

Sozialdemokratischer Pressedienst

Chefredakteur:
Helmut G. Schmidt
Verantwortlich: Rudolf Schwinn

Telefon: (0228) 9 15 20-0
Telefax: 8 86 846 ppbn
Telefax: (0228) 9 15 20-12

Inhalt

Joachim Poß MdB weist die Forderung des Bundeswirtschaftsministers zurück, den Spitzensatz bei der Einkommensteuer zu senken: Rexrodt, Spezialist für finanzpolitischen Nonsens.

Seite 1

Dr. med. R. Werner Schuster MdB entwickelt 15 Thesen zur Weiterentwicklung des medizinischen Versorgungssystems und seiner Finanzierung: Gesundheit 2000.

Seite 2

Neue Adresse seit 1.1.1994

Schumannstr. 2b
53113 Bonn
Postfach 190167
53057 Bonn

49. Jahrgang / 10

14. Januar 1994

Rexrodt, Spezialist für finanzpolitischen Nonsens Der Bundeswirtschaftsminister will den Spitzensatz bei der Einkommensteuer senken

Von Joachim Poß MdB
Finanzpolitischer Sprecher der SPD-Bundestagsfraktion

Mit seiner Forderung, den Einkommensteuerspitzensatz zu senken, beweist Bundeswirtschaftsminister Rexrodt erneut seine finanz- und wirtschaftspolitische Inkompetenz. Graf Lambsdorff hat erst gestern festgestellt, daß die Bundesrepublik sich in einer tiefgreifenden Finanzkrise befindet und in diesem Jahr wegen der falschen Annahmen des Bundesfinanzministers ein Nachtragshaushalt im Volumen von 15 bis 20 Milliarden DM erforderlich ist.

Wenn Bundeswirtschaftsminister Rexrodt die Ansicht vertritt, im nächsten Jahr, in dem die Bundesregierung allen Lohn- und Einkommensteuerpflichtigen einen Solidaritätszuschlag in Höhe von 7,5 Prozent abverlangt, bestehe Luft für eine Senkung des Spitzensteuersatzes, so handelt es sich um eine plumpe Wahlkampfparole, die offenbar nicht einmal in seiner eigenen Partei ernst genommen wird.

Wollte man gleichwohl Rexrodts Wahlkampfparole ernst nehmen, so liefe dies darauf hinaus, daß ausgerechnet die gut verdienenden Manager, Fußballprofis, Showstars, Minister und andere Spitzenverdiener auch weiterhin im Ergebnis von jedem Solidaritätsbeitrag freigestellt würden, während die Steuer- und Abgabenbelastung der breiten Mehrheit der Bürger bereits in den letzten Jahren enorm gestiegen ist und nach den Plänen der Bundesregierung auch zukünftig noch weiter ansteigen soll.

Aus der heute bereits bestehenden Gerechtigkeitslücke würde Rexrodt eine tiefe Kluft machen.

(-/14. Januar 1994/rs/ks)

Verlag, Redaktion und Druck:
Sozialdemokratischer Pressedienst GmbH
Heussallee 2-10, Pressehaus 11217, 53113 Bonn
Postfach 120408, 53048 Bonn

Erscheint täglich von Montag bis Freitag.
Bezug nur im Abonnement. Preis DM 82,50 mtl.
zuzügl. MwSt. und Versand.

Fremdgest. Zeitung
mit 4-maligen Robustafix
Kopierpapier



Gesundheit 2000

15 Thesen zur Weiterentwicklung des Versorgungssystems und seiner Finanzierung

Von Dr. med. R. Werner Schuster MdB

Stellvertretendes Mitglied im Gesundheits-Ausschuß des Deutschen Bundestages

These 1

Die SPD hat mit ihren 1989 vorgelegten Eckpunkten zur Gesundheitspolitik wegweisende Strukturverbesserungen vorgeschlagen. Der in Lahnstein erzielte Kompromiß im Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) wird zurecht von den Betroffenen (Ärzten, Krankenhäusern, Krankenkassen) als ein Erfolg der SPD, basierend auf diesen Eckpunkten, gewertet. Leider ist dies weder bei den Medien noch bei der SPD-Basis so angekommen. Trotz dieses unbestrittenen politischen Erfolges sind eine sozialverträgliche Weiterentwicklung und eine Reihe von Grundsatzpositionen zu überdenken, gegebenenfalls zu modifizieren. Vor allem in der Frage geeigneter Umsetzungsstrategien existieren noch erhebliche Denkdefizite.

These 2

Auch in Zukunft wird es weiterhin einen legitimen Konflikt zwischen dem medizinisch Machbaren/Wünschbaren und dem Bezahlbaren geben. Diesen Gegensatz zu leugnen wäre ein strategischer Fehler. Von daher sollte auch in Zukunft von einer organisatorischen Trennung zwischen den Leistungsanbietern des Gesundheitsversorgungssystems (GVS) und den Finanziers (GKV) ausgegangen werden. Die GKV nimmt danach auch primär nur die finanziellen Interessen ihrer Versicherten, den potentiellen Patienten, wahr. Der oben genannte Interessenausgleich kann auch in Zukunft nur politisch entschieden werden. Der Ort für diese Entscheidung könnten die von der SPD vorgeschlagenen Regionalkonferenzen sein, über deren Zusammensetzung dann aber im Detail noch einmal nachgedacht werden müßte.

These 3

Das GSG hat den Wettbewerb in Ansätzen erstmals hoffähig gemacht. Das SPD-Einkaufsmodell wird dies auch auf die Leistungsanbieterseite (GVS) ausdehnen. Trotzdem muß deutlich sein, daß Wettbewerb im GVS seine natürliche Grenzen hat, da jeder Betroffene im Konsumbereich die Wahl hat, Produkt A oder B oder keines (!) von beiden zu kaufen. Für den Bereich der Gesundheit gilt das nicht!

These 4

Aktuelle sozialdemokratische Gesundheitspolitik muß sich an langfristigen, strategischen Zielen, das heißt mindestens über das Jahr 2000 hinaus orientieren. Kurzfristige taktische Entscheidungen, welche diesen langfristigen strategischen Zielen widersprechen, müssen tunlichst vermieden werden.

These 5

Strategische Zielsetzungen müssen daher mindestens folgende Faktoren dem Grunde nach kritisch reflektieren:

- o Die vorhersehbare Verschiebung der Bevölkerungspyramide mit deutlicher Zunahme älterer Menschen (Finanzierungsproblematik der Einnahmeseite)
- o die daran gekoppelte Zunahme chronischer Krankheiten mit Multimorbiditätscharakter
- o den medizinischen Fortschritt (inklusive der teuren Vorhaltekosten) und damit die Ausweitung des Wünschbaren.

These 6

Vordringlich ist die Nutzbarmachung der vorhandenen, erheblichen Rationalisierungsreserven im GVS. Die wichtigsten Rationalisierungsreserven liegen in der derzeit bestehende faktischen Abschottung zwischen ambulanter Versorgung (Sicherstellungsauftrag der KVen) und der stationären Versorgung (Sicherstellungsauftrag durch Landkreise und Städte). Die möglichen Rationalisierungsreserven sind mit 20 Prozent sicher nicht zu hoch gegriffen. Nur die so

frei werdenden Kapazitäten stehen durch Umschichtungen für gesundheitspolitisch wünschenswerte, neue Leistungen zur Verfügung. Wie in der Industrie darf davon ausgegangen werden, daß sich die Betroffenen gegen diese Umschichtungen massiv wehren werden. Diese Betroffenen stehen, soweit sie Arbeitnehmer sind, aber überwiegend der SPD nahe. Dies verlangt den rechtzeitigen Dialog.

These 7

Für die stärkere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung gibt es bereits heute unterschiedliche Lösungsvorschläge: Sie reichen von der Wiederbelebung des Belegarzt-Systems über die Öffnung der Krankenhäuser für den ambulanten Bereich, gemeinsamer Nutzung von teuren Investitionen im Sinne von medizintechnischen Zentren der 70er Jahre bis hin zur Grundsatzfrage, ob man den stationären Sicherstellungsauftrag nicht ebenfalls an die KV's übertragen sollte. Grundsätzlich ist nicht einzusehen, warum einerseits kommunale Krankenhäuser wegen ihrer defizitären Lage vermehrt dazu übergehen, ihre Krankenhäuser an private Krankenhausträger oder Betreibergesellschaften zu übereignen, aber andererseits Denkhemmnungen haben, mit ihren einweisenden Ärzten analoge Kooperationsformen einzugehen. Diese Kooperationsmodelle werden auch im Bereich der KV'en nicht zuletzt wegen des Reformansatzes des GSG ernsthaft diskutiert und sollten gezielt in Pilotversuchen auf ihre Vor- und Nachteile überprüft werden. Dies setzt aber die Definition von Qualitätsstandards voraus, um sicherzustellen, daß die Patienten auch wirklich in der geeigneten Versorgungsstufe behandelt werden.

These 8

Es wäre reizvoll, alternative Versorgungsstrukturen (zum Beispiel HMO) als kontrollierte Pilotversuche zuzulassen. Die Schaffung gesetzlicher Rahmenbedingungen, um Vergleichbarkeit und Risikobegrenzung für die Patienten zu garantieren, sind mit erheblichem intellektuellem Aufwand verbunden.

These 9

Ebenfalls in einem wissenschaftlich kontrollierten Pilotversuch (zum Beispiel in einer Region) sollen Vor- und Nachteile des Kostenerstattungsprinzips für GVK-Mitglieder erprobt werden. Voraussetzungen für einen solchen Test sind:

- einheitlicher EBM für GKV (Faktor 1.0) und PKV (das heißt Wegfall der GOÄ)
- EBM mit festen DM-Beträgen (statt Punktwerten)
- Zahlungsziel drei Monate, um sicherzustellen, daß die GVK für ihre Mitglieder bezahlt - (wie heute schon in weiten Bereichen der PKV üblich) - damit diese nicht in Vorleistung treten müssen.

Auf diese Weise soll das Interesse der Patienten für die von ihm verursachten und von den Leistungserbringern in Rechnung gestellte Kosten massiv gesteigert werden.

Thesen 10

Trotz der demographischen Entwicklung ist davon auszugehen, daß Deutschland auch in Zukunft ein reiches Land bleiben wird. Von daher sind nach Ausschöpfung der Rationalisierungsréserven (These 6) unter Sozialverträglichkeits-Gesichtspunkten (Beibehaltung des Solidaritätsprinzips!) zusätzliche Finanzierungsquellen auszuloten. Derzeit sind die vielzitierten Lohnnebenkosten nicht unwesentlich durch versicherungsfremde Leistungen mitbestimmt. Allein die Transferleistungen im Rahmen der Deutschen Einheit würden - aus Steuermitteln finanziert - die Rentenversicherung um vier Prozentpunkte reduzieren und damit Freiraum für originäre Sozialleistungen (zum Beispiel Pflegeversicherung) freimachen. Für die dringend notwendige Wertschöpfungsabgabe fehlen präzise Detailvorstellungen. Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung ist vordringlich. Auch die Erschließung anderer Einnahmequellen (zum Beispiel Kapital und Vermögen) mit sozialverträglichen Untergrenzen ist zu überprüfen.

These 11

Anstelle eines sozialverträglichen Zuzahlungssystems wird sich eine Neu-Definition eines Standardleistungsangebotes der GKV mittelfristig nicht umgehen lassen. In Analogie zu den Regelungen im Arzneimittelbereich (nur Arzneimittel aus der Positivliste werden von der GKV zukünftig voll erstattet) wird eine Sortierung in voll erstattungsfähige medizinisch notwendige Leistungen und sonstige Leistungen unabdingbar. Dabei werden eine Reihe von sozialdemokratischen "Heiligen Kühen" ernsthaft auf ihre Zweckmäßigkeit hin überprüft werden müssen, zum Beispiel Bagatellerkrankungen, Kuren, Heil- und Hilfsmittel et cetera. Wer dies, aus welchen Gründen auch immer, nicht will, muß praktikable Alternativen aufzeigen. Der methodische Aufwand für eine solche Neudefinition wird nicht verkannt. Die Erwartung, mit Einführung von einigen Fallpauschalen ab 1996 die Kostenentwicklung ohne Budgetierung steuern zu können, wird sich vorhersehbar als Flop erweisen. Da ist es vernünftiger, rechtzeitig über eine Rationalisierung im Sinne von "medizinisch notwendig" nachzudenken. Eine Zwei-Klasse-Medizin soll dadurch verhindert werden.

These 12

Das derzeitige GVS kennt Präventionsleistungen, welche von der GKV ersetzt werden, nur im Ausnahmefall (zum Beispiel Neugeborene). Präventive Beratungsleistungen werden ansatzweise im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes beziehungsweise sonstiger Maßnahmen freier Träger von den Kommunen finanziert. Dies ist grundsätzlich systemwidrig und sollte ebenfalls zum Leistungsangebot des GVS gehören und von der GKV finanziert werden. Dadurch würde das Eigeninteresse von Leistungserbringern und Finanziers an solchen präventiven Maßnahmen deutlich gesteigert werden. Für den öffentlichen Gesundheitsdienst bedeutet dies eine Beschränkung auf seine ursprünglichen Aufgaben: Planung und Kontrolle von GVS/GKV.

Alternativ und/oder zusätzlich ist eine Einführung einer zweckgebundenen Produktabgabe auf Alkohol und Nikotin (anstatt einer individuellen Risikoprämie) zu erwägen, deren Einnahmen dann gezielt für kommunale Präventionen und Beratungsangebote zu verwenden sind.

These 13

Wie in jeder Firma wird die Leistungsfähigkeit sowohl auf der Seite der Leistungsanbieter (GVS) als auch der Finanziers (GKV) wesentlich durch die Motivation seiner MitarbeiterInnen definiert. Die derzeitigen gesetzlichen und bürokratischen Auflagen sind diesbezüglich absolut kontraproduktiv und bedeuten vermeidbare Leistungseinbußen. Es ist primäre Aufgabe des Gesetzgebers durch Schaffung einfacherer Versorgungsstrukturen für mehr Transparenz und weniger Rechtfertigungsbürokratie zu sorgen.

These 14

Ein strategisches Defizit des derzeitigen GVS ist in der einseitigen Definition von Gesundheitsleistungen als Gleichsetzung mit ärztlichen Leistungen zu sehen. Auch wenn die WHO-Definition von Gesundheit als Wohlbefinden und Abwesenheit von gesundheitlichen Störungen utopisch ist, muß die jahrzehntelange systematisch betriebene Einengung auf den medizinisch-ärztlichen Bereich als eine wesentliche Ursache für Fehlentwicklungen im GVS angesehen werden. Hier lohnt es sich, systematisch über Alternativen (zum Beispiel Zusammenfassung unterschiedlicher Leistungsanbieter in Genossenschaften mit Trennung in organisatorischer Managementverantwortung einerseits und multidisziplinärer Durchführungsverantwortung andererseits?) nachzudenken. Das Ergebnis muß eine patientenorientierte Kommunikation aller beteiligten Leistungserbringer sein.

These 15

Die Bundestagswahl 1994 soll von der SPD bewußt benutzt werden, um ihre alternativen Vorstellungen eines sozialverträglichen GVS und GKV öffentlich mit wichtigen opinion leader, pressure groups und Betroffenen zu diskutieren. Das GSG hat bewiesen, daß Gesundheitspolitik endlich wieder ein Thema in der Bevölkerung ist. Diese Chance muß die SPD nutzen (und nicht einem Alleinunterhalter Seehofer überlassen).

(-/14. Januar 1994/rs/ks)