

Kassenärzte: „Eingeengt, normiert und überwacht“

Bohrende Fragen sind nicht gerade das, was Politiker gemeinhin lieben. Doch genau damit sahen sich Bernhard Jagoda (CDU), Dr. Dieter Thomae (FDP) und Michael Kasten (Grüne) konfrontiert, als sie sich auf Einladung der vier Kassenärztlichen Vereinigungen in Rheinland-Pfalz im Hambacher Schloß der Diskussion stellten. Rund 300 Kassenärzte wollten wissen, wie es mit der medizinischen Versorgung aus Sicht der Parteien nach der Bundestagswahl weitergehen soll. Soviel stand schon vorher fest: Die Mehrzahl der Ärzte „fühlt sich durch eine Vielzahl von Vorschriften, Verordnungen und Gesetzen eingeengt, normiert und überwacht“, wie es Dr. med. Gudrun Blaul, die Erste Vorsitzende der KV Pfalz, formulierte.

Wenn das die gegenwärtige Stimmungslage großer Teile der Kassenärzteschaft noch nicht hinreichend charakterisiert hätte, dann holten dies Dr. med. Sieglinde Guth, Internistin aus Kirchheim, und Dr. med. Rainer Hübner, Allgemeinarzt aus Landau, in einem „Zwiegespräch der Basis“ nach. „Unser Gesundheitswesen, so scheint es, ist das letzte sozialistische Bollwerk westlicher Prägung“, sagte Rainer Hübner.

Ob es diese vollen Breitseiten waren, die bei den Politikern gehörigen Eindruck hinterließen, mag dahingestellt bleiben. Jedenfalls verzichteten sowohl Jagoda und Thomae als auch Kasten auf ihre vorgefertigten Statements und nahmen unmittelbar den Dialog auf. Das Gesundheits-Reformgesetz habe wohl auch dazu beigetragen, das Gewicht der gemeinsamen Selbstverwaltung zu schwächen, räumte Dr. Dieter Thomae ein, der als Obmann der FDP im Bundestagsausschuß für Arbeit und Sozialordnung an eben diesem Gesetz maßgeblich mitgewirkt hatte. Die Partnerschaft von Ärzten und Kassen müsse künftig wieder mehr zum Tragen kommen.

Mit besonderer Aufmerksamkeit verfolgten die Kassenärzte Thomae's Ausführungen zur gedeckelten

Gesamtvergütung: „Ein Teufelskreis, aus dem wir wieder herauskommen müssen.“ Wie, das deutete der Liberale ebenfalls an: „Vielleicht durch eine Selbstbeteiligung der Patienten. Wir wollen weg von der Pflichtversicherung und hin zu einer Pflicht zur Versicherung.“ Ein Wortspiel, hinter dem sich eine versicherte Grundversorgung mit frei wählbaren Zusatzleistungen verbirgt.

Auch Bernhard Jagoda, Staatssekretär im Bundesarbeitsministerium, leugnete „gewisse bürokratische Belastungen“ nicht. Diese seien aber keineswegs alle dem GRG zuzuschreiben. Gleichwohl müsse man überlegen, wie die Belastungen beschränkt werden könnten. Konkrete Ansatzpunkte in dieser Richtung blieb Jagoda indes schuldig.

Wenig Beifall erntete Michael Kasten mit der Lieblingsidee der Grünen, den regionalen Gesundheitskonferenzen. Kasten, Mitglied

der Bundesarbeitsgemeinschaft der Grünen für Gesundheits- und Sozialpolitik, gab sich zwar redlich Mühe, alternative Formen des Gesundheitswesens zu preisen, doch der Kommentar der Kassenärzte war eindeutig: „Mehr als gedrucktes Papier und Kosten werden dabei nicht herauskommen.“

Allerdings: Die Grünen haben sich wie CDU und FDP der Diskussion gestellt. Anders die SPD, die offenbar von vornherein die Segel gestrichen hatte. An der historischen Stätte ließ sich nämlich kein Sozialdemokrat blicken – ein Umstand, den die niedergelassenen Ärzte mit Pfiffen und Buh-Rufen quittierten.

Was blieb, war weniger das Gefühl, nunmehr konkret zu wissen, wie es mit dem Gesundheitswesen nach der Wahl weitergeht. Dennoch konnten die Kassenärzte die Gewißheit mitnehmen, mit exponierten Politikern Tacheles geredet zu haben. Möglicherweise, darauf schienen zumindest einige Reaktionen von Jagoda und Thomae hinzudeuten, wird dies noch eine Zeitlang positiv nachwirken. JM

Pharma-Industrie: Selbstbeteiligung und weitere Ausgrenzungen ersparen den Kassen Milliardenbeträge

Die Medizinisch Pharmazeutische Studiengesellschaft e.V. (MPS), Bonn-Bad Godesberg, die wissenschaftlich-gesundheitspolitische Gesellschaft von sieben großen forschenden Pharmakonzernen, hat an den Gesetzgeber appelliert, die „Strukturbrüche“ und „Ungereimtheiten“ des am 1. Januar 1989 in Kraft getretenen „Gesundheits-Reformgesetzes“ (SGB V) zu beseitigen. Die Pharmaindustrie optiert für eine „in den europäischen Kontext eingebettete marktwirtschaftliche und zugleich sozial ausgewogene Lösung“ – eine Ablösung des „bürokratisch-dirigistischen Interventionsinstrumentariums“ und der zentralverwaltungswirtschaftlichen Regulierung des Arzneimittelmarktes.

Vor der Presse hat der Hauptgeschäftsführer der MPS, Prof. Dr. rer.

pol. Frank E. Münnich, einen sieben Punkte umfassenden Forderungskatalog vorgestellt, der gegenüber früheren Standardpositionen abweicht.

▷ Die Pharmaindustrie setzt sich dafür ein, daß die „vielfältigen offenen und versteckten Diskriminierungen“, die in den §§ 31, 34 und 35 SGB V stecken, beseitigt werden. Insbesondere sollen die sozial- und gesundheitspolitisch bedenklichen unterschiedlichen Belastungen des Patienten bei den Arzneimittelkosten ausgemerzt werden. Dies gelte insbesondere für Arzneimittel mit patentierten Substanzen einerseits und für Pharmaka, für die ein Festbetrag festgesetzt wird, andererseits (bei denen eine Zuzahlung entfällt).

▷ Gefordert wird ein umfassender Patentschutz für alle „neuen Produkte“, und zwar vor Einbezie-

hung in eine Festbetragsfestsetzung und nicht nur für Produkte mit bestimmten patentgeschützten Wirkstoffen (§ 35 Abs. 1 SGB V).

▷ Patent- und Dokumentschutz ebenso wie das von der EG-Kommission vorgeschlagene zusätzliche Schutzzertifikat sollen das Produkt davor befreien, in eine Festbetragsfestsetzung einbezogen zu werden.

▷ Der Schutz der Einbeziehung neuer Produkte in eine Festbetragsgruppe soll einheitlich für alle drei Festbetragskriterien des § 35 Abs. 1 SGB V gelten.

▷ Die Drei-Jahres-Frist des § 35 Abs. 4 SGB V soll einheitlich auf alle Schutzrechte und alle Kriterien angewendet werden.

▷ Die Vorschriften über Arzneimittelrichtgrößen sollten durch Vertragsvereinbarungen zwischen der Kassenärzteschaft und den Krankenkassen konkretisiert werden. Dabei solle darauf geachtet werden, daß Richtgrößen *nicht* zu (politisch motivierten) Budgetierungen und „Hinrichtungsgrößen“ ausgestaltet werden.

▷ Die im „Gesundheits-Reformgesetz“ enthaltenen Öffnungs- und Experimentierklauseln sollten ausgeschöpft und im Zuge einer Gesetzesrevision erweitert werden. Hierbei könnte auf dem GKV-Arzneimittelsektor eine Direktbeteiligung zum Zuge kommen, die transparent und sozial ausgewogen gestaltet werden könnte. Denkbar sei eine zwischen null und hundert Prozent gestaffelte Direktbeteiligung oder eine einkommensabhängige absolute Zuzahlung.

Nach Prognosen der MPS ließen sich bei einer Erprobung von Selbstbeteiligungsregelungen nachhaltigere und längerfristig wirksamere Einsparvolumen für die gesetzlichen Krankenkassen erzielen als dies mit nur kurzfristigen Effekten infolge der „forschungsfeindlichen“ Festbetragsregelungen der Fall ist.

Namentlich Dr. Walter Wenninger, Mitglied des Vorstandes der MPS, Leiter Sektor Gesundheit der Bayer AG, Leverkusen, schlägt vor, weniger wichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel teilweise oder vollständig aus der Erstat-

tungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen herauszunehmen.

● Das Einsparvolumen wäre nennenswert: Bei einem Volumen von nicht erstattungspflichtigen Arzneimitteln in Höhe von vier bis fünf Milliarden DM jährlich und unter Berücksichtigung von Substitutionseffekten und Ausnahmen könnte ei-

ne gestaffelte Selbstbeteiligung im nicht-verschreibungspflichtigen Segment Einsparungen zwischen zwei und drei Milliarden DM zugunsten der Krankenkassen „einspielen“. Dies wäre weitaus mehr, als das Blümsche „Gesundheits-Reformgesetz“ gebracht hat oder noch bringen wird . . . HC

Krankenhäuser: Heinemann setzt auf Modernisierung

Die nordrhein-westfälische Landesregierung hat im aktualisierten Krankenhausbedarfsplan festgelegt, daß der Schwerpunkt der künftigen öffentlichen Förderung bei der Renovierung und Modernisierung bestehender Krankenhäuser und Kliniken liegen wird – neben einer begrenzten Zahl von bedarfsnotwendigen Neubauten. Auch soll die Anzahl der Krankenhäuser und vorgehaltenen Klinikbetten regional und landesweit nach Aufgabe, Anzahl und Fachrichtung ständig überprüft und dem tatsächlichen aktuellen Bedarf angepaßt werden, betonte der nordrhein-westfälische Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Hermann Heinemann, anläßlich der Inbetriebnahme eines neuen Funktionstraktes und der nach vier Jahren abgeschlossenen Renovierung der (privaten) Paracelsus-Klinik Golzheim, eines Urologischen Fachkrankenhauses mit 120 öffentlich geförderten Planbetten.

Schwerpunkt der Krankenhauspolitik des Landes sei es, nicht bedarfsgerechte Krankenhausbetten für andere soziale Zwecke (insbesondere Pflege) „umzuwidmen“ und/oder überzählige Betten völlig stillzulegen. Ende 1988 standen im Land an Rhein und Ruhr 536 Krankenhäuser mit fast 180 000 Planbetten zur Verfügung (zu 60 Prozent in freigemeinnütziger und privater Trägerschaft). 200 000 Facharbeiter im Krankenhaus betreuten rund 3,5 Millionen Patienten, so Minister Heinemann.

Das Land Nordrhein-Westfalen hat seit 1972, dem Inkrafttreten des (ersten) Krankenhausfinanzierungsgesetzes, für den Neubau, den Erhalt

und die Modernisierung der Krankenhäuser des Landes insgesamt 18 Milliarden DM ausgegeben. Für 1990 sind in der Krankenhausförderung 1,7 Milliarden DM bereitgestellt worden. Auch die Herzchirurgie soll in weiteren neu zu errichtenden Zentren gefördert werden. So will das Land die Jahresfrequenzen der Operationen am offenen Herzen von zur Zeit 9000 in wenigen Jahren auf knapp 12 000 steigern. Auch der Großgerätepark an den Kliniken soll bedarfsgerecht und behutsam modernisiert und ergänzt werden, so Heinemann. Heute gibt es in Nordrhein-Westfalen 20 Kernspin- und 89 Computertomographen, 148 Gammakameras, 33 Linearbeschleuniger, 11 Lithotripter und 54 Linkskatheter-Meßplätze. Als „besondere Errungenschaft“ des Landes bezeichnete der Ressort-Minister die inzwischen 44 Geriatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern (mit rund 2600 Betten) sowie das erste Zentrum für Epilepsie-Chirurgie. In Nordrhein-Westfalen gibt es inzwischen zwei Lehrstühle an Hochschulen für das Fach „Geriatric“.

Unter den Spezialkliniken, die die medizinische Grundversorgung abstützen und ergänzen sollen, sind in Nordrhein-Westfalen in den letzten Jahren Fachkliniken für Allergien und Lungenkrankheiten, Rheuma-Fachkliniken und Multiple-Sklerose-Krankenhäuser sowie Einrichtungen für die Krebsbehandlung und -nachsorge neu entstanden, so daß das Netz flächendeckender, kooperativer Einrichtungen in diesem Bundesland auch im Bereich der Rehabilitation und Nachsorge wesentlich ergänzt wurde. HC