



## Mangel an Verlässlichkeit

*Die „Eckpunkte“ der  
Großen Koalition  
zur Gesundheitsreform  
enttäuschen.*

Bei allem guten Willen – eine Blaupause für eine nachhaltige Finanzreform der gesetzlichen Krankenversicherung sind die Anfang Juli von der Großen Koalition vorgelegten „Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006“ nicht (*siehe auch Seite 12*).

Da wird die demografische Herausforderung beschrieben und infolgedessen ein zusätzlicher Finanzbedarf. Aber die Berliner Politik bleibt die Antwort schuldig, wie Ärzte und Patienten mit schon bestehender Unterfinanzierung und Rationierung umgehen sollen.

Das so genannte Fondsmodell würde Möglichkeiten bieten, über eine teilweise Steuerfinanzierung gesamtgesellschaftlicher Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu einer dauerhaften Konsolidierung der GKV beizutragen. Tatsächlich sollen für die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder im Jahr 2008 zunächst 1,5 Milliarden und im Jahr 2009 drei Milliarden Euro aufgebracht werden. In den Jahren danach soll der Anteil weiter steigen, der Gesamtbedarf liegt bei 16 Milliarden Euro. Doch woher die Mittel kommen sollen, ließ die Koalition offen.

Das weckt Zweifel an der Verlässlichkeit der Politik, zumal der Bund die Mittel zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen aus der Tabaksteuer zügig wieder einkassiert hat. In diesem Jahr fließen – aufgrund der erst im Jahr 2004 in Kraft getretenen Reform – immerhin 4,2 Milliarden Euro aus der Tabaksteuer an die GKV, doch war dieser sinnvollen Politik nur eine kurze Lebensdauer vergönnt.

Demnächst werden die versicherungsfremden Leistungen zu Unrecht wieder der Solidargemeinschaft allein aufgebürdet. Bei allem Verständnis für das Ziel der Haushaltssanierung kommt hier der Eindruck von Beliebigkeit auf. Da fragen sich nicht nur erfahrene Experten wie der Kieler Gesundheitssystemforscher Professor Dr. Fritz Beske, ob die Berliner Politiker überhaupt wissen, was sie wollen (*siehe auch „Thema“ Seite 10*).

Auch die politischen Absichten zur Einführung einer Euro-Gebühren-

ordnung sind kritisch zu hinterfragen. Zwar stellt das Eckpunktepapier dem Vertragsarzt eine Leistungsvergütung in festen Preisen in Aussicht.

Die berechtigte Forderung der Ärztinnen und Ärzte nach „Euro statt Punkten“ wird damit scheinbar erfüllt, doch soll die neue Vertragsgebührenordnung offenbar auch die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ersetzen. Selbst wenn Steigerungssätze innerhalb des privatärztlichen Gebührenrahmens vorerst noch möglich bleiben, so ist damit doch die Axt an die GOÄ und damit auch an die private Krankenversicherung (PKV) gelegt.

Konsequenterweise ist dann auch im Eckpunktepapier von einem PKV-Basistarif mit Leistungsumfang der GKV die Rede sowie von GKV-versicherten Beihilfeberechtigten, denen eine Wahlmöglichkeit zur Teilkostenregelung in der GKV eröffnet wird. All dies deutet darauf hin, dass der PKV als Vollversicherung – trotz gegenteiliger Beteuerungen – die Grundlage entzogen werden soll.

Die GOÄ als staatliche Gebührenordnung muss aber ein eigenständiges und verlässliches Bewertungs- und Preissystem für ärztliche Leistungen sein. Dem kann die geplante Euro-Gebührenordnung nicht gerecht werden, wenn die Bewertungsgrundlagen von der jeweiligen Kas senlage abhängen.

Der Ärzteschaft werden in den nächsten Wochen und Monaten weitere harte Auseinandersetzungen nicht erspart bleiben. An den kommunalen Krankenhäusern geht es – nach dem historischen Durchbruch an den Universitätskliniken – um einen eigenen Tarifvertrag (*siehe auch Seite 14*), bei den Vertragsärzten um ein Arbeitsumfeld, das selbständigen Freiberuflern würdig ist.

Nun steht die Umsetzung der „Eckpunkte“ in einen konkreten Gesetzentwurf an, und bekanntlich steckt der Teufel im Detail.

*Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe  
Präsident der  
Ärztammer Nordrhein  
und der Bundesärztekammer*