

Solidarität und Eigenverantwortung

Unser Konzept zur Erneuerung
des Gesundheitswesens dient allen Beteiligten

Der CDU-Bundestagsabgeordnete, Dr. med. Karl Becker, ist selbst praktizierender Arzt und Mitglied der Koalitionsarbeitsgruppe „Strukturreform im Gesundheitswesen — soziale Absicherung bei Pflegebedürftigkeit“. Er hat in den vergangenen Wochen zahlreiche Briefe und umfangreiche Stellungnahmen, vorwiegend aus dem Kreis der betroffenen Organisationen und Verbände, erhalten.

Die weitaus überwiegende Zahl der Briefe brachte die jeweiligen speziellen Ansichten des von dieser oder jener Maßnahme Betroffenen zur Geltung. Eine Einbeziehung in die Gesamtsituation war nur selten, und meist nur in Teilansätzen erkennbar. Es hat den Anschein, daß die Diskussion sich zunehmend in solchen Detailfragen verfängt.

Das ist für MdB Dr. Becker der Anlaß, nochmals ausführlich den besonderen Aspekt der Kernprobleme unseres Gesundheitswesens darzulegen, um das Verständnis für die notwendigen Maßnahmen der Strukturreform zu wecken.

Für die medizinischen und demographischen Herausforderungen wappnen

Die Gesundheitsversorgung unserer Bevölkerung gilt als günstig; jedoch finden sich bei einer Analyse eine ganze Reihe von Schwachstellen. Gesundheitsrisiken und Erkrankungsanfälligkeiten sind von unterschiedlichen Lebensbedingungen und Verhaltensweisen in hohem Maße abhängig. Andererseits zeigt die Sterblichkeitsentwicklung eine

ständige Zunahme der Lebenserwartung mit der Folge eines wachsenden Anteils älterer Menschen. Diese demographische Entwicklung zwingt jetzt die Sozialpolitik in der Krankenversicherung wie in der Rentenversicherung zu entschlossenem Handeln.

Sehr viele Kritiker des neuen Krankenversicherungsreformkonzepts übersehen, daß beide Probleme innerhalb der nächsten Jahre gelöst werden müssen und eine immense Herausforderung an Wirtschaft und Gesellschaft stellen. Die Lösung kann nur unter gegenseitiger Berücksichtigung der Situation gefunden werden. Es ist bekannt, daß die Finanzierungsprobleme der Rentenversicherung in Zukunft gravierender werden als diejenigen der Krankenversicherung. Sie sind nur zu lösen durch ein ausgewogenes System von Beitragserhöhungen, Begrenzung der Leistungen und eine stärkere Heranziehung der Steuerzahler durch Erhöhung des Bundeszuschusses. Die künftigen volkswirtschaftlichen Gewinne und Zuwächse werden daher in erster Linie zur Sanierung der Alterssicherungssysteme herangezogen werden müssen unter Hintenanstellung der Krankenversicherung.

Dies ist um so eher möglich, da nach Auffassung aller Experten und Gesundheitsökonomien in unserem Gesundheitssystem noch größere Wirtschaftlichkeitsreserven bestehen.

Finanzielle Stabilisierung ist notwendig

Die gesetzliche Krankenversicherung steht nicht zum erstenmal in einer finanziellen Risikophase. Bereits 1960/1962 wurde daher eine Reform in der gesetzlichen Krankenversicherung versucht; sie scheiterte damals an dem geschlossenen Widerstand von Gewerkschaften und Ärzten. Die damaligen Finanzierungsprobleme wurden dann durch Erhöhungen und später durch Dynamisierung der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung geregelt, die von monatlich damals 660,— DM heute bei monatlich 4500,— DM — angekommen ist. Der monatliche Höchstbeitrag in der GKV wuchs in dieser Zeit von 64,— DM auf 585,— DM an.

In der Zwischenzeit stiegen die Ausgaben in der GKV weiter erheblich an; seit 1960 auf das 14fache. Demgegenüber stieg die Lohnsumme auf das 7fache, der Durchschnittsnettolohn auf das 5fache und das Bruttosozialprodukt auf das 6,4fache an. Mehrere Kostendämpfungsgesetze brachten immer nur sehr kurzfristige Erfolge, zuletzt mit immer mehr

verkürzten Intervallen. Wenn heute behauptet wird, daß seit 1975 die Ausgaben in der GKV sich immer parallel zum Bruttosozialprodukt entwickelt hätten, dann lag dies nur an den ständigen gesetzgeberischen Kostendämpfungsinterventionen, die allerdings auch von den gleichen Kritikern abgelehnt wurden.

Wachsende Defizite der Krankenkassen nach dem letzten Kostendämpfungsgesetz konnten nur durch Beitragssatzsteigerungen ausgeglichen werden. So wuchsen die Krankenkassenbeiträge in den letzten 3 Jahren durchschnittlich jährlich um 0,4 bis 0,5 Prozentpunkte an. Heute liegt der Durchschnittskrankenkassenbeitrag bei knapp 13 Prozent, so hoch wie noch nie. Viele RVO-Krankenkassen liegen schon über 15 Prozent; den Höchstsatz hält die AOK Papenburg mit 16 Prozent.

Bei weiterem ungehemmtem Anstieg würde in 12 Jahren der Durchschnittsbeitrag bei 18 Prozent und im Jahre 2010 bei 22 bis 23 Prozent liegen. Dies müssen jene Kritiker bedenken, die davon ausgehen, daß das Gesundheitswesen eine Wachstumsbranche darstelle, die aus arbeitsmarktpolitischen Gründen nicht gehemmt werden dürfe.

Jedenfalls bedeuten die Beitragssatzanstiege der letzten drei Jahre auf der Beitragsbasis von 1984 bereits in den Jahren 1987 und 1988 Mehrbelastungen für Arbeitnehmer und Arbeitgeber in Höhe von rund 22 Mrd. DM. Dies ist fast soviel, wie 1990 die Steuerreform-Entlastung für beide ausmachen wird. Steigende Sozialversicherungsbeiträge kassieren die Steuerrückgabe wieder ab und belasten als Lohnnebenkosten auch die wirtschaftliche Entwicklung. Sie hemmen den Abbau der Arbeitslosigkeit und engen den Finanzierungsraum zur Sicherung der Altersrenten ein.

Überkapazitäten und falsche Anreize

Die Analyse des Gesundheitssystems zeigt außerdem, daß sich im Leistungsspektrum seit geraumer Zeit durch falsche Anreize Überkapazitäten in vielfältiger Form entwickelt haben. Dies betrifft die Gesundheits- und Gesundheitsfachberufe, aber auch die Bereiche Krankenhaus und Arzneimittel. Diese Entwicklungen entsprechen in ihren wirtschaftlichen Auswirkungen auf die GKV jedoch nicht der vom Gesetz gegebenen Definition einer nach dem Stand der medizinischen Wissenschaften ausgerichteten bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung: Die Krankenpflege muß zweckmäßig und ausreichend sein;

sie darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (RVO § 182). Ich bin persönlich überzeugt, wäre diese Gesetzesdefinition konsequent befolgt worden, hätten wir heute viele Probleme nicht.

Die allgemeine wirtschaftliche Entwicklung hat bei den meisten Bürgern unseres Landes zu einer deutlichen Verbesserung des Lebensstandards geführt und bei vielen den Lebensstil verändert, oft mit der Folge eines gesundheitlichen Fehlverhaltens. Der zunehmende Wohlstand läßt es zu, daß heute von den meisten erschwingliche Leistungen zu Niedrigpreisen ohne große Eigenbelastung selbst getragen werden können, wodurch andererseits teure medizinische Fortschrittsleistungen von der Solidargemeinschaft besser zu tragen sind.

Bei der Analyse ist weiter zu beachten, daß ein sehr großer Anteil der Leistungen in der GKV auf einen kleinen Anteil der Versicherten entfällt. Dieser betrifft vorwiegend ältere Menschen, Rentner, chronisch Kranke und auch Bezieher niedriger Einkommen. Dies ist daher bei einer Selbstbeteiligungsregelung besonders zu beachten.

Auch das Inanspruchnahmeverhalten wird, wie schon in den letzten 15 Jahren, in Zukunft eine besondere Rolle spielen. Zunehmende Ausweitungen auf der Angebotsseite haben, wie die Erfahrung zeigt, sehr rasch wachsende Ausgabensteigerungen zur Folge, ohne daß ein entsprechender Anstieg der Volksgesundheit dadurch eintreten würde. Die bestehenden Steuerungsinstrumente in der GKV zur Verhinderung einer generellen Finanzüberlastung bzw. eines Finanzkollaps in dem System reichen aber bei weitem nicht aus, zudem auch noch die Rahmenbedingungen der Reichsversicherungsordnung einer Wettbewerbsverzerrung in der GKV Vorschub leisten.

Trotz allem hat sich unser freiheitlich orientiertes, gegliedertes Gesundheitssicherungssystem in seiner über 100jährigen Geschichte bewährt. Es steht und fällt aber mit seiner Finanzierbarkeit. Weitere überproportionale Ausgabenzuwächse sind nicht mehr zu verkraften.

Aus all diesen dargelegten Gründen, wobei nicht Anspruch auf Vollständigkeit erhoben wird, ist eine Reform im Gesundheitswesen hier und jetzt notwendig; sie kann nicht mehr weiter aufgeschoben werden.

Reform durch Erneuerung der sozialen Krankenversicherung

Gangbare Alternativen gibt es bei voller Abwägung des Für und Wider nicht. Staatssysteme oder Einheitsversicherung führen zu der in Ost und

West bekannten Verwaltung des Mangels und decken bei weitem nicht die Bedürfnisse der kranken Menschen, denn Wahlmöglichkeiten der Patienten wie die freie Ausübung der Gesundheitsberufe unterliegen hier massiven Einschränkungen. Zentralisierung von Ziel- und Finanzplanung sind kaum mit dem Selbstverwaltungsprinzip zu vereinbaren und bringen nach der internationalen Erfahrung auch kein Mehr an Wirtschaftlichkeit.

Reine Markt- oder Grundsicherungsmodelle führen letztendlich zu einer nicht gewollten Zweiklassenmedizin, da sie mit den Vorstellungen einer sozialen Krankenversicherung nicht vereinbar sind.

Das Strukturreformkonzept der Koalition entwickelt daher das bestehende Krankenversicherungssystem weiter; es bringt keine Veränderungen an Haupt und Gliedern; es baut Schwachstellen ab, nimmt neue Herausforderungen an und wirkt auch über die Grenzen der GKV hinaus auf das Gesundheitswesen und bringt Markt und Wettbewerb dort zur Geltung, wo sie sinnvoll und möglich sind. Wichtig war eine ausgewogene Belastungsbalance: Versicherte, Arbeitgeber und Leistungserbringer sollten in gleicher Weise be- und entlastet werden. Dann wird das Konzept auch politisch tragbar und kann sein Ziel erreichen.

Solidarität und Eigenverantwortung

Die beiden tragenden Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung Solidarität und Eigenverantwortung werden in den Mittelpunkt der Reform gestellt. Sie werden ergänzt durch die Prinzipien der Subsidiarität, der Selbstverwaltung und des gegliederten Krankenversicherungssystems. Dabei kommt deutlich zum Ausdruck, daß die Versicherten für die Erhaltung ihrer Gesundheit mitverantwortlich sind. Sie sind daher aufgefordert, durch eine gesundheitsbewußte Lebensführung, durch rechtzeitige Gesundheitsvorsorge und Maßnahmen der Prävention nach Kräften dazu beizutragen, die Entstehung von Krankheit zu verhindern oder ihre Folgen zu überwinden. Dabei haben die Krankenkassen sie bei dieser Aufgabe zu unterstützen.

Die Krankenkassen stellen den Versicherten die Leistungen zur Verfügung, wenn sie im Einzelfall geeignet und notwendig sind und soweit sie nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zuzurechnen sind. Die Leistungen müssen einem Qualitätsstandard entsprechen, den medizinischen Fortschritt berücksichtigen und wirksam sein. Krankenkassen,

Leistungserbringer und Versicherte haben darauf zu achten, daß die Leistungen sparsam und wirtschaftlich erbracht und in notwendigem Umfang in Anspruch genommen werden. Diese Grundsätze gewährleisten eine zweckmäßige und ausreichende Versorgung der Bevölkerung und haben, wie von manchen Kritikern angeführt, nichts mit „Billigmedizin“ zu tun.

Im Laufe der Jahre hat der Begriff „Solidarität“ im Gesundheitswesen einigen Wandel erlebt. Viele Leistungserbringer und Leistungsnehmer sind heute der Auffassung, daß die Solidargemeinschaft alles zu zahlen hat, daß das Beste gut genug ist. In einem System, das nach Leistungsvermögen Beiträge erhebt, jedem die gleiche Leistung gewährt, dabei nahezu intransparent bleibt, sind jedoch Grenzen dort gesetzt, wo das Solidarische, d. h. auf das Gemeinwohl der Solidargemeinschaft gerichtete Verhalten des einzelnen, ob Versicherten oder Leistungserbringer, den Rahmen zu sprengen droht.

Beitragsatzstabilität ist notwendig und vertretbar

Nach Auffassung der Koalition kann die gesetzliche Krankenversicherung wegen der gegenwärtigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen die neuen medizinischen und demographischen Herausforderungen nur bei Beitragsstabilität in Angriff nehmen. Verschiedentlich wurde der Begriff der Beitragsatzstabilität fehlinterpretiert. Er bedeutet nicht eine strikte Anbindung an die Grundlohnsummenentwicklung.

Die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen gibt in ihrer Frühjahrssitzung Empfehlungen zu den einzelnen Versorgungsbereichen ab, dabei auch über die Veränderungen der Vergütungen. Dabei sollen die inhaltlichen Vorgaben so gestaltet werden, daß Beitragssatzerhöhungen vermieden werden. Hierzu ergeht jedoch die Einschränkung, wenn die notwendige medizinische Versorgung auch unter Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhung nicht zu gewährleisten ist. Dies bedeutet nicht eine Kostendeckelung, wie mehrfach behauptet. Der Lohnzuwachs und die Dynamisierung der Beitragsbemessungsgrenze führen der GKV jährlich Mehreinnahmen in Höhe von mehreren Mrd. DM zu, die im allgemeinen auch ausreichen dürften, um den medizinischen Fortschritt in der GKV nutzen zu können.

Die GKV kann auf Dauer nur leistungsfähig und finanzierbar bleiben, wenn bei der Reform die Solidarität neu bestimmt wird. Dies schließt auf

der einen Seite neue Aufgaben ein, die durch die gesundheitliche und gesellschaftliche Entwicklung bedingt sind. Hierzu zählt die wirksame Bekämpfung der großen Volkskrankheiten, wie Herz- und Kreislauferkrankungen, Krebs, Rheuma, Allergien und auch die neue Seuche Aids. Hier werden außerhalb dieses Gesetzesvorhabens die Forschungen weiter verstärkt und die Versorgung durch Modellvorhaben weiterentwickelt. Dazu zählen auch die Verstärkung von Nachsorge und Rehabilitation chronisch Kranker. Im Rahmen dieses Gesetzesvorhabens werden präventive Leistungen neu aufgenommen. Gerade hier haben viele der Kritiker des heutigen Reformkonzepts früher massive Forderungen gestellt.

Bei der häuslichen Pflege helfen

Von besonderer Bedeutung für die zukünftige Entwicklung in unserer Gesellschaft ist die große Herausforderung der Zunahme der Pflegebedürftigkeit bei Älteren und Behinderten. Daher wurde als Einstieg in die Problematik jetzt die Hilfe bei der häuslichen Pflege in den Leistungsbereich der GKV stärker als bisher aufgenommen.

Derzeit gibt es in der Bundesrepublik ca. 600.000 Schwer- und Schwerstpflegebedürftige. Der größte Teil von ihnen lebt daheim und wird von Verwandten und Nachbarn betreut. Die Pflegebedürftigen wollen auch so lange als möglich in ihrer gewohnten Umgebung leben und können mit gezielter sachgemäßer Hilfestellung auch lange in diesem Zustand gehalten werden.

Bei der Aufnahme der Pflege in der GKV gibt es von verschiedener Seite erhebliche Kritik, weil Pflege nicht zu der originären Aufgabenstellung einer Krankenversicherung gehöre. Dem ist entgegenzuhalten, daß medizinisch die Abgrenzung von Krankheitszustand und Pflegebedürftigkeit nicht einfach ist und gleitende Übergänge zeigt.

Die vorgesehenen Maßnahmen sollen die häusliche Pflege stärken und die Angehörigen, die die Hauptlast der Pflege tragen, entlasten. Zugleich wird damit aber auch ein Anreiz geschaffen, Pflegefälle nicht in das Krankenhaus einzuweisen oder sie rascher wieder in den häuslichen Bereich zu verlegen und damit den Anstieg der Krankenhauskosten zu bremsen. Wenn es gelingt, nur die Hälfte derjenigen Pflegebedürftigen zu Hause weiter zu pflegen und damit den Anteil von 10 bis 15 Prozent

Pflegebedürftigen in den Akutkrankenhäusern entsprechend zu reduzieren, wird die GKV um nahezu die Hälfte der Pflegekosten durch die Einsparung von Krankenhauskosten entlastet. Darüber hinaus wird auch bei der von Gemeinden und Landkreisen zu tragenden Sozialhilfe, die sonst regelmäßig in Anspruch genommen werden muß, eine deutliche Entlastung eintreten. Der Befürchtung, daß hier ein Faß ohne Boden entstünde, ist entgegenzusetzen, daß die weiteren Schritte, die zur insgesamt befriedigenden sozialen Absicherung der Pflegebedürftigen noch erforderlich werden, außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung getan werden müssen.

Die Veränderungen in der medizinischen Versorgung und auch in der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten machen eine Neubestimmung des Inhaltes des Solidaritätsbegriffes in der gesetzlichen Krankenversicherung erforderlich unter Einbeziehung des Grundsatzes der Subsidiarität. Dabei sind die aus Beiträgen der Solidargemeinschaft zu finanzierenden Gesundheitsleistungen neu abzugrenzen.

Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebotes

Die Leistungen sind auf das medizinisch Erforderliche zu konzentrieren. Jeder der krank ist, soll zur Heilung und Linderung seiner Erkrankung das Notwendige erhalten. Der Preis des Notwendigen wird von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen, auch wenn dieser hoch ist. Auch die Qualität der Leistung spielt eine Rolle.

Die Konzentration auf das Notwendige hat in keiner Weise etwas mit „Billigmedizin“ oder mit einem „Ergebnis der Mehrzahlung des Patienten, wobei er weniger erhält“, zu tun, wie von unsachlichen Kritikern behauptet wird.

In einigen Bereichen der Neubestimmung der Solidarität wird diese mit der von vielen Seiten geforderten Einführung von mehr Wettbewerb bei den Leistungserbringern durch Preisorientierung von Nachfrage und Angebot zu einer Begrenzung der Ausgaben führen. Gegenüber der früheren, wenig effektiven Praxis der verschiedenen Selbstbeteiligungsformen sollen in Zukunft von der Krankenkasse Festbeträge geleistet werden. Diese orientieren sich an preisgünstigen und medizinisch ausreichenden, einem Qualitätsstandard unterliegenden Leistungen. Will der Versicherte eine kostenaufwendigere Leistung, dann muß er die Mehrkosten selbst tragen.

Andererseits werden bei Festbeträgen die bisherigen Selbstbeteiligungs-Zuzahlungen wegfallen.

Festbeträge werden eingeführt bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln einschließlich bei Brillen und Hörgeräten sowie als Festzuschüsse zu offenen Badekuren, deren medizinisch erforderlichen Behandlungen jedoch voll übernommen werden.

Falschmeldungen und Desinformationen über das Reformvorhaben

Im Vorfeld der Entscheidungen der Koalitionsarbeitsgruppe gab es gerade in diesen Bereichen eine große Anzahl von Desinformationen, die zu großen Unsicherheiten bei den Betroffenen, vor allem auch bei den Versicherten geführt haben. Hier existieren auch heute noch erhebliche Fehlvorstellungen über einzelne Reformmaßnahmen, die nicht nur bei der Opposition zu der Meinung verführten, bei der Strukturreform werden nur die Versicherten zur Kasse gebeten.

Obwohl bekannt war, daß die Koalitionsarbeitsgruppe die Festlegungen der Eckpunkte erst in den letzten Sitzungen Ende November/Anfang Dezember 1987 vornehmen würde, schwirrten mehrere Wochen zuvor die verschiedensten Gerüchte durch die Presse, die durch entsprechende Falschkommentare dann noch begleitet wurden. Selbst in einem Mitteilungsblatt einer großen Krankenkasse, das in der 2. Dezemberhälfte an ihre Versicherten ausgeliefert wurde, war die Hälfte der „angeblichen Reformmaßnahmen“ falsch dargestellt.

Festbeträge sind keine „Billig-Medizin“

Bei Arzneimitteln taucht im Zusammenhang mit der Festbetragsregelung immer wieder der Begriff einer „Billig-Medizin“ auf, obwohl hier hinreichend genaue Darlegungen gegeben wurden. So wird der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen in den Richtlinien über die Verordnung von Arzneimitteln nach Anhörung von Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis sowie der pharmazeutischen Industrie und der Berufsvertretungen der Apotheker diejenigen Gruppen von Arzneimitteln bestimmen, für die Festbeträge festgesetzt werden können.

Dabei sollen in Gruppen dann Arzneimittel a) mit den selben Wirkstoffen, b) mit therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen und c) mit gleichartigen

Anwendungsgebieten zusammengefaßt werden. Die jeweiligen Festbeträge werden danach von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich nach Anhörung der oben genannten Experten und Berufsvertretungen auf der Grundlage einer rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosis festgesetzt. Dies erfolgt auch bei den Festbeträgen bei Heil- und Hilfsmitteln.

Die Festbeträge sind jeweils für vergleichbare Gruppen von Heil- und Hilfsmitteln zu bilden. Bei Hilfsmitteln ist insbesondere die Möglichkeit der Zusammenfassung in ihrer Funktion gleichartiger und gleichwertiger Mittel zu berücksichtigen. Dies dürfte insbesondere Befürchtungen der HNO-Ärzte, der Hörgeräte-Akustiker und auch der Optiker zerstreuen, die durch falsche Presseinformationen entstanden waren.

Die allgemeine Vorschrift für die Festsetzung der Festbeträge besagt, daß sie eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche, sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten. Sie haben Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen, die sich bei wirksamem Preiswettbewerb ergeben würden. Die Festbeträge sind in geeigneten Zeitabständen zu überprüfen.

Bei Arzneimitteln, für die nicht sofort eine Festbetragsregelung einzuführen ist, wird als Übergangsmaßnahme die Zuzahlung je Arzneimittelpackung von bisher 2,— DM auf 3,— DM erhöht.

In den Diskussionen der Koalitionsarbeitsgruppen hatten die Gleichwertigkeit der Arzneimitteln, die Bioverfügbarkeit und Bioäquivalenz eine besondere Rolle gespielt. Das Ergebnis wird in die anstehende Novelle des Arzneimittelgesetzes eingehen.

Innovationsfähigkeit der Pharmaindustrie gesichert

Für die Entwicklung neuer Arzneimittel und für die Weltstellung der deutschen Pharmaindustrie ist die Erhaltung der Innovationsfähigkeit der forschenden Arzneimittelfirmen von besonderer Wichtigkeit. Durch verschiedene Faktoren hat sich in der Bundesrepublik die Patentschutzfrist von 20 Jahren auf eine durchschnittliche effektive Patentschutzfrist ab Arzneimittelzulassung von ca. 7 bis 8 Jahren verkürzt. Dies reicht im allgemeinen nicht aus, um die ständig wachsenden Forschungskostenbelastungen am Markt wieder hereinzuholen, ehe das Präparat von anderen Firmen ohne die Forschungskostenbelastungen

nachgeahmt werden kann, zudem auch von der Restlaufzeit ein bis zwei Jahre vergehen, ehe das Arzneimittel sich am Markt durchgesetzt hat.

Mit der Arzneimittelgesetznovelle von 1986 wurde die Verwertungszeit nach der Zulassung auf 10 Jahre verbessert. Dies stellt nicht in allen Fällen einen ausreichenden Schutz dar. Daher wurde im Laufe der Koalitionsgespräche eine Überprüfung der Situation in die Wege geleitet. Dabei stellte sich bereits heraus, daß aus EG-rechtlichen Gründen eine Verlängerung der Verwertungszeit über 10 Jahre hinaus nicht in Frage kommen kann, da dieser Zeitraum nach dem EG-Recht bereits die längste Ausnahmeregelung bedeutete. Zur Zeit werden Überprüfungen der geltenden patentrechtlichen Regelungen vorgenommen. Geprüft wird insbesondere, ob eine verlängerte Patentschutzfrist, etwa nach amerikanischen oder japanischen Vorbildern, gewährleistet werden kann.

Die Festlegung auf Festbeträge bei Arzneimitteln wird dazu führen, daß die früher von der forschenden Pharmaindustrie geübte Mischfinanzierung ihrer Präparate aus wirtschaftlichen Gründen nicht mehr vorgenommen werden kann.

Fixaufschlag für Apotheken notwendig

Aus Wettbewerbsgründen wäre ein Abgehen von einer festen Apothekenpreisbindung mit Übergang zu Höchstpreisregelung sinnvoll gewesen. Dies hätte auf Dauer zu Apothekenschließungen geführt. Die Koalitionsarbeitsgruppe hat von diesen Maßnahmen jedoch Abstand genommen, da befürchtet wurde, daß der Wegfall von Apotheken besonders in weniger dicht besiedelten Gebieten zu Versorgungsschwierigkeiten für die Patienten geführt hätte.

Das bisherige Apothekenzuschlagssystem soll durch einen fixen Apothekenzuschlag abgelöst werden. Hier gibt es Kritik, vor allem da hierdurch in besonderem Maße eine Verteuerung des den GKV-Markt entlastenden Selbstmedikationsmarktes eintreten kann. Hier sind jedoch flexible Lösungen, Stufenmodelle o. a. möglich ohne die befürchteten Folgen. Der fixe Apothekenaufschlag stellt sicher, daß der Apotheker den Patienten im Sinne einer wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie beraten kann, ohne Einkommenseinbußen zu erleiden.

Festbeträge machen Selbstbeteiligung überflüssig

Bei der Entscheidung: Festbetrag oder Selbstbeteiligung wurden insbesondere die Zusatzbelastungen durch Selbstbeteiligungsbeträge für den Patienten diskutiert. Im Vorfeld der Strukturreform hatten verschiedene Verbände, auch Wissenschaftler eine Selbstbeteiligung über alle Leistungen der GKV empfohlen. Dies hätte jedoch bei bestimmten Leistungen entweder zu sehr hohen Zusatzleistungen der Patienten geführt, die durch sehr weitgehende Härtefallregelungen in ihrer Einzelwirkung gemindert und dadurch in ihrem Effekt erheblich reduziert werden müßten. So hätte bei einem Krankenhausaufenthalt von 14 Tagen bei Tagespflegesatzkosten von 200,— DM bis 350,— DM und einer 20prozentigen Selbstbeteiligung dies zu einer Eigenbelastung von 560,— DM bzw. von 980,— DM geführt. Selbst bei Arzneimitteln hätte eine umfangreiche Härtefallregelung gerade bei älteren oder bei chronisch Kranken in der Regel eingesetzt werden müssen, wenn nicht die Patienten übermäßig belastet werden sollten.

Hier ist einer Festbetragsregelung eindeutig der Vorzug zu geben. Ich gehe davon aus, daß auch die Opposition dem zustimmen wird. Es wird hier sicher zu einer vermehrten Nachfrage nach preisgünstigen Leistungen kommen, die den Wettbewerb bei den Leistungsanbietern fördern wird.

Verzicht auf Leistungen

Bei der Neubestimmung der Solidarität und der Konzentration auf das medizinisch Erforderliche wird in Zukunft auf nicht notwendige Leistungen der GKV verzichtet werden müssen.

So soll das Sterbegeld aus dem Leistungskatalog herausgenommen werden. Als Übergangsregelung werden Versicherte und Angehörige der Geburtsjahrgänge 1928 und älter das Sterbegeld in der heutigen Höhe des gesetzlichen Regelsatzes erhalten. Die Diskussionen ergaben, daß in den letzten Jahren die Krankenkassen aus Wettbewerbsgründen weitgehend die satzungsrechtliche Möglichkeit einer Erhöhung des Sterbegeldes bis zum Doppelten des gesetzlichen Regelsatzes genutzt haben. Es zeigte sich, daß darüber hinaus eine recht große Anzahl von Bürgern bereits heute zusätzliche Sterbegeldversicherungen abgeschlossen hat, und daß die hierfür erforderlichen Beitragssätze sich in einem durchaus erschwinglichen Rahmen halten. Auch hier dürfte es in Zukunft einen preissenkenden Wettbewerb bei den Leistungen der Bestattungsunternehmen geben.

Heil- und Hilfsmittel mit geringem medizinischen Nutzen und auch sog. „Bagatell-Hilfsmittel“ werden wie auch unwirtschaftliche Arzneimittel aus dem Leistungskatalog herausgenommen.

Bei Fahrkosten werden im ambulanten Bereich in Zukunft nur medizinisch unabwiesbare Fahrkosten von der Krankenkasse übernommen. Medizinisch unabwiesbar ist eine Fahrt dann, wenn aus medizinischen und nicht aus anderen Gründen die Benutzung eines Transportmittels, und zwar gerade des verordneten oder des in Anspruch genommenen Transportmittels, notwendig ist. Bei Fahrten zum Krankenhaus bzw. zu Kur- oder Rehabilitationseinrichtungen werden die Kosten übernommen, die die Eigenbeteiligung von 20,— DM bzw. 50,— DM übersteigen. Auch bei Fahrkosten gibt es eine Härtefallregelung.

Die Bestimmungen über die Eingrenzung der Fahrkosten wurden ausgelöst durch die in den letzten Jahren stark ansteigenden Ausgaben der Krankenkassen in diesem Bereich. Eine Einschränkung schien auch im Hinblick auf den hohen Grad der Motorisierung der Bevölkerung, des in vielen Bereichen dichten Netzes der öffentlichen Verkehrsmittel, aber auch bei der offenbar weitgehenden unkritischen Verordnung von Krankenfahrten erforderlich.

Die Reform ist mehr als bloße Kostendämpfung

Bei den Kritikern des Strukturreformkonzepts taucht immer wieder die Behauptung auf, das ganze Konzept sei nur ein neues Kostendämpfungsgesetz. Strukturverbesserungen seien, abgesehen von der Übernahme der ambulanten Pflegeleistung, die aber zur erhöhten Kostenbelastung führen wird, nicht zu erkennen. Ein Kostendämpfungsgesetz würde aber zur Gefahr für Arbeitsplätze, da das Gesundheitswesen eine der wenigen Wachstumsbereiche unserer Wirtschaft sei.

Als Beweis für diese These wird der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung mit seinen Jahresgutachten 1987/1988 angeführt. Die fünf „Wirtschaftsweisen“ forderten, die Wachstumsdynamik nicht durch Budgetierung und Reglementierung zu behindern.

Dieser Sachverhalt trifft zu. Allerdings müssen sich die Kritiker auch die weitere These der Sachverständigen vorhalten lassen: „Ein weiteres

Wachstum des arbeitsintensiven Gesundheitssektors ist erwünscht. Erwünscht sind auch stabile und möglichst niedrige Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung, vor allem weil niedrige Abgabenlasten positive Beschäftigungswirkungen zeitigen. Beide Wünsche sind nicht unvereinbar.“ (Ziff. 322)

Bezieht man die Vorschläge des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in die Überlegungen mit ein, so stehen folgende Ziele einer Gesundheitsversorgung im Vordergrund: Bedarfsgerechtigkeit, Einkommensunabhängigkeit, hohe Qualität, Wirtschaftlichkeit.

Die von den Wirtschaftswissenschaften genannte Beitragssatzstabilität, möglichst auf niedrigem Niveau, bedingt vermehrte Anstrengungen bei der Durchsetzung von mehr Wirtschaftlichkeit und Mobilisierung der Wirtschaftlichkeitsreserven in dem System. Hiervon wollen allerdings die gleichen Kritiker nicht mehr so viel wissen.

Die innovative Rolle der gesetzlichen Krankenversicherung im Sinne der Stabilisierung der Wachstumsdynamik im Gesundheitswesen wird sicher durch die Verbesserung der Pflegesicherung wie aber auch durch die in dem Strukturreformkonzept vorgesehenen Verbesserungen der psychiatrischen und sozialpädiatrischen Versorgung gefördert, bei denen es noch starke Defizite gibt. Auch hier sind die Stimmen der Kritiker eher ablehnend.

Qualität der Gesundheitsleistungen sichern

Bei der Versorgung der Patienten wird der Qualität in dem Strukturreformkonzept eine stärkere Bedeutung zugewiesen. Diese ist besonders abhängig von der Qualifikation der Leistungserbringer. Bei steigenden Zahlen der Medizinstudenten sind hier bereits Gefahren für die Qualität der Ausbildung entstanden. Daher sind Maßnahmen zur ausreichenden Qualifikation junger Ärzte dringend notwendig. Hier sind Bund und Länder zum baldigen Handeln gefordert.

Außerdem werden eine Reihe von Maßnahmen auch in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt. Kassenärzte und Krankenhäuser werden zur Teilnahme an externen Qualitätssicherungsprogrammen verpflichtet. In der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung wird die Abrechnung besonders schwieriger Leistungen vom Nachweis einer entsprechenden Qualifikation und Fortbildung abhängig gemacht. Die

Wirtschaftlichkeitsprüfungen werden um die stichprobenweise Prüfung der Qualität der ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung auf der Grundlage von Qualitätsstandards erweitert, die der Bundesausschuß der Ärzte bzw. der Zahnärzte und Krankenkassen vereinbaren soll.

Die Gewährleistungsfrist bei Zahnersatz im Rahmen der Versorgung der Versicherten wird von heute 6 auf künftig 12 Monate verlängert. Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen wird verpflichtet, neue Heilmittel und Hilfsmittel vor Zulassung zur Behandlung von Versicherten auf therapeutische Effektivität und Funktionstauglichkeit zu prüfen.

Stärkung der Eigenverantwortung

Ein wichtiger Eckpfeiler zur Strukturverbesserung ist die besonders herausgehobene Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten für ihre Gesundheit. Dies soll durch verbesserte Rahmenbedingungen für die Gesundheitsvorsorge und verbesserte finanzielle Anreize für die Versicherten erreicht werden. Die jetzt bestehende Gesundheitsvorsorge wird ausgebaut. Die von den Zahnärzten seit langem geforderte zahnmedizinische Gruppenprophylaxe für Kinder und Jugendliche in Kindergärten und Schulen soll durch die Beteiligung der Krankenkassen an den Kosten über Verträge mit den Ländern verbessert werden. Für Versicherte ab 18 Jahre werden zur Früherkennung von Zahnkrankheiten einmal jährlich zahnärztliche Untersuchungen eingeführt (Individualprophylaxe). Der Bundesausschuß der Zahnärzte und Krankenkassen wird das Nähere über Art, Umfang und Nachweis der Untersuchung beschließen.

Für Versicherte über 35 Jahre wird eine allgemeine ärztliche Gesundheitsuntersuchung jedes zweite Jahr zur Früherkennung von Krankheiten insbesondere von Herz-, Kreislauf-, Nieren- und Zuckerkrankheiten als „Gesundheits-Check-Up“ eingeführt.

Der Stärkung der Eigenverantwortung dienen Sparanreize für die Versicherten. Als Experimentierklausel werden in den Landesverbänden einzelne Krankenkassen die Einführung von Beitragsrückzahlungen erproben. Es wird erwartet, daß dadurch die sparsame Inanspruchnahme an Versicherungsleistungen gestärkt wird.

Zahnvorsorge verbessern

Als Bonus werden bei regelmäßiger Teilnahme an zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen die Versicherten bei Inanspruchnahme von Zahnersatz einen höheren Zuschußbetrag erhalten. In der Regel liegt der Zuschuß zu den Kosten der zahnärztlichen Behandlung und der zahntechnischen Leistung bei Zahnersatz bei 50 Prozent. Bei der Bonusregelung kann der Zuschuß auf 65 Prozent ansteigen. Außerdem können für einzelne zahnärztliche und zahntechnische Leistungen Vergütungen festgesetzt werden mit einer anderen Zuschußhöhe als 50 Prozent.

Die notwendige Verbesserung der Zahngesundheit in unserer Bevölkerung kann durch verstärkte Zahnhygiene und mehr Zahnprophylaxe in Kindheit, Jugend und auch im Erwachsenenalter erreicht werden. Damit würde ein erheblicher Rückstand im internationalen Vergleich beseitigt. Bisher waren in diesem Bereich die gesundheitspolitischen Prioritäten falsch gesetzt, da für die Spätversorgung der Zähne mit Zahnersatz ebenso viel Mittel aufgewendet werden wie für die Zahnerhaltung und die Vermeidung von Zahnschäden. Zur Verhinderung von unzumutbaren Belastungen der Versicherten durch die Restkosten bei Zahnersatz ist eine besondere Härteklauseel vorgesehen.

Wirtschaftlichkeit bei den Leistungserbringern durchsetzen

Bei der unbefriedigenden Ausgabenentwicklung bei den Krankenkassen haben auch unwirtschaftliche Strukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung und im Gesundheitswesen wesentlich mitgewirkt. Daher soll in dieser Reform konsequent wirtschaftliches Verhalten bei Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern und sonstigen Leistungserbringern bewirkt werden. Nach der Definition der Leistungen in der GKV müssen diese ausreichend und zweckmäßig sein, dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und müssen wirtschaftlich erbracht werden.

Bei Ärzten und Zahnärzten soll die Verantwortung für alle Bereiche der veranlaßten Leistungen durch den Ausbau der schon bestehenden Wirtschaftlichkeitsprüfungen gestärkt werden.

Das Verfahren wird von den Vertragsparteien Ärzte-Krankenkassen vereinbart. Unter Berücksichtigung der Beitragssatzstabilität werden

arztgruppenspezifische Richtwerte für das Verordnungsvolumen von Arzneimitteln, Heilmitteln der physikalischen Therapie, Hilfsmittel und für die Krankenbehandlung aufgestellt. Die Vereinbarungen haben die Entwicklung der Zahl und der Altersstruktur der behandelten Personen sowie die Preiswürdigkeit der Verordnungen zu berücksichtigen. Es sind auch Verfahren zur Überwachung und zur Ausstellung von Bescheinigungen über das Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit zu vereinbaren.

Wenn die Aufwendungen eines Arztes die vereinbarten Richtwerte überschreiten, so erfolgt durch den Prüfungsausschuß der Kassenärztlichen Vereinigung, dem Vertreter der Kassen und Ärzte in gleicher Anzahl angehören, eine gezielte Wirtschaftlichkeitsprüfung. Führt die Prüfung zur Feststellung von Unwirtschaftlichkeiten, so trifft der Prüfungsausschuß die erforderlichen Anordnungen, die von Beratungen bis zu Regressen reichen können.

Neben einzelfallbezogenen Prüfungen sind auch stichprobenartige Prüfungen vorgesehen; letztere dienen auch zur Prüfung der Abrechnung auf Plausibilität und Richtigkeit.

Leistungsfähigen medizinischen Dienst der Krankenkassen schaffen

Bei der Strukturreform wird eine Neuordnung des vertrauensärztlichen Dienstes vorgeschlagen, da der jetzt bei den Landesversicherungsanstalten angesiedelte Dienst der Aufgabe eines medizinischen Beratungsdienstes der Krankenkassen nicht gerecht wird. Daher soll der medizinische Dienst von allen Kassen gemeinsam auf Landesebene als eigenständiger, in medizinischen Fragen nicht weisungsgebundener Beratungsdienst der Krankenkassen organisiert werden. In den Aufgaben des medizinischen Dienstes sind neben Beratung und Begutachtung bei der Gewährung von Leistungen im Einzelfall auch die medizinische Beratung der Krankenkassen bei der Erfüllung ihrer sonstigen Aufgaben vorgesehen.

Experimentierklauseln für die Krankenkassen

Die Krankenkassen erhalten durch Satzungsrecht die Möglichkeit, neue Wege der Prävention und der Rehabilitation sowie bei finanziellen Anreizen zu mehr Wirtschaftlichkeit zu gehen. Weiterhin kann die Satzung einer Krankenkasse an Stelle der Sachleistungen zur Erprobung auch

Kostenerstattungen vorsehen. Die Kostenerstattung kann auf bestimmte Leistungen oder auf bestimmte Gruppen der Versicherten beschränkt werden. Diese Möglichkeit wurde eingeführt, um Erfahrungen zu sammeln, inwieweit Kostenerstattungsregelungen das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten verändern können.

Auch das Krankenhaus leistet seinen Beitrag

Besonderer Kritikpunkt war bei mehreren Verbänden, daß nach ihrer Meinung der Krankenhausbereich jetzt nicht in die Reform einbezogen werde. Sie übersahen dabei, daß die bekannten Koalitionsvereinbarungen vom März 1987 den Planungsbereich im Krankenhauswesen, der durch das Gesetz den Ländern zugeordnet ist, aus dem Reformvorhaben ausklammerte.

Die Begründung hierfür war, daß das neue Krankenhausgesetz erst zum 1. Januar 1985 und die neue Pflegesatzverordnung erst zum 1. Januar 1986 in Kraft getreten waren. Beide Instrumente konnten in der kurzen Zeit noch keine Wirkung zeigen, wenn auch zu bemerken ist, daß die in Gesetz und Verordnung vorgesehenen möglichen Pflegesatzverhandlungen bisher nur in geringem Umfang von den Partnern Krankenhaus und Krankenkasse genutzt wurden. Es ist bekannt, daß im Gesetz eine Berichtspflicht der Bundesregierung für Ende 1988 über die Auswirkungen von Krankenhausgesetz und Pflegesatzverordnung besteht. Daher war jetzt in dem Reformvorhaben eine umfassende Neuregelung in diesem Bereich nicht vorgesehen. Erst nach Vorlage des Berichts kann entschieden werden, ob eine gesetzliche Neufassung notwendig und sinnvoll ist.

Es werden jedoch auch schon in diesem Reformvorhaben weitere Regelungen im Krankenhausbereich eingeführt. Die Krankenkassen erhalten ein Kündigungsrecht, um unwirtschaftliche und nicht mehr bedarfsgerechte Krankenhäuser oder Krankenhausabteilungen von der Versorgung der Versicherten auszuschließen. Bei einem Veto der Länder gegen solche Kündigungen tragen die Länder die öffentliche Beweislast, wenn sie den Abbau überflüssiger und unwirtschaftlicher Betten verhindern wollen. Die Landesverbände der Krankenkassen werden neben den örtlichen Kassen in die Verantwortung für die Pflegesatzvereinbarungen als Pflegesatzpartei einbezogen.

Die Selbstverwaltung soll eine „Preisvergleichsliste“ für den Krankenhausbereich aufstellen, die auch Einzelpreise in Gestalt der Fallkosten enthält. Die Kassenärzte werden verpflichtet, die Versicherten unter Beachtung medizinischer Erfordernisse in ein fachlich geeignetes und preislich günstiges Krankenhaus einzuweisen. Die Kasse hat bei der Kostenübernahmeerklärung ebenfalls diese Preisvergleichsliste zu beachten. Weicht der Versicherte ohne zwingenden Grund von dem Einweisungsvorschlag des Arztes ab, kann er mit den Mehrkosten belastet werden.

Bei der Strukturreform werden die Vorschriften über die Krankenhausbehandlung, die von den einweisenden Ärzten wie auch von den Krankenkassen zu beachten sind, wesentlich erweitert durch zusätzliche Erfordernisse. Hierdurch soll darauf hingewirkt werden, daß verstärkt preisgünstige Krankenhäuser in Anspruch genommen werden. Dazu ist es notwendig, Verweildauerstandards zu entwickeln, entsprechende regionale Übersichten über stationäre Leistungen und Entgelte.

Im Bereich der Kur- und Spezialeinrichtungen nach dem bisherigen § 184 a der Reichsversicherungsordnung wurde eine gesetzliche Regelung notwendig, da seit einigen Jahren hier Veränderungen von der Rehabilitationsmedizin zur Akutmedizin beobachtet wurden und damit eine Erweiterung des Bettenbestandes im Akutbereich eintrat, der die Bemühungen einer Beschränkung der Bettenzahl unterlief. Die gesetzliche Regelung wird einen Bestandschutz der bisher bestehenden Einrichtungen allerdings unter Festlegung auf Spezialbehandlung und Rehabilitation beinhalten.

Die Länder werden verpflichtet, im Rahmen ihrer Investitionsfinanzierung die Umwidmung von Krankenhäusern in Pflegeeinrichtungen finanziell zu fördern.

Das zweiseitige Vertragsrecht zwischen den Verbänden der Krankenhäuser und den Verbänden der Krankenkassen wird neu geordnet. An die Stelle von Empfehlungen sollen künftig Bundesrahmenverträge treten. Bei Nichteinigung soll das Schiedsamt entscheiden. Die Bundesrahmenverträge sollen durch Landesverträge ergänzt werden.

Bessere Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung

Das dreiseitige Vertragsrecht zwischen Kassenärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen soll neu geordnet werden. Ziel des dreiseitigen Vertrages ist es, bei grundsätzlicher Beibehaltung des Vorrangs der ambulanten vor der stationären Behandlung die bisherige Trennung zwischen beiden Bereichen zu überwinden und eine nahtlose, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten durch Kassenärzte und Krankenhäuser zu gewährleisten. Das Ziel der nahtlosen Versorgung der Versicherten soll durch eine bedarfsgerechte Ergänzung der kassenärztlichen Versorgung durch ermächtigte Krankenhausärzte, durch das Belegarztwesen und durch besondere Einrichtungen (Praxiskliniken) gefördert werden, in denen die Versicherten durch Zusammenarbeit mehrerer Kassenärzte ambulant und stationär versorgt werden. Die Rahmenregelungen sollen Maßstäbe und Grundsätze über die Verordnung von Krankenhausbehandlungen für die Einweisung in geeignete und preisgünstige Krankenhäuser, über gegenseitige Unterrichtung und Überlassung von Krankenunterlagen, über Fortsetzung der Behandlung mit Arzneien, Heil- und Hilfsmitteln nach Krankenhausentlassung, über Teilnahme von Krankenhäusern am Not- und Bereitschaftsdienst, soweit dieser durch die kassenärztliche Versorgung nicht sichergestellt wird, über vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung, über Anschaffung, Nutzung, Mitbenutzung und Standortbestimmung medizinisch-technischer Großgeräte einschl. der Aufstellung und Fortschreibung der Großgeräteleiste und über einheitliche Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Versorgung vorsehen.

Der Vertrag kann durch Vereinbarungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen, der Landeskrankenhausesellschaften und der kassenärztlichen Vereinigungen ergänzt werden.

Vorstationäre Diagnostik ist nicht gegen die Ärzte gerichtet

Vor allem in Ärztekreisen waren die vorgesehenen Regelungen über Ermächtigung von Krankenhausärzten, vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung Anlaß zur Kritik. Hierzu sind folgende Vorbemerkungen wichtig: Bei stagnierenden Bevölkerungszahlen, bei bisher nur mäßig ansteigender Zunahme der älteren Bürger haben die

Krankenhausbehandlungsfälle in den letzten Jahren trotzdem erheblich zugenommen. Demgegenüber ist der Rückgang in der Verweildauer nur begrenzt. In der GKV nahmen die Krankenhausbehandlungsfälle im Zeitraum 1975 bis 1985 um 28,7 Prozent zu, im Bereich der Rentner um 64,2 Prozent. Die für den Bereich der Rentner genannten Zahlen deuten daraufhin, daß hier eine deutliche Entlastung durch Verbesserung der Pflege erreichbar ist. Dies wird bestätigt durch die Entwicklung der Zahl der Krankenhausbehandlungstage, die für den Rentneranteil in diesem Zeitraum von 41,4 Prozent auf 50,5 Prozent anstiegen.

Zwar wird allenthalben dem Grundsatz „Soviel ambulant als möglich und soviel stationär als nötig“ zugestimmt, jedoch finden sich hier Schwachstellen, im übrigen auch in der ambulanten Überweisungspraxis einschließlich der Rücküberweisung zum Spezialisten und zurück, wie auch in der Einweisungspraxis in das Krankenhaus. Hier sind zunächst die niedergelassenen Ärzte gefordert, entsprechende Abstimmungen in der Überweisungspraxis zu suchen, die in zahlreichen Fällen Einweisungen in ein Krankenhaus nicht mehr erforderlich machen können.

Die Ermächtigung von Krankenhausärzten mit abgeschlossener Weiterbildung zur ambulanten kassenärztlichen Versorgung ist dann zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten im Niedergelassenen-Bereich ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden von hierzu geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt wird. Die Ermächtigung ist zeitlich, räumlich und dem Umfang nach zu bestimmen. Weiterhin ist festzulegen, ob der Krankenhausarzt unmittelbar oder nur auf Überweisung durch einen Kassenarzt in Anspruch genommen werden kann. Die kassenärztliche Tätigkeit ist durch den ermächtigten Arzt persönlich auszuüben. Die Ermächtigung gilt auch nur solange, als die Voraussetzungen vorliegen, die zur Ermächtigung geführt haben.

Die nichtstationäre Behandlung im Krankenhaus dient der Vermeidung oder Verkürzung stationärer Behandlung. Die Einweisung des Versicherten durch einen Kassenarzt ist Voraussetzung. Die vorstationäre Diagnostik ist auf längstens fünf Tage vor der Aufnahme begrenzt. Die nachstationäre Behandlung soll 14 Tage nicht überschreiten. Die vorstationäre Diagnostik dient der Abklärung oder Vorbereitung der Krankenhausbehandlung, die nachstationäre Behandlung der Sicherung des Behandlungserfolges. Die Maßnahmen sind den Wirtschaftlichkeits-Prüfungen unterworfen.

Entscheidungen werden ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten getroffen und müssen für den Patienten zumutbar sein.

Es darf davon ausgegangen werden, daß diese Neuregelungen ebenso wie die inzwischen in der ambulanten Praxis eingeführten neuen Gebühren nach dem erweiterten Bewertungsmaßstab bei den Entscheidungen der Ärzte ihre Wirkung zeigen werden. Von Bedeutung wird auch sein, daß die gegenseitige Informationspflicht und Zusammenarbeit zwischen den Ärzten im ambulanten und im niedergelassenen Bereich intensiviert wird, um die Einweisung der Patienten in geeignete Krankenhäuser und eine durchgängige Behandlung der Patienten beim Übergang vom ambulanten in den stationären Bereich und umgekehrt zu gewährleisten.

Probleme im gegliederten System der Krankenkassen

In dem Reformkonzept wird auch der wichtige Bereich der Strukturen der Krankenversicherung angegangen. Hier sind seit längerem Fragen des Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen und Finanzprobleme des gegliederten Systems der Krankenversicherung offen. Es werden daher zunächst Regelungen vorgeschlagen, die die Unterschiede bei den Beitragssätzen abbauen sollen, ohne daß damit zugleich das gegliederte System in seinem Bestand in Frage gestellt wird. Weiterhin sollen Wettbewerbsverzerrungen im gegliederten System abgebaut werden. So werden Unterschiede im Mitgliedschafts-, Beitrags- und Leistungsrecht zwischen RVO-Krankenkassen und Ersatzkrankenkassen verringert.

Solidarität mit den Rentnern bewahren

Von verschiedenen Verbänden war gefordert, die Krankenversicherung der Rentner, die eine hohe Belastung darstellt, aus der gesetzlichen Krankenversicherung auszugliedern und die Finanzierung über Staatszuschüsse zu regeln. Abgesehen davon, daß ein solches Verfahren erhebliche Veränderungen nach dem Grundsatz, wer zahlt, schafft an, hervorrufen würde, war die Koalitionsarbeitsgruppe mit der Bundesregierung der Auffassung, daß es sich mit dem Solidarprinzip nicht vereinbaren läßt, bestimmte Gruppen aus der Versichertengemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung herauszulösen. Dies würde eine Entsolidarisierung zwischen Alt und Jung bedeuten, mit erheblichen Folgen für die gesellschaftliche Entwicklung.

Der Beitrag zur Krankenversicherung der Rentner soll angeglichen werden, da die Auffassung besteht, daß die Belastungen, die sich aus der Bevölkerungsentwicklung ergeben, von aktiv Versicherten und Rentnern gemeinsam getragen werden sollten. Der Beitragssatz aus der Rente wird an den durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung angeglichen. Der Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner wird modifiziert, indem die ausgleichsfähigen Ausgaben und in jeder Leistungsart die ausgleichsfähigkeit der Ausgaben maximal auf die durchschnittlichen Ausgaben für Rentner in der gesetzlichen Krankenversicherung beschränkt werden.

Wettbewerb und sozialen Ausgleich verbinden

In der Diskussion über eine Strukturreform taucht immer wieder die Frage auf, ob Marktwettbewerb oder Budgetierung (hier: Anbindung an die Grundlohnsumme) mit entsprechenden Regulierungen das System der sozialen Krankenversicherung auf Dauer finanzierbar halten können. Meines Erachtens ist dies nicht eine Frage von Entweder-Oder, denn Wettbewerb und Budgetierung sind nicht unvereinbar. Beide können auf Teilbereiche beschränkt werden und können sich in ihrer Wirkung dadurch verstärken. Auch der Wettbewerb führt zu Regulierungen. Die Kernfrage im Gesundheitswesen dürfte nicht Markt oder Regulierung sein, sondern welche Regulierung ist erforderlich, um Effizienz und sozialen Ausgleich bestmöglichst zu gewährleisten. So können sich Elemente der Budgetierung und des Wettbewerbs sinnvoll ergänzen. Dies wurde in dem Reformkonzept der Koalitionsregierung in die Wege geleitet.

Nicht alle Probleme in einem Schritt lösbar

Die Koalitionsarbeitsgruppe war sich am Ende ihrer Beratungen darüber einig, daß mit der Strukturreform im Gesundheitswesen notwendige Voraussetzungen dafür geschaffen werden, daß die gesetzliche Krankenversicherung auch künftig ihren Versicherten zu vertretbaren Beitragssätzen eine leistungsfähige gesundheitliche Versorgung gewährleisten kann.

Jedoch werden mit dieser Strukturreform des Gesundheitswesens nicht alle Fragen in einem Schritt gelöst. Dies hängt auch zum Teil mit der begrenzten

Gesetzgebungskompetenz des Bundes für das Gesundheitswesen zusammen. Offen bleiben jetzt Fragen aus dem Krankenhausbereich und aus der Organisationsstruktur der Krankenkassen. Weiterhin stehen an offenen Fragen noch an: Die soziale Sicherung bei Pflegebedürftigkeit, die steigende Zahl der Leistungserbringer im Gesundheitswesen, die Frage von Fremdleistungen.

In der abschließenden großen Koalitionsrunde wurde betont, daß die Krankenhausfragen nach Vorlage des Berichtes der Bundesregierung ebenso wie auch die Organisationsstrukturen der Krankenkasse noch in dieser Legislaturperiode angegangen werden sollen.

Wer objektiv das Gesetzesvorhaben betrachtet, wird erkennen, daß diese Strukturreform entgegen verschiedener Meinungen ihren Namen verdient, daß Schlagworte wie Kostendämpfungsgesetz, Verschiebebahnhof u. a. m. nicht den Kern des Vorhabens treffen, sondern daß hier eine am Gemeinwohl orientierte Reform eingeleitet wird, die bei den Bedingungen, unter denen Gesundheitswesen, Bevölkerungsstruktur und Wirtschaft stehen, eine positive Lösung versucht, das freiheitlich orientierte, gegliederte Versicherungssystem in unserem Land auf Dauer zu erhalten.