fortführung der Arbeiten beauftragt hat – was dabei für eine Preisliste herauskommen würde, wenn man die Zeit hätte, kann sich vielleicht jeder selber denken.

Die Gefahr liegt aber vermutlich ganz wo anders! Was würde man wohl tun, wenn man in einer Groko einen kleinsten gemeinsamen Nenner finden will, der nicht „Bürgerversicherung“ heißt?

Die CDU hat in einer schwarz-gelben Koalition im Jahr 2009 das politische Ziel einer neuen GOÄ formuliert. Damit könnte man sich hervorragend mit den roten Partnern auf eine Einheitliche Gebührenordnung einigen und würde dabei sogar noch den sehnlichen Wunsch der Ärzte erfüllen. Ein voller Erfolg für die wunderbare neue Groko!

Man nimmt also die Teile, die die Ärzteschaft freundlicherweise schon zugeliefert haben, streicht vielleicht noch hier und da etwas aus der Legendierung und hilft den Ärzten, in dem man das tut, was in der Bundesärzteordnung vorgesehen ist: Man setzt selber die Preise für die Leistungen fest, so dass es vor allem zur Beitragssatzstabilität passt. Und dann stellt man sich vor das staunende Ärztevolk und lässt sich dafür feiern, dass man nach dreißig Jahren endlich eine Reform der GOÄ bewerkstelligt hat und diese „Wunsch-GOÄ“ sogar noch zur Grundlage für das gesamte Honorar der „Quasi-Bürgerversicherung“ macht.

Wer jetzt denkt, dass das ein unwahrscheinliches Szenario ist, der sollte derzeit die Podiumsdiskussionen zur Groko und Bürgerversicherung verfolgen. Er wird feststellen, dass auch die CDU/CSU sich diesen Plänen für eine „Bürgerversicherung light“ nicht abhold zeigt.

Unsere Berufsverbände sollten hier auch nicht den Pseudokampf gegen die Bürgerversicherung eröffnen, sondern klipp und klar die weit größere Gefahr dieser neuen Elefantenhochzeit benennen.

Diese „EGO“ wird die Praxen – und zwar alle – an die Wand drücken. Sie wird der Treibstoff sein, für die Abschaffung der sog. doppelten Facharztschiene und Facharztmedizin für Patienten nur noch im Krankenhaus erreichbar machen. Sie wird die Praxen in Konzernstrukturen überführen, die dann Industrie-Medizin 4,0 anbieten und die freie niedergelassene Arztpraxis bis auf wenige Nischenpraxen ausradieren. Die Hausärzte werden vielleicht etwas länger überdauern, aber vermutlich auch via Portalpraxen an die Krankenhäuser gezwungen werden und dort ebenfalls in die Abhängigkeit von Klinikkonzernen geraten. Und der Patient? Der Patient darf sich auf eine industriegenormte Therapie freuen, die vor allem eines sein muss – billig. Und wegen der

Einheitsstrukturen und Rahmenbedingungen, die für alle „Bürgerversicherungsanbieter“ gelten, wird es auch keine individuellen Therapiealternativen geben. Der Staat bestimmt dann mit den Konzernen zusammen, was behandelt wird, wie behandelt wird und was es kosten darf.

Brave, new medical world!

### **Gibt es eine Lösung für die Ärzte?**

Nachdem man sich jahrelang gescheut hat, die derzeit sehr beliebten „roten Linien“ zu ziehen und sich auf einen beständigen Kompromisskurs mit der Politik gemacht hat, gibt es für die Ärzteschaft eigentlich nur noch einen Weg:

Es muss jetzt sofort die alternativlose rote Linie auf den Boden gezeichnet werden – und die heißt, dass der Gesellschaftsvertrag, den man einst mit diesem Staat geschlossen hat, seine Geschäftsgrundlage mit Einführung der Einheitsgebührenordnung verliert. Auf keinen Fall darf von der Ärztekammer das Einverständnis signalisiert werden, dass die GOÄ neu als Grundlage für dieses Konzept gelten darf. Und gleichzeitig muss die Ärztekammer den Mut haben, sich aus dem „Staatsvertrag“ zurückzuziehen und eine eigene unverbindliche Preisliste vorlegen, nach der die Ärzte abrechnen und zwar mit ihren Patienten! Die Kostenerstattung muss dann zwischen Versicherten und Versicherung ausgehandelt werden.

Verweigern sich die Ärztekammern diesem Prozedere, dann sind die Ärzte Einzelunternehmer und kalkulieren auch wieder ihre Preise für ihre Leistungen selbst – wie das jeder mittelständische Unternehmer tut.

Hierzu gibt es die Hamburger Erklärung, die jeder Arzt, der sich dieser zunehmend ausweglosen Situation bewusst ist, unterzeichnen muss.

<https://www.aend.de/index/resolution>