

Bereits vor Beginn der Herbstrunde der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen war die Stimmung unter den Hauptbeteiligten gereizt, hatten doch die Depeschen und Demarchen zwischen Bonn und den Hauptquartieren der Spitzenorganisationen der Träger des Gesundheitswesens zusätzlich für Dissonanzen und Konfrontationen mit dem offiziellen Bonner Gesundheitskurs gesorgt. Trotz eingehender Appelle seitens der Bundesgesundheitsministerin Gerda Hasselfeldt (CSU) war es im Vorfeld der „Konzertierten Aktion“ im vornehmen Petersberghotel hoch über Bonn nicht gelungen, im üblichen Ritual für jeden Leistungsbereich einvernehmliche Empfehlungen und statistische Analysen zu formulieren. Lediglich zum Krankenhausbereich hat die Konzertierte Aktion einvernehmlich Empfehlungen zur Ausgabenentwicklung 1990/91, Empfehlungen für das Gesamtjahr 1992 und zur voraussichtlichen Ausgabenentwicklung im kommenden Jahr – getrennt nach alten und neuen Bundesländern – unter Dach und Fach gebracht. Dagegen ist es nicht gelungen, auch für den ambulanten Sektor, für den Bereich der Arzneimittel, der Heil- und Hilfsmittel Empfehlungen zu formulieren.

Bereits am 28. November waren die Verhandlungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) mit den Kassen-Spitzenverbänden zum Abschluß einer neuen Bundesempfehlung gescheitert. Der AOK-Bundesverband war weder bereit, der Empfehlung bestimmter Punktwerte in Form eines „Punktwert-Korridors“ zuzustimmen, noch sich hilfsweise ohne Anerkennung bestimmter Punktwerte für eine Rückkehr zur Einzelleistungsvergütung auszusprechen. Nach der Auffassung der Geschäftsführer der Kassenverbände soll es im geltenden Vergütungssystem bei einer weitgehend pauschalierten Gesamtvergütung mit Anbindung an die Grundlohnsumme bleiben. Damit ist das weitere Vorgehen auf die Regionalebene überantwortet worden; der Weg zum Schiedsamt ist damit ebenfalls offen. Auch die vom Bundesverband der

Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

Mit der Zuchtrute zur Kostendisziplin?

Gemeinsame Empfehlung nur zum Krankenhausbereich

Betriebskrankenkassen vorbereitete EntschlieÙung zum Bereich Arzneimittel war nicht konsensfähig, zumal der Pharma-Industrie mit weiteren Sanktionen, mit einem Preisstopp und dirigistischen Eingriffen in das Marktgeschehen gedroht wurde. Möglicherweise unternimmt das Ministerium in diesen Tagen noch einen Versuch, für diesen Bereich eine salomonisch formulierte Empfehlung herauszugeben.

„Sparreserven“ einspielen?

Ungeachtet der Vorschläge des Sachverständigen-Rates zum Thema „Beitragssatzstabilität“ und der (unrealistischen) Aussichten, mit einer Totalumsetzung der noch brachliegenden Vorschriften des Sozialgesetzbuches V (SGB V) „Sparreserven“ in Höhe von 2,5 bis 3,5 Milliarden DM „einspielen“ zu können, setzt Frau Hasselfeldt unverdrossen auf die im Gesundheits-Reformgesetz angelegten Regulative und Sparerefordernisse. Die Bundesregierung werde jedenfalls nicht länger tatenlos zusehen, daß der Grundsatz der Beitragssatzstabilität erneut ins Wanken gerät und nach dem Motto „Polen offen“ die Krankheits-/Gesundheitsausgaben ungezügelt weiterlaufen.

Trotz der Warnungen des jüngsten Sondergutachtens des Sachverständigenrates (vom 27. November), das politische Postulat der Beitragssatzstabilität nicht zu verabsolutieren, ließ Frau Hasselfeldt keinen Zweifel daran, daß sie notfalls Sparzwang und Rationalisierungsmentalität verordnen will, falls nicht Selbstbeschränkungsmaßnahmen

beherzigt werden, die letzten noch tatsächlich vorhandenen oder nur lauthals beschworenen Wirtschaftlichkeits- und Sparreserven aufgetan und obsolete, unwirksame und medizinisch nicht notwendige Leistungen gestrichen werden.

Frau Hasselfeldt stellte die Ausgabenorientierung an der jeweiligen Lohn- und Gehaltsentwicklung als die fast ausschließliche Orientierungsmarke für das Gesundheitswesen hin. Falls Einnahmen und Ausgaben dennoch auseinanderliefen, dürften so entstehende Defizite nicht einfach über höhere Beitragssätze abgedeckt werden. Zunächst müsse eingehend geprüft und dann vollzogen werden, wo und welche Reserven ausgeschöpft werden können. Das „Gesundheitskonzert“ habe sich die Frage zu stellen, ob wirklich alles getan worden sei, um medizinisch unbegründete Ausgaben zu vermeiden. Die Ministerin beantwortete diese Frage mit einem eindeutigen „Nein“. Richtgrößen für die Arzneimittelverordnung im ambulanten Bereich, rigidere Wirtschaftlichkeitskontrollen und mehr Leistungstransparenz seien nur einige wichtige, aber kosteneffektive Punkte, so die Ministerin. Aber auch die Krankenhausfinanzierungs- und Organisationsreform der Krankenkassen seien noch zwei wichtige Soll-Posten.

Mit Vorhaltungen, statistischen Kontroversen und Schuldzuweisungen wurde auch bei der Bonner Runde nicht gespart. Die Ministerin warnte: Das Gesundheitswesen ist kein „Schwarzes-Peter-Spiel“. Wenn die Finanzierung gefährdet ist und ständig steigende Beitragssätze die Lohnnebenkosten belasteten, seien eben alle nach dem Gesetz aufgeru-

fen, mit Gegenmaßnahmen dagegen vorzugehen. Dies sei eine gemeinsame Aufgabe und keine „staatliche Bringschuld“, so schulmeisterte Frau Hasselfeldt.

GKV: Defizit erwartet

● Die Schlußbilanz der Krankenkassen für 1991 weist voraussichtlich ein Defizit zwischen vier und fünf Milliarden DM auf. In den westlichen Bundesländern stiegen die Leistungsausgaben je Mitglied in den ersten drei Quartalen 1991 um 9,1 Prozent, also doppelt so stark wie der Anstieg der Grundlöhne (+ fünf Prozent). Die Ministerin rechnete vor: In den ersten neun Monaten 1991 betrug der Ausgabenzuwachs für die ambulante ärztliche Vergütung 6,7 Prozent, ebenfalls geringfügig höher als der Zuwachs der Grundlöhne. Dies sei allerdings auch das Ergebnis einer zunehmenden „Ausdeckelung“ von Teilen des ärztlichen Leistungsspektrums aus der Gesamtvergütung, eine gesundheitspolitisch gewollte Verstärkung präventivmedizinischer Leistungen nach dem SGB V (heute beträgt dieses Volumen bereits bis zu 25 Prozent).

Andererseits, und das vergaß die Ministerin öffentlich zu erwähnen, lagen die mit den Kassenärzten in den letzten Jahren ausgehandelten Gesamtvergütungen jeweils unterhalb oder verliefen höchstens parallel zum Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten. Viele Ärzte mußten in den letzten Jahren sogar real Einkommensabstriche hinnehmen, zumal sich der Praxiskostenanstieg infolge der Personalkostenintensität und der aufwendigen technischen Apparaturen beschleunigt hat. Auch erhöht sich die Zahl der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte jährlich (netto) um 1500 bis 2000, die sich den nicht größer werdenden Topf der Gesamtvergütung teilen müssen. Dies führt im Ergebnis zu einer schlechteren Bezahlung der einzelnen Leistung.

Pauschal von einer von den Ärzten „verursachten“ ungebremsten Mengenentwicklung zu sprechen, ist deshalb fehl am Platz. Darauf wies

Dr. Ulrich Oesingmann, der 1. Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, hin. Die Kassenärzte fühlten sich erneut vom Gesundheitsministerium im Stich gelassen. Sie würden als Sündenböcke an den Pranger gestellt. Dies erzeuge Unmut, Resignation und lauten Protest, „alles Eigenschaften, die ein Arzt, der sich erfolgreich um das Wohl seiner Patienten kümmern will, nicht haben sollte“. Das Ministerium verbreite den Vorwurf, daß die Selbstverwaltung für die Ausgabenexpansion verantwortlich sei. Der Sachverständigenrat habe jedoch das Gegenteil bestätigt.

Die Leistungsträger im Gesundheitswesen, darunter die Ärzteschaft, die Apotheker, die Krankenhausträger und die Pharmazeutische Industrie, stellten gemeinsam fest: „Eine sachgerechte, am Versorgungsbedarf der Bevölkerung ausgerichtete Gesundheitspolitik darf sich nicht in gesetzlich verordneter Kostendämpfung mit ausschließlich ökonomischer Orientierung erschöpfen.“ Einfrieren der Honorare von Ärzten und Zahnärzten, Preisstopp für Arzneimittel sowie Festschreibung der Beitragssätze – diese „planwirtschaftlichen Radikal-Maßnahmen“ – werden von den Leistungsträgern als „untauglich“ und als „mit den Anforderungen an ein leistungsfähiges Gesundheitswesen“ nicht zu vereinbarende Mittel abgelehnt. Das Ziel „Beitragssatzstabilität um jeden Preis“ sei angesichts der Altersentwicklung der Bevölkerung und der sich durch den medizinischen Fortschritt weiter verbessernden Möglichkeiten in Diagnostik und Therapie mit einer bestmöglichen Versorgung der Patienten nicht vereinbar und verrate Konzeptionslosigkeit in der Gesundheitspolitik.

Gleichwohl treten die Kassenverbände dafür ein, die Gesundheitsreform in einer Reihe von Schlüsselparagraphen „nachzubessern“. So sollten die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, Festbeträge und Festbetragsgruppen leichter festzulegen. Ebenso sollten die Krankenkassen mehr Rechte erhalten, um Krankenhäuser aus Versorgungsverträgen herauszukündigen, falls sie unwirtschaftlich arbeiten. Die Kran-

kenkassen vermuten noch viel „Slack“ in manchen miß-gemanagten Krankenhäusern. Dennoch wollen sie die Personaldecke verstärken, sofern dies Personalverordnungen und das Tarifrecht erforderten.

Ministerin droht

Obwohl Ministerin Hasselfeldt noch kürzlich dem Katalog der „Folterinstrumente“ aus ihrem Ministerium abschwören wollte, hielt sie vor der Konzertierte Aktion folgende auf ein bloßes Spardiktat hinauslaufende Forderungen parat:

▷ Bei den Honoraren für niedergelassene Ärzte dürfe es „keine Rückkehr zu einer reinen Einzelleistungsvergütung ohne jede Begrenzungsregelung“ geben.

▷ Kassenärzte und Krankenkassen sollten endlich Richtgrößen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen und mehr Transparenz durchsetzen.

▷ Die Zahnärzte und die Krankenkassen müßten die Zahnersatz-Richtlinien so novellieren, daß die Zahnprothetik auf das Notwendige beschränkt werden könne.

▷ In der Arzneimittelversorgung seien so viele Medikamente wie möglich mit einem Festbetrag zu versehen. Dazu müsse die Verschiebung der Zuzahlungsregelung auf den 1. Juli 1993 genutzt werden.

▷ Auch bei der Heil- und Hilfsmittelversorgung, insbesondere bei den physikalisch-therapeutischen Leistungen, müßten medizinisch nicht begründbare Mengenausweitungen gestoppt werden. Richtgrößen seien ebenfalls fällig für medizinische Bäder, Massagen und Krankengymnastik.

▷ Die Krankenhäuser müßten mit wirksamen „Wirtschaftlichkeitsmaßnahmen“ geprüft, die Kündigung unwirtschaftlicher Häuser ermöglicht und Sonderentgelte auf breiterer Basis eingeführt werden.

Dies alles soll nicht nur zur Kostendämpfung, sondern zur Vollendung der hehren Gesundheitsreform vollzogen werden, denn (Hasselfeldt-Spruch): „Wer auf halber Strecke aussteigt, darf sich nicht beklagen, daß er nicht ans Ziel kommt.“ Dr. Harald Clade