

Nach einigen Geburtswehen kam der „Endbericht der Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung““ des Deutschen Bundestages über – elf Monate, nachdem die erste Stufe der von der Bonner Regierungskoalition eingeleiteten Strukturreform im Gesundheitswesen in Kraft getreten ist und nachdem längst Umriss der nächsten Reformstufe – der Organisationsreform der Krankenversicherung – vernehmlich diskutiert werden.

Die Enquete-Kommission war auf Antrag der SPD vom Bundestag am 4. Juni 1987 eingesetzt worden; auf Antrag der Fraktionen von CDU/CSU und F.D.P. vom 27. Oktober 1988 wurde die Arbeit der Kommission bis Mitte 1989 verlängert. Parallel dazu und unabhängig von der „Enquete“ wurden vom Bundesarbeitsministerium die Arbeiten für die erste Stufe der Strukturreform im Gesundheitswesen vorangetrieben und das 307-Paragraphen-Gesundheitsreform-Gesetz schließlich mit den Stimmen der Regierungskoalition schon zum 1. Januar 1989 über die parlamentarischen Hürden gebracht. Das einzige, was im November 1988 kurz vor Verabschiedung des „Gesundheitsreform-Gesetzes“ von der „Enquete“ vorlag, war ein voluminöser Zwischenbericht. Zu wenig, um noch Sperrfeuer für das Blümsche Reformgesetz zu bieten...

### Parteilpolitisch vorgeprägte Vorschläge

Summarisch: Die Chance, ohne den Zeitdruck der Gesetzgebung auf Grund objektivierbarer Daten eine in sich geschlossene Analyse des bestehenden Versorgungssystems mit begründeten Novellierungsvorschlägen für den Gesetzgeber zu erarbeiten, wurde vertan. Zu sehr konzentriert sich die Kommission auf bekannte, parteipolitisch verfestigte Aussagen, einmal mehr staatswirtschaftlich, ein anderes Mal mehr marktwirtschaftlich orientierte Programme, die je nach Mehrheitsverhältnissen als Lösungsansätze formuliert werden.

## Enquete-Kommission zur Strukturreform

# Ein Potpourri dissonanter Vorschläge

Der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) moniert denn auch in einer ersten Erklärung: „Wissenschaftlich fundierte Belege für behauptete Versorgungsdefizite fehlen oder sind einseitig ausgewählt. Die beim Gesetzgeber selbst liegende Verantwortung für anerkannte Strukturmängel (zum Beispiel die Qualität der ärztlichen Ausbildung und die Qualifikation des Hausarztes in der kassenärztlichen Versorgung) werden zwar passagenweise angedeutet, aber kaum Vorschläge mit der notwendigen Konsequenz entwickelt.“

Wenn es um Kritik und Systemüberwindung geht, herrscht Wortreichtum. So heißt es: Ambulante und stationäre Versorgung seien zu verzahnen. Gemeinschaftliche Praxisausübung der niedergelassenen Ärzte bei Stärkung des allgemeinen ärztlichen Elements sei zu fördern, ebenso die Integration beteiligter Fachärzte. Ambulante Therapiezentren seien notwendig. Pauschal wird behauptet: Defizite im Bereich der ambulanten Versorgung, wie eine mangelnde ärztliche psychosomatische und psychosoziale Kompetenz, Übermedikalisierung, unzureichende Versorgung alter Menschen oder fehlende pflegerische und soziale Dienste, müßten hauptsächlich auf eine Untergewichtung von Prävention und Gesundheitsförderung und auf eine Ungleichgewichtung gesundheitlicher und sozialer Versorgung zurückgeführt werden.

Soweit Vorschläge zur Veränderung des Systems der kassenärztlichen Versorgung unterbreitet werden (zum Beispiel: Beseitigung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen, „preisorientierte“ Ausschreibungsverfahren, um die Kapazitäten in allen Bereichen zu regulieren; Kassenarztzulassungen nur auf Zeit; Pflichtweiterbildung), scheint bei den Kommissionsmitgliedern die Neigung zu politischen und vorwiegend theoretisch begründeten Experimenten die

Oberhand über die Einsicht gewonnen zu haben, daß damit grundlos ein bewährtes Versorgungssystem zerschlagen würde.

Der alternativen Minderheit der Kommission ist sogar dies noch zu wenig; sie spricht sich planwirtschaftlich-reglementierend für eine „regionale Bedarfsplanung“ aus, die in der Hand einer einzurichtenden (politisch strukturierten) „Gesundheitskonferenz“ liegt (wortgetreu dem aktuellen SPD-Gesundheitsprogramm).

### Mehrheitlich für Sachleistungsprinzip

So gedankenoffensiv die Kommission die einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens auch durchmustert, so festgefügt erscheinen hingegen die Essentials zur Organisationsreform der Krankenversicherung. Hier plädiert die *Mehrheit* der Kommission für

- die Erhaltung des Solidaritätsprinzips als konstitutives Merkmal der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine weitere Reprivatisierung von Krankheitsrisiken wird abgelehnt (insbesondere von den SPD-Mitgliedern).

- Gleichzeitig soll das Sachleistungsprinzip als grundsätzliches Gestaltungsmerkmal der Krankenversicherung erhalten bleiben. Allerdings soll in Einzelbereichen die Kostenerstattung als Wahlleistung für die Versicherten erprobt werden (Modell Zahnersatz und Kieferorthopädie nach dem ersten „Gesundheitsreform-Gesetz“).

Auch die Selbstverwaltung der Krankenversicherung bekommt ihr „Fett“ ab. Die Entscheidungskompetenzen der Sozialversicherungs-„Parlamente“ müßten verbessert werden. Im übrigen sei die paritätische Besetzung der Selbstverwaltung bei allen Kassen und Kassenarten (einschließlich der Ersatzkassen) „Mittel der Wahl“.

Dr. Harald Clade