

SPD: Wer verändern will, stellt die Machtfrage

Dreßlers Antwort auf Blüms „Gesprächsangebot“

Eckdaten eines sozialdemokratischen Gegenkonzepts zur Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung

Ein Schreiben, Ende März, von Bundesarbeitsminister Dr. Norbert Blüm an den Vorsitzenden des Arbeitskreises Sozialpolitik der SPD-Bundestagsfraktion, Rudolf Dreßler, in dem die Notwendigkeit und die Chance für einen weitgehenden Konsens der Politiker bei der Strukturreform im Gesundheitswesen angesprochen wurde, erinnert an das Sprichwort von den beiden Gegnern, die sich gegen einen gemeinsamen Feind zusammenschließen. Als diesen bösen Dritten hat Blüm die „mächtigen Interessenverbände“ ausgemacht, „die allein ihre Besitzstände verteidigen wollen und dazu die Wartezimmer der Ärzte und Zahnärzte oder die Ängste der Patienten um ihre gesundheitliche Versorgung mißbrauchen“ (so von Dreßler aus dem Brief zitiert).

Nun, *diesen* „Feind“ sehen Dreßler und seine Parteifreunde natürlich auch. Denn: „Unser Gesundheitswesen wird dominiert von den Interessen der Anbietergruppen. Wer dies verändern will, der stellt in unserem Gesundheitswesen die Machtfrage. Jedem muß also klar sein, auf welchen Kraftakt wir uns mit einer Strukturreform einlassen.“ So heißt es im Vorwort zu einer von Anfang März datierenden „Diskussionsvorlage für die SPD-Bundestagsfraktion“ aus deren Arbeitskreis Sozialpolitik. Diese „Eckdaten eines sozialdemokratischen Konzepts zur Strukturreform im Gesundheitswesen“ sind also noch nicht offizielles Programm, haben aber immerhin den Ministerpräsidenten, Ländergesundheitsministern und Fraktionsvorsitzenden der SPD sowie der Sozialpolitischen Kommission beim SPD-Parteivorstand vorgelegen.

Die innerhalb der Regierungskoalition noch bestehenden Meinungsverschiedenheiten über den Referentenentwurf des Bundesarbeitsministeriums zum Gesundheits-Reformgesetz sollten am Wochenende nach Ostern von den Experten der CDU/CSU und der FDP ausgeräumt werden. Zwischenzeitlich hat Bundesarbeitsminister Norbert Blüm der SPD eine Zusammenarbeit bei den Bemühungen um eine Strukturreform im Gesundheitswesen angeboten. Dabei hält die SPD aber Blüms Konzept für völlig ungeeignet und hat dem bereits ein eigenes Konzept entgegengestellt.

Der SPD-Abgeordnete Rudolf Dreßler, der auch stellvertretender Vorsitzender der Bundestagsfraktion ist, hat auf Blüms Angebot hin zunächst genüßlich darauf hingewiesen, daß der Bundesarbeitsminister wohl in seiner eigenen Koalition in Schwierigkeiten stecke. Außerdem erinnert er daran, daß die SPD gegen den Widerstand der Koalition im Bundestag die Einrichtung einer Enquête-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“ habe durchsetzen müssen (deren Arbeit noch längst nicht abgeschlossen ist). Wohl nicht nur aus diesem Grunde verlangt Dreßler auch, daß die Koalition ihren bisherigen Zeitplan aufgibt. Er meint zwar, die Strukturreform müsse auf jeden Fall in der gegenwärtigen Le-

gislaturperiode verwirklicht werden; ein Inkrafttreten Anfang 1989 sei aber unrealistisch, und deshalb solle durch ein kurzfristiges Vorschaltgesetz wenigstens dafür gesorgt werden, daß bis zur Strukturreform die Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung stabil bleiben. So etwas – praktisch ein neues „K-Gesetz“ – sei nötig, weil sich die Kostensituation „dramatisch zuspitze“; davon kann aber keine Rede sein, wie sich wenige Tage zuvor bei der Frühjahrsrunde der Konzertierten Aktion herausgestellt hatte.

Die wesentlichen „Eckdaten“ in dem Papier der SPD unterscheiden sich jedoch derartig von den Vorstellungen des Bundesarbeitsministers, daß man sich ernsthaft fragen muß, ob Gespräche über „ein gemeinsames und ausgewogenes Gesamtkonzept zur Strukturreform“ überhaupt den Versuch wert sind. Zumal die SPD Blüms Entwurf drastisch abqualifiziert: „Wir können und dürfen uns jedoch nicht auf das unseriöse Unternehmen einlassen, Milliardensummen vorzugeben, die angeblich eingespart werden können, wenn sie in Wirklichkeit niemand allen Ernstes schätzen, geschweige denn belegen kann.“

Im einzelnen gehen die SPD-Eckdaten von der Feststellung aus, daß die Formel von der „einnahmeorientierten Ausgabenpolitik“ nicht mehr ausreiche und daß ihr ein neuer politischer Grundsatz gegenübergestellt werden müsse, nämlich eine „aufgabenorientierte Einnahme- und Ausgabenpolitik“. Das heißt: Erst müßten die mit dem Gesundheitswesen zu erreichenden Ziele bestimmt werden; dann müßte man die verfügbaren finanziellen Mittel prüfen; und schließlich sei durch politische Gremien zu entscheiden, welche Ziele „ausgesondert“ oder welche zusätzlichen Mittel beschafft werden müßten.

Gesundheitsplanung auf regionaler Ebene

Dieser politische Orientierungsrahmen soll nach den Vorstellungen der SPD auf Bundesebene erstellt,

aber auf regionaler Ebene verwirklicht werden. Dazu hätten die Länder gesundheitliche Versorgungsgebiete zu bilden, in denen Krankenkassen, Leistungserbringer und Gebietskörperschaften in einer „regionalen Gesundheitskonferenz“ gleichberechtigt zusammenarbeiten. Diese regionalen Gesundheitskonferenzen sollten den gesetzlichen Auftrag zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung der Krankenversicherten erhalten. Hierfür würden Gesundheitsbedarfspläne aufgestellt und darin zum Beispiel die notwendige Zahl der Krankenhausbetten und ihre fachliche Aufgliederung, die notwendige Zahl der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Praxen und ihre Aufgliederung, die von Kassenärzten und Krankenhäusern gemeinsam zu betreibenden Einrichtungen und weitere erforderliche Institutionen festgelegt. Die Erfüllung der verbindlichen regionalen Gesundheitspläne obläge den Krankenkassen.

Leistungsberechtigung nach Einkaufsmodell

In der ambulanten Versorgung stellt man sich dafür ein „Einkaufsmodell“ vor, unter dem die Krankenkassen durch Leistungs- und Lieferberechtigungsverträge diejenigen Ärzte und Zahnärzte vertraglich verpflichten, welche dann die Versorgung der Bevölkerung übernehmen und die kassen(zahn)ärztliche Vereinigung der Region bilden. Für die Vergütung in der ambulanten Versorgung lehnt die SPD sowohl die Einzelleistungsvergütung wie auch die Kopfpauschale ab. Als Honorarmodell, das zu einem angemessenen Versorgungsaufwand führe oder ihn zumindest fördere, wird die diagnoseabhängige Fallpauschale gefordert, bei der die bei typischen Krankheiten und Krankheitsverläufen üblicherweise zu erbringenden Leistungen zu einem Gesamtkomplex zusammengefaßt würden.

Das gleiche „Einkaufsmodell“ solle in der stationären Versorgung eingeführt werden. Auch hierbei wählen die Krankenkassen aus dem

regionalen Gesamtangebot an Betten diejenigen aus, die für die Planerfüllung nötig sind; dabei sind Hochschulkliniken zu berücksichtigen. SPD-Vorstellung: Die auf diese Weise für die Versorgung verpflichteten Krankenhäuser schließen sich zu „Kassenkrankenhausvereinigungen“ zusammen. Zu den Pflegesätzen heißt es, man solle zunächst sowohl abgestufte Pflegesätze wie auch diagnoseabhängige Fallpauschalen in breit angelegten Modellversuchen erproben. Sollten sich beide Formen als sinnvoll erweisen,

„Kassenorganisation ist wenig effektiv“

Auch für die Arzneimittelversorgung gibt es ein „Einkaufsmodell“; es fungiert allerdings auf Bundesebene. Die Krankenkassen, Apotheker und Kassenärzte sollen durch ein gemeinsames „Arzneimittelinstitut für die kassenärztliche Versorgung“ die zugelassenen Präparate auf ihre Eignung für die Verordnung durch Kassenärzte untersuchen lassen. Über die als geeignet befundenen Präparate führen dann Krankenkassen und Pharmahersteller Preisverhandlungen. Komme es zu einer Einigung, so werde das entsprechende Präparat in die Liste verordnungsfähiger Arzneimittel aufgenommen, also in eine Positivliste (bei Nichteinigung soll es ein Schiedsverfahren geben).

Während die „Eckdaten“ mit ihrer Betonung der Regionalisierung insbesondere bei Ortskrankenkassen Zustimmung finden könnten, hört sich die Zustandsbeschreibung zur Struktur der Krankenversicherung nicht gerade freundlich an: die Organisation der Krankenversicherungen sei wenig effektiv, die Selbstverwaltung „weitgehend in Ritualen erstarrt und verkrustet“. Man müsse also das bestehende System umbauen, und dafür werden dann eine Reihe von Forderungen aufgelistet:

▷ Versicherungspflicht für alle Beschäftigten, Versicherungsrecht für Beamte und Selbständige; Beiträge nach finanzieller Leistungsfähigkeit, keine individuell berech-

dann müßten grundsätzlich auch beide angewandt werden können. Auf jeden Fall aber sollten in Zukunft die Krankenhausinvestitionen über den Pflegesatz erwirtschaftet werden und nicht mehr aus den öffentlichen Haushalten kommen. (In diesem Fall ist übrigens die SPD durchaus in der Lage, die „Milliardensummen vorzugeben, die angeblich eingespart werden können“: Es seien bis zu vier Milliarden DM jährlich, welche die Krankenkassen durch den Abbau nicht bedarfsnotwendiger Betten finanzieren könnten.)

neten Zusatzleistungen, Wahltarife oder Beitragsrückerstattungen; Sachleistungsprinzip; Gleichberechtigung aller Krankenkassen, keine Sonderrechte für die Ersatzkassen; bundesweiter Belastungsausgleich innerhalb der Kassenarten; freie Wahl der Krankenkasse für alle Pflichtversicherten, Aufnahme-pflicht für alle Kassenarten, Kassenwechsel jeweils nach einem Jahr möglich; Selbstverwaltungsgremien auf regionaler Ebene bei allen Krankenkassen.

Eigentlich, heißt es in diesem Abschnitt, habe man ja bisher immer eine einheitliche, regional gegliederte Krankenversicherung gefordert. Aber – ein bemerkenswertes Eingeständnis –: „Diese sozialdemokratische und gewerkschaftliche Idealvorstellung ist politisch nicht zu realisieren. Für sie gibt es weder bei den Bürgerinnen und Bürgern selbst, aber auch innerhalb von SPD und Gewerkschaften, keine Mehrheit.“

„Große Koalition“ zur Strukturreform?

Jetzt erhebt sich beinahe die Frage: Strebt Blüm in dieser Frage wirklich eine „große Koalition“ mit der SPD an? Oder will Blüm nur, daß die SPD ihm gegen die eigenen Koalitionspartner hilft, insbesondere gegen die FDP, aber auch gegen die CSU? Oder soll etwa er der SPD-Fraktion gegen die eigene Partei helfen? Günter Burkart