

Wie liberal ist die „Gesundheitsreform“?

Sechs Fragen zur Position der Kassenärzte an Dieter-Julius Cronenberg

Der FDP-Bundestagsabgeordnete Dieter-Julius Cronenberg ist Vizepräsident des Deutschen Bundestages und einer der maßgeblichen Sozialpolitiker seiner Fraktion. Am Gesundheits-Reformgesetz hat er entscheidend mitgewirkt und sowohl bei den Beratungen der Koalitionsarbeitsgruppe wie des Arbeits- und Sozialausschusses des Bundestages die FDP-Interessen vertreten. Mit Erfolg? Wurden die liberalen Positionen gewahrt?

Deutsches Ärzteblatt: Es sieht so aus, als werde das Gesundheits-Reformgesetz in den nächsten Tagen im Bundestag verabschiedet, so wie es in den Ausschüssen vorberaten wurde. Handelt es sich, um den in der Ärzteschaft verbreiteten Vorwurf aufzugreifen, um ein weiteres Kostendämpfungsgesetz?

Cronenberg: Nein. Die Zielsetzung geht über die Kostendämpfung hinaus. Ich erinnere nur an die Einbeziehung der Gesundheitsvorsorge in den Sicherstellungsauftrag. Mit dem Gesetz wird tatsächlich eine Strukturreform begonnen. Etwa beim Leistungsrecht zum Beispiel mit der Kostenerstattung bei Zahnersatz und Kieferorthopädie. Wenn ich auch zugebe, daß wir hier nicht unsere Vorstellungen voll haben durchsetzen können. Zugegeben auch, daß ein wesentlicher Teil, die Reform der Krankenkassenstrukturen, noch aussteht.

Ich stimme mit der Ärzteschaft darin überein, daß die medizinische Versorgung, ob im Krankenhaus oder im ambulanten Bereich, nicht ausschließlich über ökonomische Kriterien definiert werden kann und darf. Lassen Sie mich aber auch ganz offen sagen: Es darf nicht unberücksichtigt bleiben, daß die für die medizinische Versorgung notwendigen Ressourcen letztlich im Wirtschaftsprozess erarbeitet werden müssen. Steigende Beiträge und damit steigende Personalzusatzkosten sind

aber für die Wirtschaftskraft und damit für das Beitragsaufkommen in der Sozialversicherung kontraproduktiv.

Wir hatten bei den Entscheidungen, die bei dieser Reform getroffen werden mußten, also beides zu berücksichtigen: Strukturreform und Wirtschaftlichkeit. Dabei haben wir uns von dem Grundsatz leiten lassen, daß die bewährten Prinzipien unseres freiheitlichen Gesundheitswesens nicht in Frage gestellt werden dürfen. Deshalb haben wir die von der Ärzteschaft vorgetragenen Bedenken, Sorgen und Anregungen ernstgenommen und uns für die Durchsetzung liberaler Positionen eingesetzt – und, wie ich meine, nicht ohne Erfolg.

Deutsches Ärzteblatt: Ihr Optimismus steht in auffallendem Gegensatz zu der gedämpften Stimmung unter den Ärzten – um es vorsichtig auszudrücken! Gerade die freiberuflich tätigen Ärzte, für die doch die FDP erklärterweise ein Herz hat, befürchten eine weitere Einengung ihrer Berufstätigkeit. Sind Sie mit dem Gesetz, gerade was die Kassenärzte angeht, wirklich zufrieden?

Cronenberg: Zufrieden bin ich, weil die Freiberuflichkeit gewahrt bleibt. Zufrieden bin ich auch, weil es keine Zwangspensionierung mit 65 geben wird; ursprünglich wurde das ja gefordert. Überhaupt nicht zufrieden bin ich hinsichtlich des Krankenhauses.

Die Autonomie der Kassenärztlichen Vereinigungen, zum Beispiel beim Honorarverteilungsmaßstab, bleibt gewahrt. Auch das war leider nicht selbstverständlich. Ebenfalls in der Autonomie der ärztlichen Selbstverwaltung bleibt die Zuständigkeit für die Qualitätssicherung von ärztlichen Leistungen.

Ich glaube, die Beispiele zeigen, daß die FDP in der Tat „ein Herz“, wie Sie sagen, für die Freiberufler hat. Die Freiberuflichkeit in der kassenärztlichen Versorgung ist für uns ein gesellschaftspolitischer Auftrag. Und dem sind wir, gegen manche Widerstände, bei der Strukturreform nachgekommen!

Deutsches Ärzteblatt: Bitte etwas konkreter. Es fällt schwer, bei der Großgeräteplanung, der vorstationären Diagnostik und nachstationären Therapie und dem Komplex „Wirtschaftlichkeitsprüfung“ die liberale Handschrift auszumachen. Wird hier nicht die Position der Kassenärzte durch die Reform geschwächt?

Cronenberg: Die FDP teilt solche Sorgen. Die Pläne des Bundesarbeitsministeriums waren freilich noch viel weitergehend. Die liberale Handschrift, die Sie vermissen, können Sie schnell erkennen, wenn Sie diese Pläne vergleichen mit dem, was jetzt im Gesetz steht.

Es wird keine Verlagerung ambulanter Krankenbehandlungen in die Krankenhäuser geben. Polikliniken, psychiatrische Institutsambulanzen und pädiatrische Zentren werden nicht durch Gesetz, sondern wie bisher durch die kassenärztliche Selbstverwaltung zur ambulanten Behandlung zugelassen. Besonders wichtig für uns ist auch, daß es keine gesetzlich verordnete vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung geben wird. Auf dem Kompromißwege konnte erreicht werden, daß dies die gemeinsame Selbstverwaltung von Kassen, Ärzten und Krankenhäusern regeln soll.

Bis zum Schluß der Beratungen hat es massive Bestrebungen für eine bürokratische Großgeräte-Standortregelung gegeben, die eindeutig zu Lasten der freiberuflich niedergelassenen Ärzteschaft gegangen wäre. Auch das konnte von der FDP verhindert werden. ▶

Deutsches Ärzteblatt: Und die Wirtschaftlichkeitsprüfungen? Ist das liberal, was hier auf die Kassenärzte zukommt?

Cronenberg: Wir haben ein nicht zu rechtfertigendes Übermaß an Wirtschaftlichkeitsprüfungen verhindert.

Ich möchte aber keine Mißverständnisse entstehen lassen. Im Interesse des Berufsethos der Ärzteschaft sollten vernünftig ausgestaltete Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht abgelehnt werden. Sie müssen aber vernünftig sein und dürfen nicht übertrieben werden. Deshalb haben wir uns dafür eingesetzt, daß es keine kleinliche Vorgabe von Richtwerten für verordnete ärztliche Leistungen geben wird. Aus den ursprünglich vorgesehenen Richtwerten sind Richtgrößen geworden. Und, was besonders wichtig ist: Die Einzelheiten des Richtgrößenprüfverfahrens können von der Selbstverwaltung festgelegt werden. Für uns Liberale wäre es unerträglich, wenn die Wirtschaftlichkeitsprüfungen zum permanenten Rechtfertigungszwang für ärztliches Handeln führten. Denn diese würde das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt unerträglich belasten. Deshalb haben wir von Anfang an die Meinung vertreten, daß die ursprünglich für das Stichprobenprüfverfahren vorgesehene Quote von fünf Prozent zu hoch war. Mir sind sogar zwei Prozent zu hoch. Im Gesetzentwurf konnten wir die Quote dann auch auf „mindestens zwei Prozent“ senken. In den abschließenden Beratungen haben wir uns schließlich auf eine Begrenzung auf zwei Prozent geeinigt. Ein Kompromiß. Zugleich wird den Vertragspartnern das Recht gewährt, Art und Umfang der Prüfungen auf dem Vereinbarungswege selbst festzulegen. Das heißt, es kann zum Beispiel festgelegt werden, daß nur die ersten hundert Behandlungsfälle eines Arztes im Rahmen des Stichprobenprüfverfahrens geprüft werden. Oder es kann festgelegt werden, daß nur die Arzneimittelverordnungen geprüft werden.

Deutsches Ärzteblatt: Ganz gleich, wie hoch die Stichprobe ist – die Stichprobenprüfung läuft ja nur, wenn zwischen Krankenkassen und

Kassenärztlichen Vereinigungen Daten ausgetauscht werden. Sie kennen die Angst vor dem „gläsernen Patienten“, den Vorwurf vom „Datenfestival“. Was wird nun ausgetauscht?

Cronenberg: Die Sorgen nehmen wir ernst. Gerade deshalb wurden die Vorschriften über Datenerfassung und Transparenz im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens erheblich geändert.

Es war die FDP, die von Anfang an nicht zugelassen hat, daß ärztliche Leistungsdaten und insbeson-



Foto: privat

Dieter-Julius Cronenberg

dere die Diagnoseangaben obligatorisch von den Kassenärztlichen Vereinigungen an die Krankenkassen weitergeleitet werden. Die Abrechnungsdaten, die die Kassenärztlichen Vereinigungen erfassen sollen, sind im Vergleich zum Gesetzentwurf erheblich reduziert.

Deutsches Ärzteblatt: Trotzdem bleibt eine Menge übrig, was da gesammelt wird!

Cronenberg: Vergleichen Sie das mal mit dem, was beabsichtigt war!

● Die ursprünglich vorgesehene versichertenbezogene Erfassung sämtlicher Leistungsdaten entfällt.

● Auch die ursprünglich vorgesehene Erfassung von Einzelheiten bei Überweisungen entfällt.

● Eine versichertenbezogene Erfassung der ärztlichen Leistungsdaten findet nur bei den Ärzten statt, die in das Stichprobenprüfverfahren fallen. Und auch nur im Falle des Stichprobenprüfverfahrens

übermitteln die Kassenärztlichen Vereinigungen an die Kassen ärztliche Leistungsdaten versichertenbezogen. Dabei wird der FDP-Forderung, nicht die Diagnosen zu übermitteln, entsprochen, und der Umfang der Daten kann vertraglich geregelt werden. Die versichertenbezogene Erfassung erfolgt in der Weise, daß am Ende eines Quartals, wenn feststeht, welche Ärzte im Rahmen des Stichprobenverfahrens geprüft werden, die abgerechneten Leistungen dieser Ärzte versichertenbezogen erfaßt werden.

● Die Daten, die die Kassenärztlichen Vereinigungen an die Krankenkassen auf Datenbändern für die übrigen Wirtschaftlichkeitsprüfungen und für Abrechnungszwecke liefern, sind grundsätzlich nicht versichertenbezogen. Der Umfang dieser Daten kann durch Vereinbarungen eingeschränkt werden. Das Gesetz gibt somit den maximalen Rahmen vor. Dies ist aus Datenschutzrechtlichen Gründen notwendig. Für die FDP wichtig war zu erreichen, daß die Vertragspartner unterhalb dieses Rahmens bleiben können.

● Sämtliche von Leistungserbringern, außer Ärzten und Zahnärzten, bei den Kassen eingereichten Abrechnungen und Rezepte werden mit der Versicherungsnummer erfaßt, damit die Kassen prüfen können, ob sie für den jeweiligen Versicherten auch wirklich leistungspflichtig sind. Nach dieser Prüfung wird die Versicherungsnummer, bis auf wenige Ausnahmen, sofort gelöscht. Die den Kassen eingereichten Abrechnungen werden damit nicht versichertenbezogen erfaßt. Es gibt also keine Versichertenkonten. Die Erfassung erfolgt nur arztbezogen, mit entsprechenden Löschungsvorschriften. Durch Vereinbarung kann von einer hundertprozentigen Erfassung zum Beispiel bei Arzneimitteln abgegangen werden.

● Versichertenbezogen speichern die Krankenkassen nur die Abrechnungsdaten, die erforderlich sind für Härtefallanträge, für Folgeleistungen, etwa Kuren alle drei Jahre, oder im Falle von Beitragsrückzahlungsmodellen und dem Stichprobenprüfverfahren. ▷

● Für alle erfaßten Daten sind gesetzliche Lösungsfristen verbindlich vorgesehen. Sie betragen bei Daten für Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen immer zwei Jahre.

Mit diesen Regelungen wird den Einwendungen, die die FDP vorgebracht hatte, Rechnung getragen. Die ärztliche Schweigepflicht bleibt gewahrt. Der Datenschutzbeauftragte hat zugestimmt.

Deutsches Ärzteblatt: Sie haben auffallend oft darauf hingewiesen, die ursprünglichen Absichten seien schlimmer gewesen, als das, was jetzt kommt. Sieht sich die FDP eigentlich in der Rolle des Gegenspielers zum Bundesarbeitsministerium, von dem diese ursprünglichen Vorstellungen ja kamen?

Cronenberg: Ich würde lieber sagen: Wir waren der Korrekturfaktor. Bei der Bewertung der Rolle der FDP darf nicht vergessen werden, daß wir mit unseren neun Prozent nicht immer alleine bestimmen können. Aber immerhin darf nicht übersehen werden, daß wir beachtliche Teile unserer liberalen Vorstellungen eingebracht haben. Ich erinnere an die Ersetzung des Sachleistungsprinzips durch Kostenerstattung bei Zahnersatz und kieferorthopädischen Leistungen und an die beachtliche Selbstbeteiligung wie auch die Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen. Selbstverständlich haben wir entsprechend unseren Grundsätzen, wo immer nötig, auch unsere Korrekturfunktion gegenüber den Vorstellungen des Hauses Blüm wahrgenommen. □

DÄ-Fragen: Norbert Jachertz

Weiterer Schritt

„Wie in der Koalition vereinbart, wird nach der Auswertung des in den nächsten Monaten vorliegenden Erfahrungsberichtes zur Neuregelung der Krankenhausfinanzierung der Krankenhausesektor in konkrete Reformüberlegungen einbezogen. Dabei wird sich die FDP für die Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip sowie für degressiv gestaffelte Pflegesätze und für eine Aufgliederung des Pflegesatzes in die unterschiedlichen Kostenbereiche (Unterkunft, Krankenbehandlung, Verwaltung) einsetzen.“ (Cronenberg in einer Stellungnahme zum Abschluß der GRG-Beratungen im Bundestagsausschuß für Arbeit und Sozialordnung.)

Umriss der Rentenreform

Koalition und Opposition pokern nun um die Rentenreform. Blüm (CDU) und Dreßler (SPD) sitzen am Tisch. Beide spielen hoch. Es geht nicht nur um das persönliche Prestige, sondern auch um die Frage, welche Partei 1990 besser in den Wahlkampf starten kann. Auch wenn der von Blüm angestrebte breite Konsens zustande käme, würde die Rentenreform ein heißes Wahlkampfthema bleiben.

Fest steht schon jetzt, daß Stoltenberg kräftig in die Kasse greifen muß. Das Beispiel der Arbeitslosenversicherung wird Schule machen: dort sollen das Sechs-Milliarden-Defizit durch Zuschüsse des Bundes von vier Milliarden Mark im finanziellen Gleichgewicht und die Lohnnebenkosten der Unternehmen stabil gehalten werden. Über die Frage, was denn die Ausweitung der Staatsfinanzierung für die Sozialversicherung längerfristig bedeuten könnte, zerbricht sich derzeit in Bonn niemand den Kopf. Zunächst geht es nur darum, die Rentenreform politisch leichtgängiger zu gestalten. Das ist aber nur mit einem höheren Bundeszuschuß zu schaffen. Dieser steht daher zunächst eindeutig im Mittelpunkt aller Überlegungen. Aber nachdem Blüm seinen rund 1100 Seiten starken Diskussionsentwurf, der auf „Tendenzbeschlüssen“ der Koalition beruht, präsentiert hat, rücken auch andere Vorschläge in das Blickfeld:

Bundeszuschuß: Dieser wird 1990 um 300 Millionen Mark und 1991 noch einmal um 2 Milliarden Mark erhöht. Dem Zuschuß werden auch die für 1991 anzusetzenden Aufwendungen für die Anrechnung der Kindererziehungszeiten von dann rund 4,8 Milliarden Mark zugeschlagen. Der Zuschuß wird zeitlich enger an die Lohnentwicklung gebunden: seine Dynamik wird durch die zusätzliche Kopplung an den Beitragssatz verstärkt. Muß der Beitragssatz um 5 Prozent angehoben werden, so soll der Bundeszuschuß künftig entsprechend steigen. Die Erhöhung des Zuschusses um rund 7 Milliarden Mark, so sagt das

Ministerium, verbessert dessen Wirkung. Die Rentenversicherung profitiere davon fast drei Jahrzehnte lang. Danach aber schlagen die zusätzlichen Erziehungszeiten, die nicht mehr vom Bund finanziert werden, auf die Rentenbilanz durch.

Netto-Anpassung: Die Renten werden weiterhin zur Jahresmitte angepaßt. Maßstab ist aber nicht mehr allein die Entwicklung der Brutto-Arbeitsentgelte im letzten Jahr. Der Anpassungssatz ergibt sich aus dem Vergleich der durchschnittlichen Brutto-Löhne des letzten Jahres mit denen des vorvergangenen Jahres unter Berücksichtigung der Belastungen durch Steuern und Sozialbeiträge. Mit dieser Anpassungsformel wird das heutige Rentenniveau, bezogen auf die Netto-Einkommen, dauerhaft festgeschrieben; es beträgt heute rund 65 Prozent der Netto-Einkommen nach 40 Versicherungsjahren und 71 Prozent nach 45 Versicherungsjahren. Es ist denkbar, daß die Rechnung der Sozialpolitik bis etwa 2015 aufgeht, sofern das Sozialprodukt und die Einkommen weiter steigen. In etwa 25 Jahren beschleunigt sich jedoch der Prozeß der Verschlechterung der Altersstruktur dramatisch. Mit den jetzt vorgelegten Rezepten wird das System dann nicht mehr zu retten sein.

Altersgrenzen: Das Alter für die vorgezogenen Altersrenten soll von 1995 an jährlich um 6 Monate angehoben werden. Es soll weiterhin möglich bleiben, drei Jahre vor dem Erreichen der Regelaltersgrenze die Rente zu beantragen. Die bisherige Begünstigung des vorzeitigen Rentenbezugs wird durch einen Abschlag von der Rente in Höhe von 3,6 Prozent gemildert. Wer über das 65. Lebensjahr hinaus arbeitet, erhält einen Zuschlag von 6 Prozent je Jahr. Der Übergang ins Rentenalter soll durch das Angebot einer Teilrente flexibler gestaltet werden.

Beiträge für Lohnersatz: Für Lohnersatzleistungen sollen von 1995 an allgemeine Beiträge in Höhe von 75 Prozent des vorherigen Arbeitsentgelts gezahlt werden. Die