

Gisela Broll/Hartwig Broll

GKV: Vorbereitungen für einen Feldversuch

Noch keine klaren Konzepte für die Reform der GKV-Finanzierung

Obwohl gegenwärtig kaum jemand ernsthaft damit rechnet, dass es noch in dieser Legislaturperiode zu einer Reform der Finanzierungsgrundlagen der GKV kommt, sind die Auseinandersetzungen um Bürgerversicherung oder Gesundheitsprämien wieder heftiger geworden. Alle Seiten haben dabei offensichtlich nur eine Gemeinsamkeit: Keiner weiß genau, was er eigentlich will. Sowohl die Protagonisten der Bürgerversicherung wie die Befürworter eines Pauschalprämiensystems überbieten sich in Varianten, wie man es denn – vielleicht – machen könnte. Vieles deutet auf einen gigantischen Feldversuch hin – an immerhin rund 70 Millionen GKV-Versicherten.

Zumindest seit Mitte Juli scheinen die Befürworter pauschaler Gesundheitsprämien konzeptionell etwas an Boden gewonnen zu haben. Im Rahmen eines wissenschaftlichen Symposiums am 15. Juli in Berlin präsentierten die Professoren Bert Rürup, Vorsitzender des Sozialbeirats der Bundesregierung, und Eberhard Wille, Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, ein – auf den ersten Blick – durchaus konsistentes Konzept für Gesundheitsprämien, das auch – zumindest in einer der vorgeschlagenen Varianten – eine Organisation des sozialen Ausgleichs innerhalb des Systems der Krankenversicherung vorsieht.

Das „Rürup-Wille-Gutachten“

Die Kernelemente des Vorschlags von Rürup und Wille sind kassenspezifische Gesundheitspauschalen, die sich nach den durchschnittlichen Gesundheitsausgaben der individuellen Krankenkasse richten sollen. Um eine Überforderung von Versicherten mit geringerem Einkommen zu vermeiden, sollen individuelle Beitragszuschüsse gewährt werden, idealerweise aus Steuermitteln. Die Professoren präsentierten aber auch einen Vorschlag für eine GKV-interne Lösung: einkommensbezogene Zuschläge zur Pauschalprämie. Dies sei zwar nur eine „Second-best-Lösung“, soll aber die Akzeptanz in der Bevölkerung und bei den Sozialpolitikern der verschiedenen Parteien erhöhen.

Das Zahlenwerk der Professoren vermochte zumindest im Rahmen des Symposiums zunächst zu überzeugen. Ausgehend von einem „ausgabendeckenden Beitragssatz“ von 14,6 Prozentpunkten errechneten sie nach Abzug der Einsparungen durch das GKV-Modernisierungsgesetz sowie der Satzungsleistungen GKV-Gesamtausgaben von jährlich 128,7 Mrd. €. Daraus ergäbe sich eine durchschnittliche Gesundheitspauschale von 169 € monatlich für Erwachsene und 78 € monatlich für Kinder, letztere gänzlich aus Steuermitteln finanziert. Als Gegenfinanzierung soll das Mehraufkommen ausreichen, das sich aus der Versteuerung der Arbeitgeberbeiträge ergäbe, die als Teil des Lohnes ausbezahlt sind.

Rürup und Wille wollen die Krankenversicherungsprämien für alle Kinder – auch die der PKV-Versicherten – als Zuschlag zum Kindergeld durch die Familienkassen auszahlen lassen.

Dagegen präsentierten die Gutachter für den bislang in der GKV enthaltenen Einkommensausgleich mehrere Varianten. Als Voraussetzung soll gelten, dass niemand mehr als 12,5 Prozent des verfügbaren Haushaltseinkommens für seine Krankenversicherung aufwendet. Die erforderlichen Zuschüsse bezifferten Rürup und Wille auf 18,8 Mrd. € bei einer steuerfinanzierten Lösung und auf 26 Mrd. € bei einkommensabhängigen Beitragszuschlägen. Finanziert werden soll der Ausgleich entweder durch eine Anhebung des Solidaritätszuschlags um 11,9 Prozentpunkte oder durch eine Anhebung der Mehrwertsteuer um 2,5 Prozentpunkte. Die letztgenannte wird von Rürup allerdings als problematisch angesehen, weil bei einer Anhebung der Mehrwertsteuer letztlich diejenigen, die vom sozialen Ausgleich profitieren, diesen selber überwiegend finanzieren müssten.

Bei einer Lösung innerhalb der GKV kalkulierten die Wissenschaftler einen einkommensabhängigen Beitrag in Höhe von 2,9 Prozentpunkten, der zusätzlich zu den Gesundheitspauschalen gezahlt werden müsste. Zuschüsse zu den Pauschalen würden aus diesen Mitteln dann bei Nachweis des Bedarfs gewährt.

Unabhängig davon, ob das präsentierte Zahlenwerk in sich überhaupt realisierbar ist, kam bereits im Verlauf des Symposiums auch Kritik an den Vorstellungen der Professoren auf. So gingen diese etwa relativ kritiklos von einem Fortbestehen der privaten Krankenvollversicherung aus. Eine Abschaffung der PKV stößt nach Rürups und Willes Meinung auf hohe juristische Hürden; deshalb halten sie es im Sinne einer kurzfristig realisierbaren und wirksamen Reform für zweckmäßig, von einem Nebeneinander der GKV und der PKV auszugehen. Zudem sollten ihrer Meinung nach die zur Entlastung künftiger Generationen erforderlichen Kapitaldeckungselemente nicht „leichtfertig“ geopfert werden. An dieser Stelle wirkt das Gutachten phasenweise so, als hätten Lobbyisten aus den Kreisen der Assekuranz den Wissenschaftlern die Feder geführt.

Klärungsbedarf vor allem innerhalb der Union

Natürlich stellt sich bei derartigen, vermeintlich PKV-freundlichen Passagen des Gutachtens die Frage nach dem Auftraggeber. Die Verfasser machten darüber auf der Veranstaltung in Berlin keinerlei Angaben. Sie wurden auch nicht danach gefragt, nicht einmal auf der eigens anberaumten, sehr gut besuchten Pressekonferenz. Immerhin schien ihnen aber der Hinweis wichtig zu sein, dass nicht die Union der Auftraggeber war. ▶

Ganz offensichtlich besteht im christdemokratischen Lager ein erheblicher Klärungsbedarf, wie man in der leidigen Prämienfrage weiterkommen könnte, nachdem die manchmal auch hässlich „Kopfpauschalen“ genannten Pauschalprämien kurzerhand zur Beschlusslage der Partei gemacht wurden. Mittlerweile scheint auf mehreren Ebenen innerhalb der Union intensiv geprüft zu werden, wie diese Beschlusslage umzusetzen ist, ohne allzu unangenehme Verteilungswirkungen hervorzurufen, die sich in Wahlkampfzeiten für die Union als hinderlich herausstellen könnten.

Ein Vorgeschmack auf wahlkampfbedingte Weichzeichnungen des CDU-Beschlusses wurde bereits unmittelbar im Vorfeld des Symposiums registriert, als der Vorsitzende der NRW-CDU und Spitzenkandidat für die Landtagswahl, Jürgen Rüttgers, 10 Thesen für eine „Bürgerprämie“ veröffentlichte. Rüttgers stehen gleich 2 wichtige Wahlkämpfe ins Haus: zunächst die Kommunalwahlen im Herbst und dann die Landtagswahlen im Frühjahr 2005. Dem ehemaligen Bildungsminister, dessen Ambitionen auf den Sessel des nordrhein-westfälischen Ministerpräsidenten vor knapp 5 Jahren am Höhepunkt der Spendenaffäre um Altbundeskanzler Helmut Kohl gescheitert waren, schien es opportun, ebenfalls für einen Einkommensausgleich innerhalb der GKV zu plädieren. Dies wiederum stieß auf deutliche Zurückweisung der Parteivorsitzenden, Angela Merkel, als deren Parteigänger Rüttgers im internen Machterangel um die Kanzlerkandidatur im Jahr 2006 galt. Auch die Mehrzahl der ausgewiesenen CDU-Gesundheitspolitiker wanken in ihren ordnungspolitisch eindeutigen – wenn auch sozialpolitisch noch zu hinterfragenden – Auffassungen nicht. Deutlich wurde dies unter anderem durch das Statement der gesundheitspolitischen Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Annette Widmann-Mauz, beim Symposium am 15. Juli. Nur das Steuersystem komme als der richtige Ort für die Realisierung eines sozialen Ausgleichs in Frage, nur hier sei ein Einkommensausgleich gerecht und transparent durchzuführen.

Wie reagiert die CSU?

Eine etwas andere Sichtweise herrscht nach wie vor in den Reihen der CSU, insbesondere bei dem unangefochtenen gesundheitspolitischen Experten der Partei, Horst Seehofer. Zwar soll sich im Vorfeld der Präsentation des Rürup-Wille-Gutachtens der bayerische Ministerpräsident und CSU-Vorsitzende, Edmund Stoiber, positiv zum professoralen Ansatz geäußert haben, aber dem Vernehmen nach kannte er „nur“ eine Vorabversion des Gutachtens, nicht jedoch die Expertise selbst. So gibt es vermutlich auch in der Münchener Staatskanzlei noch erheblichen Prüfungsbedarf.

Darüber hinaus gilt Stoiber selbst in den eigenen Reihen eher als ein Zauderer, der sich im Zweifel von Seehofer durchaus noch zu einer weiter differenzierten Position drängen lassen könnte. Für Seehofer steht wohl nach wie vor fest, dass sich ein Pauschalbeitragssystem weder sozialverträglich noch wahlkampftauglich ausgestalten lässt. Zwar wird auch in Bayern heftig gerechnet – vor wenigen Wochen überraschte etwa die bayerische Sozialministerin Christa Stewens mit einem Stufenmodell; dieses wurde aber schnell wieder aufgegeben. Wer unterschiedliche

Pauschalprämien für unterschiedliche Einkommensstufen kreieren will, die auch nur halbwegs gerecht oder nachvollziehbar sein sollen, müsste eine sehr detaillierte Ausgestaltung vornehmen; dann könnte man es auch gleich bei einem prozentualen Beitrag belassen.

Was ist eigentlich eine „Bürgerversicherung“?

Wenn es in den Unionsparteien keine klaren Auffassungen zu dem Thema gibt und deshalb noch ein erheblicher Abstimmungsbedarf besteht, sollten es die Gegner eines Pauschalprämiensystems im Grunde einfach haben, das Konzept des politischen Gegners wählerwirksam zu bekämpfen. Dafür wäre indes ein einigermaßen plausibles Gegenkonzept von Nöten, woran es den sozialdemokratisch-grün-gewerkschaftlich orientierten Kreisen auffällig mangelt. Was – außer dem zugkräftigen Begriff einer „Bürgerversicherung“ – haben sie zu bieten? Welche Konzeption sich hinter dem Schlagwort verbirgt, wird mit dem Fortschreiten des Diskussionsprozesses innerhalb der rot-grünen Koalition und ihr nahe stehender Kreise nicht deutlicher; eher im Gegenteil.

Die Ungewissheit beginnt schon bei der Frage, die durch den Begriff „Bürgerversicherung“ auf den ersten Blick als abgehakt erscheint: Über den zu versichernden Personenkreis herrscht keineswegs Einigkeit. Die Spannweite der Vorstellungen reicht von der schlichten Aufhebung – oder auch nur deutlichen Anhebung – der Versicherungspflichtgrenze bis zur Versicherung der gesamten Wohnbevölkerung. Auch bei dem 2. Eckpfeiler dessen, was mit einer Bürgerversicherung in Verbindung gebracht wird, der Einbeziehung weiterer Einkommensarten als Grundlage für die Ausgestaltung der Beiträge, gibt es nach wie vor sehr unterschiedliche Vorstellungen. Wie sollen die Krankenversicherungsbeiträge gerechter als gegenwärtig ausgestaltet werden? Die Antwort bleibt offen.

■ Die Projektgruppe beim SPD-Parteivorstand

Immerhin sind sich die Sozialdemokraten darüber bewusst, dass es in den entscheidenden Fragen noch erheblichen Klärungsbedarf gibt. Wie sonst sollte es zu verstehen sein, dass beim SPD-Parteivorstand eine eigene Projektgruppe unter der Leitung der dem linken Parteiflügel zugerechneten Andrea Nahles eingerichtet wurde, die Ende August oder Anfang September Eckpunkte für ein in sich geschlossenes Bürgerversicherungskonzept vorlegen möchte. Einiges an Anregungen für die Arbeit der Projektgruppe lieferte eine Veranstaltungsreihe zur Bürgerversicherung, die von der „Arbeitsgemeinschaft Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen“ (ASG), dem Deutschen Gewerkschaftsbund (DGB) und dem beiden Organisationen nahe stehenden „Netzwerk Gesundheit“ im Verlauf des letzten dreiviertel Jahres durchgeführt wurde.

Einigen Aufschluss durfte man sich von einer Veranstaltung der Hans-Böckler-Stiftung erwarten, die in Kooperation mit ASG, DGB und „Netzwerk Gesundheit“ Anfang Juli in Berlin stattfand. Hier sollte eine „Zwischenbilanz“ der bisherigen Diskussionen gezogen werden. Die Veranstaltung war

Unverzichtbar in der Praxis



Bihr/Hekking/Krauskopf/Lang (Hrsg.)

Handbuch der Krankenhaus-Praxis

Unternehmensstrategien für Praktiker

2001. 556 Seiten. Kart.

€ 65,50

ISBN 3-17-016449-X



Eckehardt Rathje

Personalführung im Krankenhaus

2003. 240 Seiten. Kart.

€ 36,-

ISBN 3-17-017498-3



Ingrid Seyfarth-Metzger (Hrsg.)

Qualität im DRG-Zeitalter

Ein Praxisbericht des Krankenhauses München-Schwabing

2003. 296 Seiten. Kart.

€ 33,-

ISBN 3-17-017442-8

Kohlhammer

Jetzt Bestellschein ausfüllen und abschicken oder faxen an **0 711/78 63 - 8141**

Bestellschein

Ich bestelle aus dem Verlag W. Kohlhammer, 70549 Stuttgart, durch die Buchhandlung:

www.kohlhammer.de

Expl.

Name, Vorname

Straße

PLZ/Wohnort

Datum/Unterschrift

W. Kohlhammer GmbH · Verlag für Krankenhaus und Pflege · 70549 Stuttgart
Tel. 0711/7863 - 7280 · Fax 0711/7863 - 8141 · vertrieb@kohlhammer.de · www.kohlhammer.de

Sie haben das Recht, die Bestellung innerhalb von 14 Tagen nach Lieferung zu widerrufen. Der Widerruf bedarf keiner Begründung, hat jedoch schriftlich oder durch Rücksendung der Ware an Ihren Buchhändler oder an den W. Kohlhammer Verlag, 70549 Stuttgart, zu erfolgen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs oder der Ware (Datum des Poststempels). Bei einem Warenwert unter € 40,- liegen die Kosten der Rücksendung beim Rücksender.

Unikliniken: Gesundheitsministerin sichert Prüfung der Rahmenbedingungen des DRG-Systems zu

Gesundheitsministerin Ulla Schmidt unterstrich anlässlich eines Besuchs im Deutschen Diabetes Forschungsinstitut der Universität Düsseldorf am 19. Juli 2004 die herausragende Bedeutung der Hochleistungsmedizin. Universitätskliniken bieten ihrer Aussage nach „die Voraussetzung, dass die breite Bevölkerung am medizinischen Fortschritt teilhaben kann“. Eine gesicherte finanzielle Basis sei die Grundlage für Innovationen durch die Hochschulmedizin. Ein wesentliches Ziel der Gesundheitspolitik sei es, die Finanzierung des medizinischen Fortschritts sicherstellen zu können. Dauerhafte Defizite und steigende Beiträge seien „Gift für den medizinischen Fortschritt“.

Zur aktuellen Diskussion um das DRG-System versicherte Ulla Schmidt, dass „die besondere Problematik der Hochschulmedizin in der konkreten Ausgestaltung der Fallpauschalen“ Berücksichtigung finden müsse. Das BMGS sei sich der besonderen Situation der Universitätskliniken bewusst. Deshalb gebe es für Innovationen die Möglichkeit, vom Fallpauschalensystem abweichende krankenhausespezifische Vergütungsvereinbarungen zu schließen. Auch könne davon ausgegangen werden, dass bei der Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems die besondere Situation der Hochleistungsmedizin zunehmend besser berücksichtigt werde. Im „2005er Fallpauschalenkatalog“ würden die typischen Universitätsleistungen, „zum Beispiel Intensivmedizin oder langliegende Fälle“, besser bewertet werden.

prominent besetzt. Neben Andrea Nahles wurden zum Beispiel die nordrhein-westfälische Sozialministerin, Birgit Fischer, und die stellvertretende DGB-Vorsitzende, Ursula Engelen-Kefer, aufgeboten. Angesichts des Tagungsthemas „Konkrete Umsetzung einer solidarischen Bürgerversicherung“ erhofften sich die neutralen Beobachter konkretere Hinweise auf die möglichen politischen Absichten der Koalition.

Die Veranstaltung verlief, gemessen an den Erwartungen, eher enttäuschend. Andrea Nahles verwies darauf, mit substanziellen Vorschlägen bis zur Veröffentlichung ihrer Eckpunkte warten zu wollen. Die Projektgruppe befinde sich noch in der „Entwicklungsphase“, zum eventuell bereits erreichten Stand wolle sie keinerlei weitere Stellungnahmen abgeben. In ihrem Statement beließ sie es bei einer allgemeinen Absichtsbekundung und Problembeschreibung. Die Bürgerversicherung könne künftige Strukturereformen im Gesundheitswesen nicht ersetzen. In diesem Punkt gibt es eine Übereinstimmung mit Rürup und Wille. Strukturereformen sollten und müssten auch künftig die Anbieter, „insbesondere die pharmazeutische Industrie“, treffen. Zusätzliche Einnahmen durch eine Bürgerversicherung sollten keinesfalls den Anbietern von Gesundheitsleistungen zugute kommen, sondern vollständig für Beitragssatzabsenkungen genutzt werden. Nach den Erfahrungen mit der letzten Strukturereform ist dies eine wenig Vertrauen erweckende Ankündigung.

Darüber hinaus würden die Rahmenbedingungen für die schrittweise Einführung des Fallpauschalensystems mit dem jetzt vorliegenden 2. FPÄndG so verändert, „dass insbesondere auch die Hochschulmedizin nicht überfordert wird“. Die Überführung von den bisherigen Budgets auf landeseinheitliche Preise werde von 3 auf 4 Jahre und damit bis Ende 2007 verlängert. Die Auswirkungen der jeweiligen Anpassungsstufen auf die Budgets würden abgemildert. Damit werde sichergestellt, „dass keine Klinik übermäßigen Budgetreduzierungen ausgesetzt ist, ohne genügend Zeit für Anpassungen zu haben“. Zudem gelte insbesondere auch gegenüber dem Hochschulbereich als „zugesagt“, dass im September bei Vorliegen des neuen Fallpauschalenkatalogs für das Jahr 2005 eine nochmalige Überprüfung der grundlegenden Rahmenbedingungen erfolge.

Auch seien die Rahmenbedingungen für die ambulanten Leistungen der Universitäten deutlich verbessert worden. Die Möglichkeiten der Institute, ambulante Leistungen zu erbringen, seien erweitert worden, insbesondere sei die Vergütung auf eine neue Grundlage gestellt worden. Die Kliniken verhandelten jetzt ihre Vergütungen direkt mit den Krankenkassen, unabhängig von den KVen. Mit der Gesundheitsreform seien die Möglichkeiten, hoch spezialisierte Leistungen in Zukunft ambulant zu erbringen, erweitert worden. „Damit haben insbesondere die Universitätskliniken ein breites Spektrum an Reaktionsmöglichkeiten auf die veränderten Bedingungen und zur Entwicklung moderner Strukturen“, so Schmidt.

Nahles machte keine präzisen Angaben zum Versichertenkreis einer Bürgerversicherung, plädierte jedoch uneingeschränkt für eine „Volksversicherung“. Damit zielte sie vor allem auf die Abschaffung von Sondersystemen, unabhängig davon, ob diese mit finanziellen Problemen zu kämpfen hätten oder mit besonderen Privilegien ausgestattet seien. Hinter einer solchen Position kann man eigentlich nur die Abschaffung etwa des Beihilfesystems bei den Beamten oder der freien Heilfürsorge zum Beispiel bei Angehörigen der Bundeswehr vermuten.

■ Bürgerversicherung mit oder ohne PKV?

In einer entscheidenden Frage blieb Nahles gänzlich auf dem Boden der Beschlusslage ihrer Partei, die auf ihrem Bochumer Parteitag im November letzten Jahres ausdrücklich die Beteiligung von privaten Versicherungsunternehmen an einer Bürgerversicherung beschlossen hatte. Die PKV-Unternehmen sollen sich an einer Bürgerversicherung beteiligen dürfen, wenn auch nur unter den gleichen Voraussetzungen, die auch für die GKV gelten: eine Einkommensabhängige, „solidarische“ Finanzierung, Kontrahierungszwang ohne Risikozuschläge sowie ein einheitlicher Leistungskatalog.

Vor einem derartigen Szenario warnte ausdrücklich der Vorstandsvorsitzende der Barmer Ersatzkasse, Eckart Fiedler. Wenn unter einer Bürgerversicherung lediglich eine

Versicherungspflicht für alle bei einheitlichem Leistungskatalog verstanden werde, drohe dennoch eine erhebliche Risikoselektion nach dem Kriterium „gesund“ durch die PKV-Unternehmen. Zur Illustration verwies Fiedler auf die derzeitige Situation in der Pflegeversicherung. Bereits heute erwirtschaftete die PKV dort einen Überschuss von knapp 1,5 Mrd. € jährlich. Bei einem Beitrag von 1,7 Prozent würde die PKV sogar Mehreinnahmen von gut 3,1 Mrd. € erzielen. Damit ließen sich sämtliche Probleme der sozialen Pflegeversicherung – inklusive der inzwischen von vielen als unumgänglich angesehenen Leistungsverbesserungen – leicht lösen. Einen ähnlichen Effekt der Risikoselektion erwartet Fiedler auch dann, wenn sich die PKV, selbst unter den erwähnten Bedingungen, an einer Bürgerversicherung beteiligen dürfe.

Vor diesem Hintergrund war es dann konsequent, dass der Vorsitzende des Bundestagsausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung, Klaus Kirschner, für eine Abschaffung der substitutiven PKV-Vollversicherung plädierte. In einer Bürgerversicherung müsse die Rolle der PKV auf den Bereich der Zusatzversicherungen beschränkt bleiben. Sollte es dabei rechtliche Probleme geben, müsse man den PKV-Unternehmen eventuell Kompensationen anbieten. Diese dürften allerdings nicht in dem Bereich des „medizinisch Notwendigen“ liegen. Ansonsten werde mit einer Bürgerversicherung ein „Pyrrhussieg“ errungen: der Einstieg in eine echte Zwei-Klassen-Medizin.

Die Frage, wie echte Kompensationen für die PKV im Zusatzversicherungsgeschäft aussehen könnten, blieb offen.

Einschränkungen will Kirschner auch bei einer eventuellen Rückkehroption bislang PKV-Versicherter in die GKV vornehmen. Eine solche Option könne nicht allen PKV-Versicherten angeboten werden, sondern müsse zeitlich begrenzt werden. Kirschner hält es für ausreichend, nur denjenigen ein Rückkehrrecht einzuräumen, die sich in den letzten 3 bis 5 Jahren in der PKV versichert hätten.

Eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze sieht der Ausschussvorsitzende dagegen als völlig unrealistisch an. An dieser Stelle zeigt sich der erfahrene Wahlkämpfer. Er plädierte bei der Ausgestaltung der Krankenversicherungsbeiträge für ein „2-Säulen-Modell“. Die eine Säule bestehe nach wie vor aus den Erwerbseinkommen respektive – wie bei Arbeitslosen oder Rentnern – aus Erwerbseinkommen. Daneben solle als 2. Säule „Einkommen aus Vermögen, Verpachtung oder auch aus Aktiengewinnen“ für die Beitragserhebung herangezogen werden. Organisatorisch ließe sich dies nur durch eine „Finanzamtslösung“ realisieren.

Man darf davon ausgehen, dass nicht wenige der von Kirschner angeführten Elemente in den Eckpunkten der Projektgruppe des SPD-Vorstands wieder auftauchen. Immerhin zählt auch Kirschner eher zu den „Linken“ innerhalb der SPD und in der Bundestagsfraktion. Die Bürgerversicherung ist und bleibt das Prestigeobjekt der Parteilinken, die sich in dieser Frage auf dem Bochumer Parteitag gegen eher gemäßigte Vorstellungen durchsetzen konnten.

Abseits der großen politischen Auseinandersetzung treibt die Auseinandersetzung um Bürgerversicherung oder Gesundheitsprämien mancherlei Blüten. So hat zum Beispiel die vom Vorsitzenden des ASG, Professor Martin Pfaff, bereits seit geraumer Zeit ins Gespräch gebrachte Option, die PKV am Risikostrukturausgleich der GKV zu beteiligen, unversehens neue Anhänger gefunden. Für eine solche Lösung plädierte unlängst etwa die Kaufmännische Krankenkasse Hannover (KKH). Fraglich bleibt allerdings, ob es allein unter rechtlichen Aspekten möglich wäre, einen solchen Finanzausgleich tatsächlich einzuführen.

Die Lage wird nicht übersichtlicher durch immer neue, in die Debatte eingespeiste Varianten. Als klassisches Beispiel möge hier ein Konzept von Professor Klaus-Dieter Kossow ausreichen, der kürzlich zum Vorsitzenden der „Deutschen Gesellschaft für Disease Management“ berufen wurde, nachdem er seine Ämter im Deutschen Hausärzteverband beendet hatte. Kossow plädierte während eines Seminars seiner Gesellschaft Anfang Juni in der Hamburgischen Landesvertretung in Berlin für einen Kompromiss, auf den selbst Friedrich Merz und Horst Seehofer, hier als Synonym für die „Extremisten“ innerhalb der Union, sich vielleicht einigen würden. Danach könnte die Finanzverwaltung die Bemessungsgrundlage nach gesetzlichen Vorschriften definieren, wie es etwa bei der Grundsteuer im Einheitswertbescheid bei Immobilienbesitz geschieht. Die in den Wettbewerb gestellten Krankenkassen und Krankenversicherungen könnten in ihrer Satzung dann autonom den „Hebesatz“ festlegen. Auf diese Weise gäbe es nicht nur einen Leistungs- und Vertragswettbewerb, sondern auch einen Beitragswettbewerb zwischen den Krankenkassen. Insgesamt würde dann bei der Bürgerversicherung nur der Kernleistungskatalog, die Versicherungspflicht für alle Bürger, der Öffnungszwang, die Portabilität der Altersrückstellungen und die Rückversicherung bzw. der Risikostrukturausgleich geregelt. Innerhalb dieses Rechtsrahmens gäbe es einen freien Leistungs- und Beitragswettbewerb.

Ein vorläufiges Fazit

Niemand sollte damit rechnen, dass mit derartigen Vorschlägen bereits alle Modelle und Varianten auf dem Tisch liegen. Angesichts der Unausgegorenheit und der mangelnden Konsistenz der überwiegenden Anzahl der bislang vorliegenden Konzepte täte die Politik wahrscheinlich wirklich gut daran, sich selbst zu Beginn der nächsten Legislaturperiode nicht überstürzt an die Reform der Finanzgrundlagen der GKV zu begeben. Immerhin handelt es sich hier um einen ganz wesentlichen Teil der Daseinsvorsorge für den weit überwiegenden Teil der Bevölkerung. Bei der Suche nach einer soliden und überzeugenden Lösung der Finanzierung der Krankenversicherung von nicht weniger als rund 70 Millionen Menschen sollte sich die Politik nicht auf das Prinzip von „Trial and Error“ verlassen.

Anschrift der Verfasser:

Gisela Broll/Hartwig Broll,

Herausgeber des Gesundheitspolitischen Informationsdienstes (gid),

Burbacher Straße 52-54, 53129 Bonn ■



Fotos: Klaus Mihatsch, Berlin

DKG-Umzug nach Berlin perfekt

Schlüsselübergabe am 8. Juli 2004

Nach knapp 2 Jahren Bauzeit wurde das Verbändeaus der Spitzenorganisationen der Ärzteschaft und der DKG Anfang Juli 2004 planmäßig bezugsfertig. Die DKG führte Ende Juni einen kompletten Umzug in das neue Gebäude durch. Die DKG-Geschäftsstelle nahm in der 1. Juliwoche ihre Arbeit in den neuen Räumlichkeiten auf. Der bisherige „Stammsitz“ in Düsseldorf wurde nach 55 Jahren endgültig aufgegeben. Die bisherigen Geschäftsräume der Teilgeschäftsstelle im Ernst-Reuter-Haus in Berlin stehen zur Vermietung (siehe Seite 626).

Nach einer symbolischen „Schlüsselübergabe“ am 8. Juli 2004 wurde die Gelegenheit geboten, die neuen Räumlichkeiten von DKG, KBV und Bundesärztekammer zu besichtigen. Die Fotos auf diesen Seiten geben einen ersten Eindruck von der gelungenen Gestaltung der Büros und der sonstigen Räume in der DKG-Geschäftsstelle. Die offizielle Eröffnungsfeier des neuen DKG-Domizils findet am 22. September 2004 statt.



Maßstab 1:100 000



Maßstab 1:20.000

Neue DKG-Adresse:

Wegelystraße 3, 10623 Berlin,
Postfach 12 05 55, 10959 Berlin,
Telefon 0 30/3 98 01-0,
Fax 0 30/3 98 01-30 00
Mail: dkgmail@dkgev.de
Internet: www.dkgev.de



Das neue DKG-Gebäude in Berlin-Charlottenburg



Fotos: Klaus Mihatsch, Berlin

Das „Verbändehaus“ der Spitzenorganisationen im Gesundheitswesen in Berlin: Links das V-förmig angelegte Domizil von DKG und KBV mit der DKG-Adresse Wegelystraße 3, 10623 Berlin. Rechts das etwas zurückgesetzte Gebäude der Bundesärztekammer. Links im Hintergrund ist die Baustelle für einen Hotelkomplex unmittelbar neben dem S-Bahnhof Tiergarten sichtbar.