

Gesundheitsminister wollen Modellversuche abwarten

Beweise für kostensenkende Wirkung
von Reformen fehlen

Eine Versachlichung der Diskussion und ein besseres Gespür für politische Realitäten – dies scheint die Beschlüsse zu kennzeichnen, die auf der 37. Sitzung der Konferenz der Ländergesundheitsminister am 27. Februar 1976 in Mainz gefaßt wurden. Ein wohlthuender Gegensatz zu dem, was die gleichen Minister nur drei Monate früher auf ihrer vorhergegangenen Sitzung beschlossen hatten.

Als sich die Gesundheitsminister zuletzt im November 1975 in Berlin mit der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen beschäftigten, war das Ergebnis eine Liste von Vorschlägen und Maßnahmen, welche die Gesundheitsminister einstimmig für geeignet befunden hatten, unmittelbar oder mittelbar den Kostenanstieg einzuschränken. Dies war um so bemerkenswerter, als die Liste einige Punkte enthielt, die keineswegs alle mit der offiziellen Meinung der politischen Partei übereinstimmten, der die Gesundheitsminister jeweils angehören. Zudem enthielt die Liste auch Dinge, die gar nicht in die Zuständigkeit der Gesundheitsminister gehören (DEUTSCHES ÄRZTEBLATT Heft 50/1975, Seite 3398).

Dies war in Berlin von SPD-Ministern – etwa Frau Focke und dem Hamburger Gesundheitssenator Nölling – gerechtfertigt worden mit Argumenten wie: man habe erstmalig auch bisherige Tabus zur Diskussion gestellt, und die Diskussion über kostensparende Maßnahmen gebe auch die Möglichkeit, über notwendige strukturverändernde Eingriffe ins Gesundheitswesen zu sprechen. Sozialpolitische Beobachter hatten, als die Vorschläge allmählich bekannt wurden, bereits davon gesprochen, die Minister beabsichtigten eine „stille Revolution“ im Gesundheitswesen.

Nach der 37. Sitzung der Gesundheitsministerkonferenz am 27. Februar 1976 in Mainz ergibt sich nun ein etwas anderes Bild: Sachliche Erwägungen, aber auch die jeweiligen parteipolitischen Standpunkte, haben sich besser durchgesetzt. Eine genaue Prüfung der in Mainz gefaßten Beschlüsse zeigt, daß sie das größte erreichbare

Redaktion:

Dieselstraße 2
Postfach 40 04 30
5000 Köln 40 (Lövenich)
Ruf: (0 22 34) 70 11 - 1
Fernschreiber 8 89 168

**Verlag und
Anzeigenabteilung:**

Dieselstraße 2
Postfach 40 04 40
5000 Köln 40 (Lövenich)
Ruf: (0 22 34) 70 11 - 1
Fernschreiber 8 89 168

Maß an Gemeinsamkeit zwischen SPD- und CDU-Ministern darstellen. Dies wurde auch von den Ministern offen erklärt. Man ist sich offenbar auch wieder bewußter geworden, daß man nicht nach Belieben reformerische Höhenflüge unternehmen kann, sondern auf festem Boden – auch dem der Zuständigkeiten – bleiben muß. So meinte der Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz, der rheinland-pfälzische Minister Dr. Heinrich Geißler, eine Art „konzertierte Aktion“ für das Gesundheitswesen könnte wohl eine schöne Sache sein, aber man könne niemanden zur Beteiligung zwingen; es sei schon viel wert, was auf der Mainzer Sitzung zwischen Bund und Ländern an Gemeinsamkeit erreicht worden sei; und man dürfe bei konzertierten Bemühungen jedenfalls nicht die Zuständigkeiten vernebeln.

Damals in Berlin war nämlich eine zweite Liste aufgestellt worden. Sie umfaßte weitere sieben Punkte, die von der Arbeitsgruppe „Gesundheitspolitische Konzeptionen“ vorrangig überprüft und dann der Gesundheitsministerkonferenz zur Entscheidung gestellt werden sollten. Dies ist nunmehr in Mainz geschehen. Es entstand eine neue Liste von sieben Punkten, jedoch mit einer neuen Einteilung, mit Erläuterungen und mit bemerkenswerten Einschränkungen.

Versuchen wir, dies durch einen Vergleich der beiden Listen im einzelnen deutlich zu machen:

▷ In Berlin war im November beschlossen worden, die folgenden Vorschläge zu überprüfen:

„Verknüpfung der ambulanten und stationären Versorgung in Teilbereichen, zum Beispiel Medizinisch-Technische Zentren;

Bündelung von Leistungsangeboten hinsichtlich neuer Organisationsformen mit dem Ziel der Kostensenkung (unter anderem Sozialstationen, Gemeindepflegesta-

tionen, Gesundheitszentren und so weiter).“

► Es zeigt sich in der (auf der nebenstehenden Seite dokumentierten) neuen EntschlieÙung unter Buchstabe A, daß die Gesundheitsministerkonferenz diese Punkte für geeignet hält, unmittelbar oder mittelbar die Kostenentwicklung einzuschränken. Jedoch sind einige Änderungen von großer Bedeutung:

als Teilbereich, in dem ambulante und stationäre Versorgung verknüpft werden sollen, blieb lediglich die *Bedarfsplanung* übrig, bei der eine Abstimmung zwischen den beiden Sektoren erfolgen soll;

das Reizwort „Medizinisch-Technische Zentren“ kommt nicht mehr vor;

bei dem Ausdruck „Bündelung von Leistungsangeboten“ ist in erster Linie an Sozialstationen gedacht; von „Gesundheitszentren“ ist nicht mehr die Rede: und es heißt jetzt ausdrücklich: „ohne Integration“ des ambulanten Sektors.

▷ In Berlin war beschlossen worden, den Komplex „vorstationäre Diagnostik, nachstationäre Behandlung“ zu überprüfen.

► Hier hat die Gesundheitsministerkonferenz ganz erheblich zurückgesteckt (Abschnitt B. 1.). Man will vor einer Entscheidung hierüber die Modellversuche der Kassen und der Krankenhausgesellschaft abwarten (die ihrerseits auf den Abschluß eines Forschungsauftrages des Krankenhauses warten).

▷ In Berlin war beschlossen worden, den folgenden Vorschlag zu überprüfen:

„Ablösung des Einzelleistungsvergütungssystems durch eine vollpauschalierte Gesamtvergütung gemäß § 368 f Abs. 1 und Abs. 2 RVO.“

► Daraus ist, wie Abschnitt B. 2. der Mainzer EntschlieÙung zeigt, ebenfalls etwas ganz anderes geworden. Interessant waren hierzu die Ausführungen einiger Minister auf einer Pressekonferenz nach der Mainzer Sitzung. Dr. Geißler (Rheinland-Pfalz, CDU) bezeichnete die zu diesem Thema stattfindenden Überlegungen bei den Organisationen der Ärzte und der Krankenkasse als „fruchtbar“, und man sollte sie fortsetzen. Dr. med. Horst Schmidt (Hessen, SPD) warf ein, dieser Abschnitt decke auch die Möglichkeit einer Pauschalierung der ärztlichen Vergütung ab. Als Bundesgesundheitsminister Frau Dr. Focke erklärte, Ärzte und Kassen wußten doch heute, daß die Ausweitung des Leistungsangebotes durch die Ärzte die Kostenentwicklung weit mehr beeinflusst habe als die Maßnahmen des Gesetzgebers, betonte Dr. Geißler als Sitzungsvorsitzender, dies sei *keine* Aussage der Gesundheitsministerkonferenz!

▷ In Berlin war beschlossen worden, folgende Vorschläge zu überprüfen:

„Bereitstellung (Mitbenutzung) technischer (diagnostischer und therapeutischer) Einrichtungen des Krankenhauses für niedergelassene Ärzte;

Festsetzung bedarfsgerechter personeller und apparativer Standards für die ambulante Versorgung.“

► Abschnitt C der Mainzer EntschlieÙung macht deutlich, daß die Gesundheitsministerkonferenz sich nicht auf die These einigen konnte, die Verwirklichung dieser Vorschläge werde kostendämmend wirken. Dies müsse erst durch wissenschaftliche Untersuchungen und Modellversuche geprüft werden.

Auch hier sind aber die „redaktionellen“ Änderungen gegenüber

● Fortsetzung auf Seite 698

EntschlieÙungen der Gesundheitsministerkonferenz am 27. Februar 1976 in Mainz

A. Die Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder (Gesundheitsministerkonferenz) hält in Ergänzung ihrer EntschlieÙung vom 20./21. November 1975 die folgenden Vorschläge zum Problem der Kostensenkung im Gesundheitswesen für geeignet, unmittelbar oder mittelbar die Kostenentwicklung einzuschränken:

1. Verknüpfung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Teilbereichen

– Abstimmung zwischen der ambulanten und stationären Bedarfsplanung (insbesondere Berücksichtigung der Krankenhausplanung bei der Planung der kassenärztlichen Versorgung).

2. Bündelung von sozialen und pflegerischen, medizinischen Leistungsangeboten in geeigneten Organisationsformen ohne Integration ambulanter ärztlicher Versorgung.

B. 1. Die Gesundheitsministerkonferenz ist der Auffassung, daß die Fragen der vorstationären Diagnostik und der nachstationären Behandlung erst entschieden werden können, wenn

a) die Untersuchungen des Deutschen Krankenhaus-Institutes über die personellen und finanziellen Entlastungsmöglichkeiten der Krankenhausversorgung und

b) die Modellversuche der Bundesverbände der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft

unter wissenschaftlicher Begleitung vorrangig behandelt und abgeschlossen sind.

2. Die Gesundheitsministerkonferenz hält daran fest, daß ärztliche Tätigkeit leistungsgerecht zu vergüten ist. Das System der Abrechnung der Krankenkassen mit den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (Ermittlung der Gesamtvergütung) muß jedoch überdacht werden. Die Gesundheitsministerkonferenz begrüÙt entsprechende Erwägungen innerhalb der Selbstverwaltung der Ärzteschaft und der Krankenversicherungsträger. Sie unterstützt entsprechende Bestrebungen der Vertragspartner, auf diesem Wege fortzufahren. Sie behält sich vor, im Interesse der Sicherstellung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems gegebenenfalls gesetzliche Maßnahmen vorzuschlagen.

C. Folgende Vorschläge sollen vor einer endgültigen Aussage der Gesundheitsministerkonferenz auf mögliche kostensenkende Wirkung und Durchführbarkeit an Hand von Modellen und unter wissenschaftlicher Begleitung untersucht werden:

1. Bereitstellung (Mitbenutzung) vorhandener technischer (diagnostischer und therapeutischer) Einrichtungen des Krankenhauses für niedergelassene Ärzte im Rahmen der ambulanten Versorgung, wo und soweit sich eine kostengünstigere Nutzung erreichen läÙt.

2. Entwicklung von bedarfsgerechten personellen und apparativen Standards in der ambulanten medizinischen Versorgung unter dem Gesichtspunkt der Kostendämpfung.

3. Weitere Vorhaben mit dem Ziel einer engeren Verknüpfung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.



Die Absprache der Länderminister im Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit vom 21. April 1975 soll auch im Jahre 1976 Ausgangsbasis für die Ermittlung der Krankenhauspflegesätze sein.

Bei der Prüfung der Besetzung des ärztlichen und pflegerischen Dienstes im Rahmen der Pflegesatzfestsetzung soll von den Anhaltzahlen der Deutschen Krankenhausgesellschaft 1969 – fortgeschrieben auf die 40-Stunden-Woche – ausgegangen werden, sofern die Länder eigene Anhaltzahlen nicht ermittelt haben.

Hierbei ist sicherzustellen, daß

a) ein durchgehender Dienst gewährleistet bleibt, sofern dieser in einer hauptamtlich geführten Fachabteilung aus medizinischer Sicht unbedingt erforderlich ist und der Nachtdienst nicht abteilungsübergreifend gestaltet werden kann,

b) auf Nachweis des Krankenhausträgers Ausfallzeiten gesondert berücksichtigt werden, die über der in den Anhaltzahlen enthaltenen fünfzehnprozentigen Vorgabe liegen.

Für die Zukunft soll der Ausschuß für Fragen der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser nach § 7 KHG vorrangig prüfen, welche Maßstäbe bei der Prüfung des vorhandenen Personals, insbesondere im ärztlichen und pflegerischen Dienst, in der Übergangszeit anzuwenden sind und inwieweit Bandbreiten zu den Anhaltzahlen die Ermittlung angemessener Stellenpläne erleichtern.

● Fortsetzung von Seite 696

den Berliner Formulierungen von Bedeutung. So ist jetzt in Punkt C.1. nur noch von der Mitbenutzung *vorhandener* technischer Einrichtungen die Rede, und sie sollen *im Rahmen der ambulanten Versorgung* mitbenutzt werden. Dr. Geißler bekräftigte in der Pressekonferenz: Es gehe darum, ob Einrichtungen der Krankenhäuser *in der ambulanten Versorgung mit* benutzt werden könnten; es gehe nicht darum, ob die Krankenhäuser *medizinisch-technische Leistungen aus der ambulanten Versorgung* übernehmen sollten.

In Punkt C.2. findet sich ebenfalls eine wichtige redaktionelle Änderung: Aus der „Festsetzung“ wurde vorsichtshalber eine „*Entwicklung*“ von Standards in der ambulanten medizinischen Versorgung. Dies deutet auf die banale Erkenntnis hin, daß man Standards erst dann festsetzen kann, wenn man sie entwickelt hat.

Einigung auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner

In der Pressekonferenz betonte der derzeitige Vorsitzende der Gesundheitsministerkonferenz, Dr. Geißler, zunächst, beide Entschlüsse, die sich mit Maßnahmen gegen die Kostenentwicklung beschäftigen, seien von der Konferenz wiederum einstimmig gebilligt worden. Es wurde aber dann sehr bald deutlich, was unter dieser Einstimmigkeit wirklich zu verstehen ist: das größtmögliche Maß an Gemeinsamkeit, auf das sich die Gesundheitsminister von SPD und CDU einigen konnten.

Die von der CDU regierten Länder wollten die Kapazität der niedergelassenen Ärzte stärken. Es sei, erklärten Dr. Geißler und Frau Griesinger (Baden-Württemberg, CDU) übereinstimmend, innerhalb der Konferenz sehr umstritten, ob zum Beispiel die Verwirklichung des Vorschlages nach C.1. wirklich ko-

stengünstig wäre. Deshalb seien auch in dem gesamten Abschnitt C der Entschlüsse keine konkreten Modelle genannt worden, weil man sich in der Gesundheitsministerkonferenz auf keine konkreten Modelle einigen könne.

Alle denkbaren Vorschläge und Anregungen lägen jetzt öffentlich auf dem Tisch und könnten diskutiert werden, sagte der hessische Sozialminister Dr. Schmidt. Man sollte nunmehr möglichst schnell zu den jeweiligen Sachbereichen Modellversuche und wissenschaftliche Untersuchungen durchführen, um die Kostenwirkung der einzelnen Vorschläge abschließend beurteilen zu können.

Sozialminister Heiner Geißler erinnerte daran, daß es wahrscheinlich möglich gewesen wäre, im Bildungswesen sehr viel Geld zu sparen, wenn man einzelne Reformvorschläge zunächst in Modellversuchen auf ihre Durchführbarkeit geprüft hätte.

Eine bemerkenswerte Äußerung machte der Hamburger Gesundheitssenator Dr. Wilhelm Nölling (SPD), der zum letzten Mal an einer Sitzung der Gesundheitsministerkonferenz teilnahm (er übernimmt demnächst die Hamburger Behörde für Wirtschaft). Man sei sich, sagte Nölling, innerhalb der Gesundheitsministerkonferenz über die Zielsetzung einig, nämlich über die Sicherung der ärztlichen Versorgung unter möglichst günstigen Kosten. Nicht einig sei man sich über die Instrumente, mit denen sich diese Zielsetzung verwirklichen läßt. Man sollte nun aber nicht den Fehler machen, ein Instrumentarium per se zur Zielsetzung zu erheben.

Dieser bemerkenswerte Ausspruch des ausscheidenden Hamburger Gesundheitssenators würde zweifellos von der gesamten Ärzteschaft begrüßt werden, könnte man sicher sein, daß er von allen denjenigen unterschrieben wird, die seiner Partei nahestehen und am Gesundheitswesen herumreformieren wollen. Günter Burkart

Gesucht! Das Gesundheitsprogramm der CDU

An der Geheimniskrämerei gemessen, mit der die CDU den Entwurf ihres gesundheitspolitischen Programms umgibt – das Papier muß Zündstoff enthalten. Der Programm-entwurf lagert zwar nicht allein „in Biedenkopfs Panzerschrank“, wie ein CDU-Mann vermutete, doch trifft sein Ausspruch die Wirklichkeit fast genau. Die Partei hält ihren Entwurf unter sorgsamem Verschuß. Selbst bei Professor Fritz Beske aus Kiel, dem Vorsitzenden des gesundheitspolitischen Fachausschusses der Bundespartei, dessen Handschrift das geheimnisvolle Werk tragen soll und der schon aus Autorenehrgeiz an einer baldigen Veröffentlichung interessiert sein müßte, ist lediglich zu erfahren, daß es das Papier gibt. Doch was drin steht, geht offenbar niemand (außerhalb eines kleinen vertrauten Kreises) was an.

Ob der Parteigeneral und seine Gefolgsleute in der Bonner Bundesgeschäftsstelle der CDU denn wirklich glauben, sie täten der Partei einen Gefallen, in Sachen Gesundheitspolitik den Mund zu halten? Ausgerechnet jetzt, da die SPD zu ihrem gesundheitspolitischen Kongreß rüstet, jener Vorwahlveranstaltung, auf der die geradezu revolutionären Aussagen der Sozialdemokraten von Mannheim noch genauer umrissen werden sollen? Ausgerechnet heute, da Erhard Eppler in Baden-Württemberg den Wahlkampf zum guten Teil mit dem Thema Gesundheitspolitik bestreitet?

Ausgerechnet zu einer Zeit also, in der nach einer Alternative gefragt ist, halten die Christdemokraten züchtig damit zurück. Wenn sie eine Alternative haben . . .

Doch hier scheinen die Schwierigkeiten der CDU zu liegen. Eine