

## Gesundheitsreform 2000

# Globalbudget weckt keine Zuversicht

Auch das Globalbudget und Einkaufsmodelle für integrierte Versorgungsformen werden an den begrenzten finanziellen Mitteln der Gesetzlichen Krankenversicherung nichts ändern.

**D**ie neue Bundesregierung will die Strukturen im Gesundheitswesen grundlegend ändern – einiges wird indes auch nach der „großen Reform“ bleiben, wie es ist. Für den Knackpunkt hält Prof. Dr. Günter Neubauer, Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomik in München, das Kernproblem, das auch nach der Gesundheitsreform 2000 bestehen bleibt: die Knappheit der finanziellen Mittel. Das ideologische Leitbild der Gesundheitspolitik habe sich nach der Bundestagswahl zwar geändert. Die neue Regierung setze auf Solidarität statt auf Selbstverantwortung. Doch der enge ökonomische Spielraum zwingt dazu, Prioritäten zu setzen. „Wir stellen uns der Ehrlichkeit nicht, daß dies immer auch Rationierung bedeutet“, sagte Neubauer bei einer Euroforum-Konferenz Ende April in Düsseldorf. Die entscheidende Frage sei daher nicht, wie man die Knappheit der finanziellen Mittel aufheben könne, sondern vielmehr, wie und was man rationiere.

Der stellvertretende Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. med. Lothar Krimmel, unterstrich dies. Im Gegensatz zur optimierten Individual-Medizin, sagte er, gebe es in der Gesetzlichen Krankenversicherung seit 1993 eine rationierte Budget-Medizin. Und die orientiere sich maßgeblich daran, die starren Budgets einzuhalten. Leitgedanke oder zumindest Konsequenz dieser Budget-Medizin sei es, auch unterhalb von Standards zu behandeln. Nämlich dann, wenn die Budgetgrenze erreicht sei.

Welche Folgen der „Budgetirrsinn“ für die Kassenärzte in diesem Jahr habe, verdeutlichte er am Beispiel der Arznei- und Heilmittelbudgets. Die Kassenärzte allein müßten beispielsweise für den medizinischen Fortschritt, die Zunahme der Morbidität, die demographische Belastung und auch das Leistungsgebaren der Krankenkassen haften. Krimmel: „Das hat mit den tatsächlichen Verantwortlichkeiten nichts mehr zu tun.“ Die Folge sei, daß das Arznei- und Heilmittelbudget in den neuen Bundesländern Anfang Oktober aufgebraucht sei.

## Einkaufsmodelle zersplittern die Versorgung

Das anstehende Gesetz soll jedoch mehr als bloße Kostendämpfung bewirken. Die Pläne der Regierungskoalition zielen nicht zuletzt darauf ab, die Machtverhältnisse im Gesundheitswesen zugunsten der Krankenkassen zu verschieben. Das angestrebte Einkaufsmodell bei integrierten Versorgungsformen lehnt Krimmel strikt ab. Es stehe dem Leitgedanken einer einheitlichen Versorgung diametral gegenüber. Risikoselektion und eine zersplitterte Versorgung wären unausweichlich. Zudem würden sich die Vertragsebenen und die Fremdkassenprobleme vervielfachen, die Gesamtvergütungen und die Arzneimittelbudgets der Kassenärztlichen Vereinigungen würden wegfallen. Statt dessen plädiere die KBV dafür, die Krankenkassenverbände zu verpflichten, Strukturver-

träge kassenartenübergreifend abzuschließen.

Ganz anders sehen das die Krankenkassenvertreter. Sie wollen Verträge über kooperative Versorgungsformen mit den Ärzten vor Ort schließen. Karl-Heinz Schönbach vom BKK-Bundesverband forderte eigenständige Vertragsrechte der regionalen ärztlichen Zusammenschlüsse. Der Gesetzgeber soll seiner Ansicht nach Mindestvoraussetzungen für die Vertragsfähigkeit ärztlicher Zusammenschlüsse festlegen und deren Rechtsformen und Geschäftsführungen normieren.

## Kombinierte Budgets für kooperative Modelle

Die derzeit entscheidende Frage ist, in welcher Form integrierte Versorgungsformen unter einem Globalbudget gesteuert und finanziert werden können. Nach Schönbachs Vorstellungen sind kombinierte Budgets das Mittel der Wahl. Wie diese umgesetzt werden könnten, erklärte er so: Für die Versicherten, die sich für ein integriertes Modell entschieden haben, vereinbaren die Krankenkassen vor Ort ein aus den sektoralen Budgets abgeleitetes kombiniertes Budget als Obergrenze. Dazu werden die sektoralen Budgets um die Ausgabenanteile für die integrierten Leistungen bereinigt. Die durchschnittlichen Ausgaben je Versicherten werden für die teilnehmenden Versicherten nach den Merkmalen des Risikostrukturausgleichs gewichtet. Schönbach zufolge werden so Risikoverschiebungen zugunsten oder zu Lasten teilnehmender oder nicht teilnehmender Ärzte und Versicherter vermieden. In die kombinierten Budgets sollen seiner Ansicht nach Drittleistungen wie Arznei-, Heil- und Hilfsmittel soweit wie möglich einbezogen werden. Auf diese Weise werde eine medizinische und ökonomische Gesamtverantwortung ermöglicht.

Daß die anstehende Strukturreform nicht das Maß aller Dinge sein wird, daran ließ Prof. Dr. Günter Neubauer keinen Zweifel. „Im Jahr 2004 haben wir die nächste Gesundheitsreform“, prognostizierte er. Von der jetzigen oder einer anderen Bundesregierung.

Dr. Sabine Glöser