

Gisela Broll/Hartwig Broll/Dr. Andreas Lehr

Wo setzen die Parteien in der Gesundheitspolitik ihre Schwerpunkte?

Ein Überblick nach der Beschlussfassung der Wahlprogramme

In den letzten Wochen haben alle im Bundestag vertretenen Parteien ihre Konzepte für die Bundestagswahl vorgelegt. Wo wollen sie im Wahlkampf – und vielleicht auch nach dem 22. September – ihre gesundheitspolitischen Akzente setzen? Welche Vorstellungen sind am ehesten kompatibel? Welche Rolle spielt der Krankenhausbereich? Die Autoren, erfahrene Berliner Korrespondenten, skizzieren den aktuellen Stand.

Nachdem die PDS schon am 17. März dieses Jahres auf dem Parteitag in Rostock ihr Wahlprogramm verabschiedet hatte, ging es ab Ende April Schlag auf Schlag: Am 29. April stellten die Parteivorsitzenden von CDU und CSU in Berlin ihre gemeinsame Wahlplattform vor, auf Parteitagen der Grünen (4. und 5. Mai in Wiesbaden) und der F.D.P. (10. bis 12. Mai in Mannheim) wurden ebenfalls die Wahlprogramme verabschiedet. Das SPD-Programm stand zwar erst auf dem Parteitag am 2. Juni in Berlin auf der Tagesordnung, doch es galt schon vorher als ausgemacht, dass es kaum noch zu größeren Änderungen an der am 24. April vom Parteivorstand in Berlin vorgestellten Entwurfsfassung kommen würde.

SPD: Ulla Schmidt setzt sich durch

Im Unterschied zu den anderen Parteien fanden die programmatischen Auseinandersetzungen bei der SPD sehr weitgehend in der Öffentlichkeit statt; die inhaltlichen Festlegungen waren eng mit personellen Machtfragen verbunden. Nach den gesundheitspolitischen Turbulenzen des vergangenen Jahres ging es vor allem darum, ob Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt sich mit ihren Vorstellungen im Wahlprogramm würde durchsetzen können – und sie konnte es. Erleichtert wurde ihr dies allerdings durch die Berufung ihres umtriebigen Konkurrenten Florian Gerster zum neuen Chef der Bundesanstalt für Arbeit. Der Abschnitt „Für ein leistungsfähiges und solidarisches Gesundheitswesen“ im SPD-Programm enthält im Wesentlichen die Inhalte, die in der jüngsten Vergangenheit den Kern der Aussagen von Gesundheitsministerin Schmidt ausmachten (siehe zu den einzelnen Punkten „das Krankenhaus“ 5/02, Seite 368). Von besonderer Brisanz sind zweifelsohne die vorgesehene Anhebung der Versicherungspflichtgrenze und die angekündigten Maßnahmen zur Schwächung der Kompetenzen der gemeinsamen Selbstverwaltung; so sollen die Inhalte von medizinischen Leitlinien sowie die stärkere Orientierung des einheitlichen GKV-Leistungskatalogs am „medizinisch Notwendigen“ von „unabhängigen Sachverständigen“ vorbe-

reitet und der Selbstverwaltung vorgegeben werden. Beides zusammen führt zu einer weiteren Verstaatlichung des Gesundheitswesens; insbesondere die Pläne bezüglich der Versicherungspflichtgrenze haben unmittelbar zu erheblichen und anhaltenden Protesten der PKV geführt. Dem neuen PKV-Verbandsdirektor, Dr. Volker Leienbach, wurde die erste ernste Bewährungsprobe im neuen Amt frei Haus mitgeliefert.

Der weitere Verlauf der Karriere von Ulla Schmidt dürfte – neben dem Wahlergebnis – im Wesentlichen davon abhängen, ob die GKV-Finanzentwicklung des Jahres 2002 halbwegs stabil bleibt.

Unionsparteien: Zuflucht zum Ungewissen

Das gemeinsame Regierungsprogramm von CDU und CSU für die Jahre 2002 bis 2006 „Leistung und Sicherheit – Zeit für Taten“ räumt gesundheitspolitischen Fragen keinen besonderen Stellenwert ein. Unter der Überschrift „Gesundheit ist ein hohes Gut“ finden sich neben dem Hinweis auf vorgebliche vergangene Erfolge, Angriffen gegen die Gesundheitspolitik der letzten 4 Jahre und etlichen Allgemeinplätzen nur wenige Hinweise auf die konkrete Gesundheitspolitik der Union. Dem Papier ist deutlich anzumerken, dass es weniger die parteiinternen Diskussionen der letzten Monate und Jahre widerspiegelt – und damit auch nicht entscheidet –, sondern eher von Parteistrategen verfasst wurde, denen wohl vor allem eines am Herzen lag: die tatsächlichen gesundheitspolitischen Ziele der Union – soweit es sie in dieser Klarheit überhaupt schon gibt – zu verschleiern.

☛ Unter anderem werden die parteiinternen Auseinandersetzungen über die zukünftige Gestaltung des Leistungskatalogs durch ein undurchschaubares „Sowohl-als-Auch“ entschieden.

☛ Die unterschiedlichen Positionen in dieser Frage wurden – in stark verkürzter Darstellung – durch die Protagonisten Horst Seehofer und Ulf Fink vertreten; während sich Seehofer für die Option eingesetzt hatte, Leistungen abwählen zu können, präferierte Fink in der von ihm geleiteten Programmkommission eher eine Zuwahlvariante. Zudem gab es auch bei den Gesundheitspolitikern der Union gewichtige Stimmen, die sich – wie die SPD – strikt gegen eine Änderung beim gesetzlichen Leistungskatalog ausgesprochen hatten. Der Wortlaut des Programms erscheint in der Tat salomonisch: „Die Versicherten sollen künftig eine größere Wahlfreiheit über den Umfang ihres Versicherungsschutzes erhalten. Sie

DKG-Reaktionen auf die vorgestellten Wahlprogramme der CDU/CSU und F.D.P.

Die DKG lehnt die von CDU und F.D.P. vorgeschlagene Aufspaltung des GKV-Leistungskatalogs in Grund- und Wahlleistungen ab. Wie DKG-Hauptgeschäftsführer Jörg Robbers am 7. Mai 2002 in Berlin erklärte, wäre dann nämlich zu befürchten, „dass nur noch diejenigen in den Genuss des medizinischen Fortschritts kämen, die sich diesen leisten können“. Dagegen begrüße die DKG die CDU-Forderung, durch mehr Wettbewerb Strukturdefizite zu beseitigen, weil so die Qualität der medizinischen Versorgung verbessert und die Wirtschaftlichkeit erhöht werden könne. Das positive Urteil erstreckte sich allerdings vornehmlich auf den Leistungswettbewerb. Ein Preiswettbewerb jedoch führe zu einer fatalen Versorgungsverschlechterung und sei aus diesem Grund wenig sachdienlich.

Zustimmung durch die DKG finde die sowohl von der CDU als auch von der F.D.P. erhobene Forderung, die Budgetierungen bei den Leistungserbringern abzuschaffen. Nur so lasse sich das Prinzip „Geld folgt der Leistung“ realisieren, ohne dass das Morbiditätsrisiko vollständig bei den Krankenhäusern läge. Bei gleichzeitig steigenden Fallzahlen der stationären Behandlung und einer zunehmenden Nachfrage auf Grund des medizinischen Fortschritts führe die jetzige Budgetierung zu einer Mangelversorgung.

Die DKG, so Robbers, verlange daher eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze und eine Ausweitung auf

weitere Einkommensarten als Grundlage für eine ausreichende Finanzierung der GKV. Als ein vordringliches Ziel müsse zudem die weitergehende Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung verfolgt werden. Angesichts des vorhandenen medizinischen Sachverstands und der technischen Infrastruktur käme den Krankenhäusern dann die Funktion eines integrierten Dienstleistungszentrums zu.

Die Ablehnung der F.D.P., durch eine Ausweitung des Beitragszahlerkreises die Einnahmen der GKV zu erhöhen, wurde von der DKG kritisiert. Auf Grund der demographischen Entwicklung sei davon auszugehen, dass die Fallzahlen auch in Zukunft weiter steigen werden, erklärte DKG-Hauptgeschäftsführer Jörg Robbers am 13. Mai 2002 in Berlin. Er bezog sich dabei auf das vorgestellte Wahlprogramm der F.D.P. Robbers forderte, das Morbiditätsrisiko nicht allein bei den Krankenhäusern zu belassen. „Eine qualitativ hochwertige Versorgung einer zunehmend alternden Gesellschaft kann die Einnahmenseite der GKV nicht ausschließen“, sagte er.

Die DKG erachte eine Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze und eine Ausweitung der Bemessung auf weitere Einkommensarten für sachgerecht. Nachdrücklich begrüße sie die F.D.P.-Forderung, das Gesundheitswesen zu entbürokratisieren. „Damit könnten die Ärzte im Krankenhaus wieder ihrer Kernaufgabe – der Patientenversorgung – nachkommen“, stellte Robbers fest.

sollen künftig selbst entscheiden können, ob sie den bisherigen Versorgungsumfang beibehalten, zusätzliche Leistungen erhalten oder bei gleichzeitiger Beitragsermäßigung Leistungen abwählen oder einen Selbstbehalt übernehmen wollen.“

☛ Jeder kann also alles so lassen, wie es ist. Oder zuwählen. Oder abwählen.

Ansonsten bleibt das Programm so einfach wie abstrakt: „Für CDU und CSU ist klar: Was medizinisch notwendig ist, muss auch tatsächlich geleistet werden.“ Hier ergibt sich eine doch klare Schnittmenge mit den Vorstellungen aller anderen Parteien. Die spannende Frage, wie das lobenswerte Ziel erreicht werden soll, verschwindet im Ungewissen. Es folgt eine weitgehend hierarchiefreie Aufzählung von Kernaussagen, bei der Bekenntnisse, Grundsätze, gesundheitspolitische Ziele, instrumentell technische Lösungen und strukturelle Entscheidungen ungeordnet nebeneinander stehen:

- Bekenntnis zur freien Arzt- und Krankenhauswahl, zur Therapiefreiheit, zu Wettbewerb und Effizienz in der GKV, zur solidarischen Versicherung, Verstärkung der Prävention und Gesundheitsförderung und zur größeren Wahlfreiheit der Versicherten; wie bereits erwähnt, Erhalt – oder Zu- oder Abwahl – von Leistungen mit Selbsthaltoption,

Flexibilisierung des Organisations-, Vertrags- und Leistungsrechts der GKV, Abschaffung aller Budgetierungen, Wahl zwischen Sachleistungs- und Kostenerstattungsprinzip, mehr Transparenz – Patienteninformation, Patientenquittung, intelligente Chipkarte –, gerechterer und transparenterer Risikostrukturausgleich, Konsolidierung der Pflegeversicherung, Stärkung der häuslichen Pflege, stärkere private Altersvorsorge zur Belastungsminderung der Pflegeversicherung.

☛ Wer daraus nach der Wahl – falls erforderlich – ein stringentes gesundheitspolitisches Gesetzgebungsprogramm entwickeln soll, ist nicht zu beneiden.

An den programmatischen Äußerungen der Union lässt sich deutlich demonstrieren, was passiert, wenn nicht der Fachebene, sondern den Politik- und Kampagnespezialisten letztlich die redaktionelle Bearbeitung der Aussagen überlassen wird. Für einen „Inhaltswahlkampf“ eignet sich dieses Programm jedenfalls kaum. Diese Erfahrung musste kürzlich auch die bayerische Gesundheitsministerin Christa Stewens machen. Nach dem Versuch, das gemeinsame Programm im Rahmen eines Pressegesprächs zu erläutern, wurde sie postwendend zurückgepfiffen. Frau Stewens, so verlautete es aus München, habe lediglich ihre „persönlichen Auffassungen“ zur Gesundheitspolitik vorgetragen.

Bündnis 90/Die Grünen: „Verliererthema“ Gesundheit

Kaum eines der Wahlprogramme ist für den Bereich der Gesundheitspolitik derartig ausführlich und vergleichsweise konkret wie das der Grünen – und gleichzeitig nach der Wahl, dies lässt sich unabhängig von deren Ausgang jetzt schon sagen, so wenig politikrelevant. Nach dem Verlust des Gesundheitsressorts gilt die Gesundheitspolitik – zumindest für den Bundesvorstand der Partei – als „Verliererthema“. Dazu passt, dass nach dem Ausscheiden der gesundheitspolitischen Protagonisten der Grünen aus der Bundespolitik – Erwin Jordan, Andrea Fischer und Monika Knoche – gegenwärtig nicht abzu- sehen ist, wer sich bei den Grünen dieses Politikfeldes annehmen wird.

Dass die programmatischen Ausführungen im „Vierjahresprogramm 2002 bis 2006“ dennoch so ausführlich geraten sind, liegt mit an dem beschriebenen Umstand. Der Bundesvorstand verzichtete beim Beschluss über das Wahlprogramm bereits im Vorfeld darauf, sich mit einem wesentlich kürzeren, unkonkreteren Entwurf gegen die eigene Basis durchzusetzen. So findet man im Wahlprogramm tatsächlich spezifisch grüne Gesundheitspolitik, im Wesentlichen formuliert durch die Bundesarbeitsgemeinschaft „Arbeit, Gesundheit, Soziales“. Entsprechend „grün“ klingen viele der aufgenommenen Inhalte, zumindest, wenn man sich an diese Partei vor ihrer ersten Regierungsbeteiligung erinnert:

➤ Präventive Gesundheitspolitik soll sich auch gegen Umweltbelastungen, gegen gesundheitliche Risiken am Arbeitsplatz, Fehlernährung, psychosozialen Stress oder Benachteiligungen und Diskriminierungen wenden. Die Therapie umwelt- und schadstoffbedingter Krankheiten müsse einen adäquaten Platz in der medizinischen Versorgung erhalten. Man möchte die bestehenden Versorgungsstrukturen – ausdrücklich unter Beibehaltung des Sachleistungsprinzips und ohne Aufteilung des Leistungskatalogs – weiterentwickeln, Versorgungslücken schließen und die Selbstverwaltung reorganisieren.

➤ Andere Einkommensarten wie Zinsen, Mieten und Spekulationsgewinne sollen nach den Buchstaben des Grünen-Programms in die Beitragsbemessung miteinbezogen, der Kreis der Versicherten ausgeweitet, die GKV langfristig zu einer „beitragsgerechten Bürger- und Bürgerinnenversicherung“ werden. Man setzt auf die mündigen Patientinnen und Patienten und will die vorhandenen Ansätze der Selbstorganisation und Selbsthilfe stärken. Eine „Stiftung Gesundheitstest“ soll analog zur Stiftung Waren- test den Gesundheitsmarkt transparent und vergleichbar machen, ein „Institut für Qualitätssicherung im Gesundheitswesen“ die Aktivitäten des Qualitätsmanagements aller Leistungsanbieter und -anbieterinnen auf gesetzlicher Grundlage koordinieren.

Weiterhin setzt sich die Partei – nach Maßgabe dieses Programms – dafür ein, die „sprechende Medizin“ zu stärken, eine umfassende „gemeindepsychiatrische Versorgung“ umzusetzen, die nichtärztlichen Gesundheits-

berufe „durch stärkere inhaltliche wie finanzielle Autonomie“ aufzuwerten, die außerklinische Geburtshilfe rechtlich abzusichern und „sinnvolle Leistungen der besonderen Therapierichtungen“ solidarisch zu finanzieren. Gleichzeitig müsse der Arzneimittelmarkt „energischer von Mitteln mit fragwürdiger Wirkung gereinigt“ werden („Die Positivliste ist endlich in Kraft zu setzen.“); die Arzneimittelsicherheit für Kinder und Jugendliche soll verbessert werden.

Umgesetzt werden von allen diesen Punkten höchstwahrscheinlich nur die wenigsten. Die Grünen haben scheinbar keinerlei Ambitionen auf eine bundespolitisch bedeutsame Rolle in der Gesundheitspolitik. Es ist auch wenig wahrscheinlich, dass eventuelle Koalitionsverhandlungen an irgendwelchen „Essentials“ aus dem Bereich der Gesundheitspolitik scheitern könnten. Das gesundheitspolitische Programm der Grünen ist ein Basisprogramm; im Bundesvorstand besitzt es keine Reputation. Wie in anderen Parteien bestimmt aber der Vorstand mittlerweile die Ausrichtung und Inhalte der Politik. Der Weg der Grünen zum parteipolitischen „Establishment“ der Bundesrepublik ist in erstaunlich kurzer Zeit vollzogen worden. Die Gesundheitspolitik – personifiziert in Andrea Fischer – ist dafür, sicherlich neben anderen Politikbereichen, ein gutes Beispiel.

F.D.P.: Gibt es einen Gesundheitsminister Möllemann?

Die Grundzüge des gesundheitspolitischen Programms der F.D.P. stehen schon seit dem Bundesparteitag im Mai vergangenen Jahres fest. Bemerkenswert ist, dass sich auf der Ebene der Parteiführung wieder Jürgen Möllemann dieses Themas angenommen hat, der mit einem entsprechenden Ministeramt zu liebäugeln scheint. ▶



Erst denken, dann handeln.
Parkhaus als Geschäftsidee.

www.vollack.de/parkhaus

vollack® 
Erfolg bauen

Parkhaus AG

- vom Einfachsten bis zum Besten
- Marken-Qualität zu günstigen Preisen vom Fachmann
- Gardinen-Wäsche mit Abnehmen und Aufhängen

Gardinen

Unser Meister kommt zur kostenlosen Beratung – Anruf genügt!

☎ 02 11/77 12 07

A+A GmbH · 40599 Düsseldorf · Kolbergerstraße 15

Auch die nun gültige Form des Wahlprogramms steht ganz im Zeichen von Markt und Wettbewerb, dem bekannten Credo der Liberalen. Während die SPD mehr Wettbewerb fast ausschließlich für den Teilmarkt zwischen den Krankenkassen und den Leistungsanbietern einführen möchte, steht im Vordergrund der Überlegungen der F.D.P., „den Menschen Gestaltungsmöglichkeiten für den Umfang des Versicherungsschutzes“ einzuräumen. Hierfür müsse „die Tarifgestaltung in der GKV ... flexibler werden“. Der für alle Kassen einheitliche Pflichtleistungskatalog wird laut F.D.P.-Programmatik auf „Kernleistungen“ beschränkt. Zu deren Definition schweigt sich die Partei allerdings aus. Den derzeitigen so genannten Arbeitgeberanteil an den Versicherungsbeiträgen wollen die Liberalen einkommensteuerneutral an die Arbeitnehmer ausgeschüttet sehen, die zukünftig alleine für die Versicherungsbeiträge aufkommen sollen, deren Höhe sich dann auch nach dem Umfang der versicherten Wahlleistungen richtet. Zu den Beiträgen treten sozial gestaffelte „Selbstbehalte und Selbstbeteiligungen“ hinzu, deren Sinn darin gesehen wird, „Anreize für ein kostenbewusstes Verhalten“ zu setzen.

Die F.D.P. folgt damit konsequent der Vorstellung, die Finanzierung der „sozialen Sicherungssysteme ... vom Beschäftigungsverhältnis zu lösen“, ein wegen der weiter fortschreitenden Globalisierung zentrales wirtschafts- und arbeitsmarktpolitisches Anliegen. Von allen Möglichkeiten, die Lohnkosten von den Versicherungsbeiträgen abzukoppeln, hat sich die F.D.P. im gesundheitspolitischen Teil für die konsequenteste – und das heißt auch die weitestgehende Lösung – entschieden.

Auf dem Teilmarkt zwischen den Krankenkassen und den Leistungsanbietern ist ein Mehr an Wettbewerb nur möglich, wenn der Grundsatz des „Gemeinsamen und Einheitlichen“ fällt. Dies postuliert denn auch die F.D.P.: „An die Stelle staatlicher Vorgaben müssen Verhandlungslösungen treten.“ Auf der anderen Seite werden „feste Preise“ für „Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten“ gefordert, auch „der freie Zugang zur Berufsausübung (müsse) stets erhalten bleiben“. Es fehlt auch nicht die wichtigste Botschaft für die Leistungserbringer: Es soll Schluss sein mit „gesetzlich vorgegebenen Budgets“, die „bevormundende leistungsfeindliche Ausgabendeckelung muss abgeschafft werden, denn sie führt zur Rationierung in Arztpraxen, Apotheken und Krankenhäusern“. An die Stelle der Budgetierung sollen „leistungsgerechte Vergütungen und Anreize zu wirtschaftlichem Handeln auf allen Ebenen“ treten.

Zu den klassischen Forderungen der F.D.P. gehört die Ablösung des Sachleistungsprinzips durch das Kostenerstattungsprinzip. Interessanterweise wird diese Forderung aber nicht (mehr) mit vermeintlichen Vorteilen für die Systemsteuerung, sondern mit dem Informationsbedürfnis der Versicherten begründet. Dieses soll auch durch eine Lockerung des Werbeverbots befriedigt werden.

Das Wahlprogramm der F.D.P. setzt sich mit 2 hochaktuellen Themen auseinander. So wird gefordert, den „Risikostrukturausgleich schrittweise abzubauen“. Was für eine

Übergangszeit Chancengleichheit für im Wettbewerb stehende Kassen schaffen solle, werde in einem funktionierenden Markt zunehmend überflüssig, ja sogar kontraproduktiv. Damit haben die Liberalen sich sozusagen im letzten Moment noch auf ihre ursprüngliche, schon vor 10 Jahren bei der Schaffung des RSA vertretene Position besonnen. Im Antrag an den Parteitag war noch die „Begrenzung“ des RSA auf den Ausgleich „echter Risiko-disparitäten“ gefordert worden.

Die 2. angesprochene aktuelle Thematik ist die Erweiterung der Finanzierungsbasis. Dabei erteilt die F.D.P. einer Anhebung der Versicherungspflichtgrenze erwartungsgemäß eine „strikte“ Absage, weil sie nach ihrer Überzeugung die Wahlmöglichkeiten für die Menschen weiter einschränke. Auch „die Ausdehnung der Beitragsbemessung auf weitere Einkunftsarten“ lehnt die F.D.P. ohne weitere Begründung ab. Der Vorschlag, versicherungsfremde Leistungen künftig aus dem Bundeshaushalt zu finanzieren, findet dagegen Zustimmung.

PDS: Erneuerung des Solidarprinzips

Die Programmatik zum Gesundheitssystem ist bei der PDS stringent in die Zielrichtung des Gesamtkomplexes zur sozialen Sicherheit eingebunden („Soziale Sicherheit gestalten, heißt Selbstbestimmung garantieren.“); dies macht einen deutlichen Schwerpunkt im Wahlprogramm der PDS aus. Die auch für den Gesundheitsbereich maßgebliche „Botschaft“ lautet: „Die Erneuerung des Solidarprinzips ist die Achse unserer Reformkonzeption. Wir wollen das Solidarprinzip gegenüber dem reinen Leistungs- und Äquivalenzprinzip stärken.“

Was damit im Einzelnen gemeint ist, findet sich wieder im Abschnitt „Das solidarische Fundament für die Einnahmen erneuern“:

- Berechnung der Arbeitgeberanteile an den Sozialbeiträgen nach der Wertschöpfung statt nach der Lohnsumme;
- Umwandlung der Sozialversicherungen von Arbeitnehmerversicherungen zu „Versicherungen aller Erwerbstätigen, auch der Beamten, Selbstständigen, Freiberufler, Abgeordneten“;
- Anhebung der Beitragsbemessungsgrenzen;
- spezifisch für die Krankenversicherung: Anhebung der Versicherungspflichtgrenze auf die Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung, Einkommen aus Vermögensbesitz sollen beitragspflichtig werden.

Die „solidarische“ Stärkung der Einnahmenseite steht also ganz im Zentrum der Programmatik der PDS; dies soll ausreichen, um „die Hauptursachen der Finanzierungsprobleme der Krankenversicherungen (zu) beseitigen“. Wie schon in früheren Papieren wendet sich die PDS daher auch im neuen Programm gegen jegliche Ansätze zur Privatisierung von Gesundheitsleistungen. „Leistungskürzungen, mehr Eigenbeteiligung und Zweiklassenmedizin ... lehnen wir ab.“

Trotz eines deutlichen Schwerpunktes auf der Einnahmenseite sieht auch die PDS die Notwendigkeit einer „grundlegenden Reform“ bei den Strukturen der Leistungserbringung. Hier ist eine große Übereinstimmung mit den Konzepten anderer Parteien zu erkennen (bessere Kooperation und Integration, sinnvollere Vergütungsformen, Wettbewerb um medizinische Qualität, Prävention, Gesundheitsförderung usw.).

Erhalten hat sich bei der PDS die Abneigung gegen die „pharmazeutisch-medizintechnische Industrie“. Diese wird vor dem aktuellen Hintergrund des 400-Mio.-DM-Deals im Zuge des Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetzes scharf angegriffen. „Jede Regierung hat sich bisher gescheut, die Preistreiberei der pharmazeutisch-medizintechnischen Industrie zu begrenzen. Wir treten für gesetzliche Regelungen ein, die den Einfluss der Pharmaindustrie auf das medizinische Leistungsgeschehen zurückdrängen.“

Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Die Analyse der unterschiedlichen Parteiprogramme lässt – auch vor dem Hintergrund des jeweiligen politischen Agierens in der laufenden Legislaturperiode – grob vereinfachend folgende Feststellungen zu:

- SPD, Grüne und PDS haben tendenziell die gleiche Ausrichtung, was gerade bei den Finanzierungsfragen

(Versichertenkreis etc.) sehr deutlich wird. Die F.D.P. bildet dazu die diametrale Gegenposition. Die Union ist wegen ihres unscharfen Profils schwer einzuordnen, aber eher in der Nähe der F.D.P. anzusiedeln. Dies gilt insbesondere für das Verhältnis zu den Leistungserbringern und für die beabsichtigte Liberalisierung des Leistungsrechts (Wahltarife für Versicherte). Eine Übereinstimmung der großen Parteien ist am ehesten in dem Ziel auszumachen, das Vertragsrecht zu liberalisieren, ohne es vollständig umzukrempeln

- Übereinstimmung gibt es über alle Parteigrenzen hinweg vor allem auf der abstrakten Zielebene: Aufrechterhaltung einer medizinisch notwendigen Versorgung für alle Versicherten, Förderung von Prävention und alternativer Medizin, mehr Integration, mehr Qualität, mehr Versichertennähe usw. Übereinstimmend wird auch gefordert, versicherungsfremde Leistungen künftig aus dem Haushalt zu finanzieren bzw. die entsprechenden Verschiebepahnhöhe wenigstens zu stoppen. Allerdings ändert auch diese Übereinstimmung nichts daran, dass entsprechende Forderungen vor dem Hintergrund der prekären Lage der Staatshaushalte und angesichts der Maastricht-Kriterien als unrealistisch zu gelten haben. Hier gilt, nicht anders als in Bezug auf die Wahlversprechungen in der Familienpolitik etc., ein genereller Finanzierungsvorbehalt. Von den guten Absichten der Politiker – welcher Partei auch immer – kann sich nach der Wahl niemand etwas kaufen. ▶



optimal gewirtschaftet?

Schnell wird eine Röntgenaufnahme bei der Rechnungserstellung vergessen. Mit systematischen Plausibilitätskontrollen sorgt die PriA dafür, dass Sie Ihr Potential voll und ganz ausschöpfen.



Wir rechnen Ihre gesamten, ambulant erbrachten Leistungen ab. Mit Kostenträgern, Kassen- und Privatpatienten. Kompetent und konsequent. Bis zum Inkasso.

Die PriA. Abrechnungsexperten für Krankenhäuser, CA KV Ermächtigung, Pflegeeinrichtungen.

PriA GmbH

Remscheider Straße 16
45466 Mülheim a. d. Ruhr

Tel. 0208/4847-710
Fax 0208/4847-798

www.pria.de
info@pria.de

Im Verbund mit der
Privatärztlichen VerrechnungsStelle Rhein-Ruhr.

Niederlassung Berlin

Hardenbergstraße 15
10623 Berlin

Tel. 030/3190 08-32
Fax 030/31 21 020

www.pria.de
info@pria.de

Im Verbund mit der
Privatärztlichen VerrechnungsStelle Berlin-Brandenburg.

PriA

Dienstleistungen im
Gesundheitswesen GmbH

Was kommt auf die Krankenhäuser zu?

Den Leser mag es verwundern, dass der Krankenhausbereich bislang noch nicht erwähnt wurde. Dies ist kein Zufall: Der stationäre Sektor ist in der gesundheitspolitischen Programmatik der Parteien kein Schwerpunkt und wird kaum gesondert angesprochen. Lediglich in kurzen Sätzen werden, auf den Krankenhausbereich direkt abzielend, folgende Aspekte genannt:

- Die Ausgabendeckelung muss abgeschafft werden, weil sie zu Rationierung führt (F.D.P.);
- Fallpauschalen bremsen die Kostenentwicklung und weisen in die richtige Richtung (SPD); die Krankenhäuser brauchen ein echtes Preissystem (F.D.P.);
- bessere Abstimmung zwischen dem stationären und ambulanten Bereich (SPD), Schaffung von zielgerichteten Übergängen von der Krankenhausbehandlung in die häusliche Pflege (SPD), Integration und Ausrichtung an zielgruppenspezifischen Bedarfen (Bündnis 90/Die Grünen), Kooperation und Integration (PDS);
- mehr Vertragsfreiheit für die Krankenhäuser, aber auch für die Krankenkassen (SPD), freie Arzt- und Krankenhauswahl erhalten (CDU/CSU);
- geltende Normen des Arbeitszeitrechts umsetzen (SPD), angemessene Arbeits- und Tarifbedingungen (PDS).

Man kann aus der spärlichen programmatischen Berücksichtigung der Krankenhäuser durchaus den Schluss ziehen, dass die Politik glaubt, diesen Bereich mit der Einführung des DRG-Systems zunächst ausreichend geregelt zu haben. Auf der anderen Seite ist der stationäre Sektor von übergreifenden Themen ebenso betroffen wie die anderen Gesundheitssektoren. Dies gilt insbesondere für alle Fragen der Finanzierung und Verteilung. Die Themen Integration und Vertragsrecht (selektives Kontrahieren auch mit Krankenhäusern) werden darüber hinaus eine zentrale Rolle spielen. Nicht zuletzt muss die DRG-Einführung auch weiterhin mit gesetzlichen Regelungen begleitet werden.

Fazit: Trotz der spärlichen Erwähnung des Krankenhausbereichs in den Parteiprogrammen dürfte dieser Sektor auch in der kommenden Legislaturperiode elementar von politischen Entscheidungen betroffen sein.

Gesundheitspolitik im Wahlkampf

Die Gesundheitspolitik dürfte im Wahlkampf kaum besonderes Gewicht erlangen. Sie fällt gegenüber anderen Politikfeldern (Innere Sicherheit, Arbeitsmarkt, Steuern, Bildung) und einem außerdem stark personifizierten Wahlkampf weit zurück. Am ehesten eignen sich noch Fragen rund um das Thema „Leistungskatalog der GKV“ für eine Auseinandersetzung – dies wird Rot-Grün versuchen. Die Union tut sich schwer damit, in dieser Frage „konkret“ zu werden. Auch die F.D.P. hat es tunlichst vermieden, bei der Differenzierung von Kern- und Wahlleis-

tungen deutlicher zu werden. Die meisten der anderen Programmpunkte in der Gesundheitspolitik sind für das gemeine Wahlvolk kaum zu kommunizieren.

■ Und nach der Wahl?

Die Parteien, die sich nach der Wahl in der Opposition befinden, können sich den Luxus leisten, ihre möglicherweise unrealisierbare Programmatik auch weiterhin zu vertreten. Bei denen, die die Regierungsverantwortung übernehmen, ist dies anders.

- Auch nach der Wahl dürfte die Gesundheitspolitik kaum zu den prioritär eingeschätzten Politikfeldern gehören, was sie in Koalitionsverhandlungen eher zur „Knautschzone“ werden lässt. So würde etwa die Parteiführung der F.D.P. kaum eine Koalition mit der SPD, sollte diese unumgänglich sein, an Unterschieden in der gesundheitspolitischen Programmatik scheitern lassen.

- Wie nach jeder Wahl wird es außerdem wieder um den Ressortzuschnitt gehen. Kommen Kranken- und Pflegeversicherung vielleicht doch wieder ins Arbeits- und Sozialministerium?

- Zum Schwur dürfte es kommen, wenn es darum geht, kurzfristig ein voraussichtlich erhebliches Finanzdefizit der GKV zu bekämpfen. Werden die Konzepte zur Verbreiterung der Einnahmenseite tatsächlich durchgesetzt oder stehen dann Einschränkungen bei den Versicherten und bei den Leistungserbringern im Vordergrund?

- Insbesondere im Falle einer bürgerlichen Koalition werden sich auch viele technische Fragen stellen. Können Wahltarife wirklich umgesetzt werden? Hinzu kommen die massiven Widerstände derjenigen Leistungserbringer, die dem Wahlbereich der Versicherten zugeordnet werden sollen. Zu dieser Frage gibt es einen reichen Erfahrungsschatz aus den Auseinandersetzungen um die „Gestaltungsleistungen“ der letzten Seehofer-Reform.

Natürlich sind die Geschehnisse nach der Wahl ganz entscheidend von den Akteuren abhängig. Die Personaldecke im Bereich der Gesundheitspolitik ist quer durch alle Parteien und Fraktionen extrem dünn. Bleibt Ulla Schmidt im Amt, wer könnte sie ersetzen? Wird Horst Seehofer wieder voll einsatzfähig sein? Wird Jürgen Möllemann wieder für die F.D.P. Gesundheitspolitik machen?

Alles in Allem: In der vorliegenden gesundheitspolitischen Programmatik der Bundestagsparteien werden gewisse Richtungsentscheidungen getroffen – nicht mehr, aber auch nicht weniger.

Anschrift der Verfasser:

Gisela Broll/Hartwig Broll/Dr. Andreas Lehr,
Herausgeber des Gesundheitspolitischen
Informationsdienstes (gid) und der Zeitschrift
„Forum für Gesundheitspolitik“
Burbacher Straße 52–54, 53129 Bonn ■

Hauptstadtkongress

Anders als in den letzten Jahren verlief die Auftaktveranstaltung zum Hauptstadtkongress „Medizin und Gesundheit“, der vom 15. bis 17. Mai im Berliner ICC veranstaltet wurde. Dies lag zum einen daran, dass die Bundesgesundheitsministerin wegen terminlicher Verpflichtungen erstmals nicht den Kongress eröffnete, zum anderen hatten die Organisatoren der schon traditionell aus Anlass des Hauptstadtkongresses stattfindenden Ärztedemonstration in diesem Jahr darauf verzichtet, die Eröffnungsveranstaltung des Kongresses zu „erstürmen“.

Den inhaltlichen Teil der Kongresseröffnung übernahm so der Vorsitzende des Sachverständigenrates der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Professor Friedrich Wilhelm Schwartz. Er stellte 10 Thesen zu einer Gesundheitsreform in Deutschland vor, die von „Experten“ – überwiegend gestellt von den Hauptsponsoren des Kongresses – und Gesundheitspolitikern des Bundestages sowie schließlich von den Kongressteilnehmern selbst diskutiert werden sollten. Besondere gesundheitspolitische Akzente wurden weder durch die 10 Thesen von Prof. Schwartz noch durch die sich anschließende Diskussion gesetzt.

In dem vom scheidenden Bundestagsabgeordneten Ulf Fink initiierten Hauptstadtkongress sind die Kongresse „Krankenhaus – Klinik – Rehabilitation“, der Deutsche Pflegekongress sowie das Deutsche Ärzteforum vereint. Am Rande wurde in diesem Jahr erstmals ein „Hauptstadtforum Gesundheitspolitik“ integriert, in dem sich die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen, die Bundesversicherungsan-

stalt, die Rentenversicherungsträger sowie die gewerblichen Berufsgenossenschaften mit aktuellen Themen präsentieren konnten. Für „Masse“ sorgen beim Hauptstadtkongress die Pflegeverbände und die nahezu unüberschaubare Zahl von Referenten. Interessante und teilweise gut besuchte Veranstaltungen bot das Deutsche Ärzteforum, wenn auch bisweilen etwas abgehoben wie beim Thema „Concept Hospital – Prototyp

Der Betreuung und Pflege schwerstkranker Kinder“. Beim erstgenannten Gesetzesvorhaben geht es um die Vollfinanzierung von Mutter-Kind-Kuren, bei dem anderen geht es darum, bei Vorliegen einer schweren, unheilbaren Erkrankung eines Kindes einen Anspruch auf Krankengeld für einen Elternteil zu schaffen, der nicht der in anderen Fällen geltenden zeitlichen Begrenzung des Krankengeldes unterliegt. Für die Dauer dieses

Blickpunkt **Berlin**



Foto: Pressestelle Bundestag

eines eigentlich undenkbareren Krankenhauses“. Aktuelle krankenhausbezogene Themen – von klinischer Forschung über Personalmarketing, Tariffragen bis zu DRGs – machten den Kongress für Krankenhausmanager zu einem interessanten Forum.

Wahlgeschenke

Auch wenige Monate vor der Bundestagswahl kommt die Gesetzgebung nicht zur Ruhe. Die Koalition versucht ganz offensichtlich, durch kleine, wenig finanzwirksame Gesetze für gute Stimmung zu sorgen. Die Koalitionsfraktionen haben Mitte Mai 2 Initiativen in den Bundestag eingebracht, den „Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter“ sowie den „Entwurf eines Gesetzes zur Sicher-

Anspruchs auf Krankengeld soll außerdem ein Anspruch auf unbezahlte Freistellung von der Arbeitsleistung begründet werden. Dem erstgenannten Gesetzesentwurf muss der Bundesrat zustimmen, dem zweiten nicht. Zu beiden fand am 17. Mai – ohne Aussprache – die erste Lesung im Bundestag statt. Auch im weiteren Verlauf sollen beide Vorlagen parallel behandelt werden. Am 5. Juni sollen die Vorlagen im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages eingeführt werden, eine Anhörung – wenn die Opposition eine solche überhaupt beantragt – soll am 12. Juni folgen. Die Verabschiedung im Bundestag in 2. und 3. Lesung soll am 28. Juni stattfinden, der Bundesrat soll die Gesetzesbeschlüsse dann am 12. Juli passieren lassen.

Beide Gesetze sollen die GKV nicht viel kosten. Im Gesetzesentwurf zur Verbesserung der Vorsorge und Rehabilitation für Mütter werden die zusätzlichen Belastungen mit 5 Mio. € beziffert, im Entwurf zur Sicherung der Betreuung und Pflege schwerstkranker Kinder heißt es nur, dass die GKV „mit geringfügigen nicht quantifizierbaren Mehrausgaben belastet“ wird. Mit dieser Formulierung sollen auch die finanziellen Auswirkungen eines 3. Gesetzesentwurfs beschrieben werden, der in der ersten Juniwoche eingebracht und im weiteren Verlauf wie die beiden anderen Gesetzesentwürfe abgearbeitet werden soll. Durch das Gesetz mit dem Titel „Zur Verbesserung des Zuschusses zu ambulanten medizinischen Vorsorgeleistungen“ sollen die Zuschüsse der Krankenkassen bei Kuren (gemäß § 23 Absatz 2 SGB V) von 8 auf 13 € erhöht werden. Bei diesem – letzten? – GKV-Gesetz in dieser Legislaturperiode ist es schon vor der Einbringung zu einem Streit gekommen, und zwar innerhalb der Koalition. Die Grünen haben diesem Vorhaben bislang noch nicht zugestimmt. Da die SPD aber in den Kurorten unbedingt Flagge zeigen will, könnte es sein, dass sie den Gesetzesentwurf auch ohne die Zustimmung der Grünen einbringen wird. Der Opposition dürfte die Ablehnung dieser Initiative ebenso schwerfallen wie bei den beiden anderen Gesetzen: Wer möchte schon vor der Wahl den zu beschenkenden Versicherten und der ebenfalls bedachten Kurbranche derartige Leistungsverbesserungen verweigern?

Vermittlungsausschuss zum Apothekengesetz

Der Bundesrat wird zu dem Gesetz zur Änderung des Apothekengesetzes den ►

gemeinsamen Vermittlungsausschuss von Bundestag und Bundesrat anrufen. Nach einem entsprechenden Votum des für dieses Gesetzgebungsverfahren federführenden Gesundheitsausschusses soll der Vertriebsweg für Impfstoffe nun doch weiterhin über die Apotheke gehen. Eine weitgehende Umgestaltung des Gesetzes oder gar sein vollständiges Scheitern wird in Berlin zwar nicht erwartet, da es sorgfältig mit den Beteiligten, insbesondere auch mit der Apothekerschaft und der DKG, austariert ist. Angesichts der fortgeschrittenen Legislaturperiode muss jedoch mit allem gerechnet werden. Die Anru-

fung des Vermittlungsausschusses kann als erstes „Muskelspiel“ der unionsgeführten B-Länder angesichts der seit der Sachsen-Anhalt-Wahl neuen Machtverhältnisse in der Länderkammer gesehen werden.

Auseinandersetzungen um die „Friedensgrenze“

Die in das Wahlprogramm der Sozialdemokraten aufgenommene Absicht, für neu in das Erwerbsleben eintretende Versicherte die Versicherungspflichtgrenze zu erhöhen, hat den Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) bewogen, sich im Rahmen einer Kampagne an die Öffentlichkeit zu wenden. In ganzseiti-

gen Anzeigen in überregionalen Zeitungen sowie in kurzen TV-Spots wurde unter dem Motto „Weniger Wahlfreiheit und mehr Zwang schadet allen“ gegen dieses Vorhaben Stimmung gemacht. Anlässlich der Vorstellung der Kampagne Anfang Mai räumte der Verbandsdirektor des PKV-Verbandes, Christoph Uleer, allerdings ein, dass das Neuversicherungsgeschäft der PKV-Unternehmen gegenwärtig blüht. Eine Erhöhung der bislang als Friedensgrenze zwischen GKV und PKV bezeichneten Versicherungspflichtgrenze werde der PKV jedoch mittel- bis langfristig erheblichen Schaden zufügen.

Die gänzliche Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze ist eine der zentralen Forderungen, die die Ersatzkassenverbände im Vorfeld der Bundestagswahl erhoben haben. Der VdAK-/AEV-Vorstandsvorsitzende Herbert Rebscher bezeichnete es bei der Vorstellung der Forderungen der Ersatzkassen in Berlin als willkürlich und unlogisch, dass sich gerade die Versicherten, die durch ihr höheres Einkommen in besonderem Maße zur Solidarität in der Lage seien, aus dem System der Solidarversicherung „herausoptieren“ könnten.

Broll & Lehr

Forderungen der Ersatzkassenverbände vor der Wahl

In einem gemeinsamen Forderungskatalog zur Strukturreform im Gesundheitswesen plädieren die Ersatzkassen für die Aufrechterhaltung des bisherigen Systems der gesundheitlichen Sicherung und erteilen einem grundlegenden Systemwechsel eine klare Absage. Wie Margret Mönig-Raane, Vorsitzende des Verbandes der Angestellten-Ersatzkassen bei der Vorstellung des Katalogs am 8. Mai 2002 in Berlin erklärte, bilden die Grundsätze der Solidarität, der Leistungsgewährung in Form von Sachleistungen, der Selbstverwaltung und der Pluralität gerade im Hinblick auf die demographischen, die ökonomischen, die sozialen und die versorgungspolitischen Herausforderungen weiterhin die Ausgangsbasis einer zukunftsfähigen GKV. Dazu gehöre, dass der einheitliche Leistungsrahmen für alle Versicherten erhalten bleibe. Für die Ersatzkassen komme eine Aufteilung des Pflichtleistungskatalogs in Grund- und Wahlleistungen nicht infrage. Eine Teilprivatisierung von Krankheitsrisiken werde abgelehnt.

Die Ersatzkassenverbände befürworten, um die ambulante und die stationäre Versorgung besser zu integrieren, die Abschaffung der sektoralen Budgets. Unnötige Doppeluntersuchungen müssten ebenso vermieden werden wie doppelt besetzte Infrastrukturen, vor allem mit Fachärzten. Unerlässlich sei es, kostentreibende Überkapazitäten zu beseitigen, ebenso die vor allem in einzelnen Bereichen der Versorgung chronisch Kranker bestehende Unter- und Fehlversorgung.

Den Schlüssel zur Lösung des Problems sehen die Ersatzkassen in der Flexibilisierung der Verträge zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern. Im ambulanten Vertragsbereich habe es Vorrang, das Kollektivvertragssystem „wettbewerblich zu öffnen“. In der Folge müsse auch der

Sicherstellungsauftrag neu definiert werden. Der Leistungsrahmen der GKV müsse auch künftig eine umfassende medizinische Versorgung sicherstellen. Aufgabe der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen sei es, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu bewerten sowie über deren Aufnahme in den Leistungsrahmen der GKV zu entscheiden.

Um Ressourcen effizienter einsetzen und die Versorgung bedarfsgerechter gestalten zu können, werde mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen benötigt. Der Schutz sensibler Patientendaten müsse dabei selbstverständlich erhalten bleiben. Bestandteil der künftigen Reformen müsse es sein, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung zu verbessern. Dazu sei insbesondere die Öffnung der Arzneimittel-Vertriebswege nötig, unter anderem durch die Aufhebung des Versandhandelsverbots. Darüber hinaus sei ein europa- und kartellrechtlich abgesichertes Festbetragskonzept erforderlich. Um die Arzneimittelsicherheit zu erhöhen und mehr Transparenz in das Verordnungsgeschehen zu bringen, sollte zügig das „Elektronische Rezept“ eingeführt werden.

Die GKV müsse von versicherungsfremden Leistungen entlastet werden. Außerdem dürfe ihre finanzielle Situation nicht länger durch die seit Jahren von unterschiedlichen Regierungen betriebene „Politik der Verschiebebahnhöfe“ gefährdet werden. Um die gesetzliche Krankenversicherung als Arbeitnehmersicherung zu stärken und Abwanderungen zur PKV zu verhindern, treten die Ersatzkassen für eine Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze ein. Die Beitragsbemessungsgrenze sollte jedoch unverändert bleiben. Auch sollte davon abgesehen werden, andere Einkunftsarten in die Beitragsbemessung miteinzubeziehen.

Optionsmodell 2003 – wie geht es weiter?

Der Vorstand der DKG hat am 14. Mai 2002 in Berlin die Gefahr gesehen, dass auf Grund des Zeitdrucks eine Selbstverwaltungslösung zur Anwendung eines vorläufigen DRG-Systems zum Optionsjahr 2003 nicht zustande kommen könnte. Die Krankenhäuser haben gemäß § 17 b Absatz 4 KHG das Recht, das DRG-Vergütungssystem auf Basis einer vorläufigen Version zum 1. Januar 2003 optional, beschränkt auf den Pflegezeitraum 2003, anzuwenden. Das Krankenhaus muss den anderen Vertragsparteien der Pflegesatzvereinbarung das Verlangen zur Ausübung des Optionsrechts bis zum 31. Oktober 2002 schriftlich mitteilen. Ein Optionsmodell für den Pflegesatzzeitraum 2003 ist daher rechtzeitig vor Oktober 2002 fertigzustellen, um den Krankenhäusern ausreichend Gelegenheit zur Entscheidungsfindung zu geben.

Damit die Umsetzung eines vorläufigen DRG-Systems gewährleistet werden kann, ist die entsprechende inhaltliche Ausgestaltung deshalb schnellstmöglich mit den Krankenkassen zu vereinbaren. Die DKG ergriff aus diesem Grund die Initiative und forderte – nach vielen vorher stattgefundenen Verhandlungsrunden auf verschiedenen Ebenen – die Verbände der Krankenkassen zu definitiven Verhandlungen über das Optionsmodell für 2003 im Rahmen des Spitzengesprächs am 23. Mai 2002 in Berlin auf. Zur Vorbereitung der Verhandlung leitete die DKG den Kassenverbänden ihr Konzept zum Optionsmodell 2003 zu, welches übergangsweise ausschließlich im Sinne einer Übungsphase für das Jahr 2003 gelten soll.

Trotz Aufforderung haben die Krankenkassenverbände ihrerseits kein Konzept oder auch nur Teilelemente eines Konzeptes für ein 2003 zu praktizierendes Optionsmodell in die Verhandlungen am 23. Mai 2002 in Berlin eingebracht.

DKG-Konzept für ein Interimsmodell 2003

Die Intention des von der DKG vorgeschlagenen Optionsmodells besteht darin, den Krankenhäusern, die auf freiwilliger Basis bereits im Jahr 2003 ein DRG-System einsetzen wollen, ein zeitlich befristetes Übergangssystem zur Verfügung zu stellen. Das Optionsmodell hat lediglich einen Übergangscharakter, der streng an die gesetzlich vorgesehene Befristung und die Freiwilligkeit für die Krankenhäuser gekoppelt ist. Das Interimsmodell 2003 ist für 2004 vollständig durch ein auf deutsche Verhältnisse angepasstes System zu ersetzen.

☞ Die vom DKG-Vorstand eingeschlagene Vorgehensweise belegt erneut eindeutig, dass die Krankenseite ernsthaft bemüht ist, den gesetzlichen Auftrag zu erfüllen.

☞ Es muss jedoch deutlich bleiben, dass ein solches „Übungsmodell 2003“ lediglich ein grobes System ohne den Anspruch einer sachgerechten Abbildung sein kann.

Die zeitaufwändige sachgerechte Adaption des Systems kann erst für das Jahr 2004 erfolgen.

Das DKG-Konzept des Interimsmodells 2003 dient insbesondere dem Zweck, den Krankenhäusern bereits 2003 die Möglichkeit zu eröffnen, die krankenhauserinternen Abläufe von der Kodierung über die Abrechnung bis hin zum Controlling zu organisieren und zu erproben. Über die finanziellen Auswirkungen muss sich das einzelne Krankenhaus eigenverantwortlich vor der Wahrnehmung des Optionsrechts Klarheit verschaffen. Die dafür erforderlichen Systemkomponenten müssen daher rechtzeitig zur Verfügung stehen.

Auf Grund des äußerst knappen Zeitrahmens ist es erforderlich, wesentliche Elemente des australischen Systems zu übernehmen. Die ökonomischen Größen wie Relativgewichte oder Zusatzentgelte sind entsprechend der Grundsatzvereinbarung vom 27. Juni 2000 auf der Basis der Istdaten der bundesweiten Kalkulationsrunde zu ermitteln. In Abhängigkeit von der Praktikabilität innerhalb der zur Verfügung stehenden Zeit sowie von der Datengrundlage der Kalkulation werden die erforderlichen Bewertungen über vereinfachende Verfahren oder eine formelhafte Herleitung zu gewinnen sein, die sich eng an die Regelungen des australischen Bundesstaates Victoria anlehnen.

Abschließende Verhandlungen am 12. Juni 2002

Mit den Krankenkassenverbänden wurde im Spitzengespräch am 23. Mai in Berlin vereinbart, dass sie ihrerseits bis zum 6. Juni 2002 ein konsentiertes und geschlossenes Konzept für ein Optionsmodell 2003 vorlegen. Am 10. Juni werden Verhandlungen über die beiden dann vorliegenden Modelle stattfinden. Anlässlich eines weiteren Spitzengesprächs zwischen der DKG und den Kassenverbänden am 12. Juni 2002 soll eine abschließende Entscheidung getroffen werden mit den entsprechenden Konsequenzen im Falle des Scheiterns. ■

Sonderausgabe DRG-Einführung

Sonderdrucke von Artikeln aus „das Krankenhaus“ zu:
Medizinmanagement, Berichtswesen, Dokumentation,
Kodierrichtlinien und Kodierqualität

Autoren u.a.: Roeder, Rochell, Metzger, Köninger, Stiller,
Leititis, Schlottmann, Raskop

Exemplare können bestellt werden bei:
W. Kohlhammer Verlag GmbH, Stuttgart
Telefax 07 11/78 63-84 30
Stichwort: „DRGs – Hilfen zur Vorbereitung“

Einzelheft	8,50 EUR	48 Seiten,
ab 20 Stück	7,00 EUR	Preise pro Stück
ab 50 Stück	4,50 EUR	inkl. MwSt., zzgl.
ab 100 Stück	2,50 EUR	Versandkosten