

15.12.88

Antrag

der Länder Bremen, Nordrhein-Westfalen, Saarland und Schleswig-Holstein

zum

Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen
(Gesundheits-Reformgesetz - GRG)

Punkt 7 der 596. Sitzung des Bundesrates am 16. Dezember 1988

Der Bundesrat möge beschließen:

Ausgeliefert am 15. DEZ. 1988

- 2 -

Der Bundesrat stimmt dem Gesetz nicht zu.

Begründung:

Das vom Bundestag am 25.11.1988 verabschiedete Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen ist zur Lösung der Probleme im Gesundheitswesen ungeeignet. Es handelt sich um keine gesundheitspolitisch und gesundheitsökonomisch fundierte Strukturreform, sondern um eine reine Kostenverlagerung zu Lasten der Patienten und Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung. Generell ist außerdem zu kritisieren, daß die Gesamtfinanzierung des Gesundheits-Reformgesetzes unsolide ist.

Die wesentlichen Mängel des Gesetzes sind folgende:

1. Die Patienten und Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung werden durch Leistungskürzungen und Zuzahlungsregelungen in unzumutbarer Weise finanziell belastet. Einem erheblichen Teil der Versicherten droht faktisch die Ausgrenzung von Leistungen der GKV. Ihr Einkommen liegt einerseits über der Härtefallgrenze (§ 69); es ist andererseits aber nicht hoch genug, um die erforderlichen Zuzahlungen ohne erhebliche Einschränkungen bei anderen Ausgaben des täglichen Bedarfs finanzieren zu können. Dies gilt insbesondere für folgende Bestimmungen:

- Die in § 30 GRG vorgesehene Zuzahlung von 50 % bzw. 40 % der Kosten für Zahnersatzbehandlung führt zu einer unverträglichen Verschlechterung in der Versorgung mit Zahnersatz. Versicherte, die nicht in der Lage sind, die häufig mehr als 1.000,-- DM betragenden Zuzahlungen zu finanzieren, werden faktisch von Zahnersatzleistungen ausgegrenzt. Daran ändert auch die Härtefallregelung nichts, die nur für Versicherte unterhalb der Armutsgrenze gilt. Die sogenannte "Überforde-

rungsklausel" (§ 70), wonach die Zuzahlungen 2 % des Einkommens nicht überschreiten sollen, gilt bei Zahnersatz nicht. Dies bedeutet auch für Versicherte mit einem durchschnittlichen Einkommen eine unzumutbare Belastung.

- Die ab 1.1.1992 für Medikamente ohne Festbeträge vorgesehene Zuzahlung von 15 % bzw. maximal 15,-- DM je Mittel trifft in erster Linie chronisch Kranke und sozial Schwache. Dies gilt auch für die bis dahin vorgesehene Erhöhung der Rezeptblattgebühr von 2,-- DM auf 3,-- DM. Diese Regelung ist zudem unter gesundheitsökonomischen Aspekten widersinnig, da sie zur Verordnung großer Packungsgrößen verleitet.
- Auch die Zuzahlung von 10 % zu den Kosten von Heilmitteln bedeutet eine nicht vertretbare Belastung chronisch Kranker.
- Die Erhöhung der Zuzahlung zu den Kosten für stationäre Behandlung von 5,-- DM auf 10,-- DM je Tag in den ersten 14 Behandlungstagen dient ganz offensichtlich nicht der Kostendämpfung, sondern der Kostenverlagerung zu Lasten von Patienten, die unzweifelhaft der Solidarleistung der GKV bedürfen.
- Die ersatzlose Streichung der Übernahme von Fahrtkosten bei ambulanter ärztlicher Behandlung und die Zuzahlung von 20,-- DM zu Fahrtkosten bei stationärer Behandlung sowie beim Transport in Rettungsfahrzeugen trifft vor allem Gehbehinderte und Bewohner ländlicher Regionen. Dies verletzt den Grundsatz der Chancengleichheit.

Insgesamt fördert das GRG die Entsolidarisierung unter den Versicherten. Dies gilt nicht nur für die angesprochenen Leistungskürzungen, sondern auch für andere Regelungen wie z.B. die im § 73 vorgesehene Beitragsrückerstattung bei ausgewählten

Krankenkassen. Den Krankenkassen werden dadurch Finanzmittel entzogen, ohne daß sich im gleichen Maß auch die Leistungsausgaben verringern. Die zwangsläufige Folge sind Beitragserhöhungen.

2. Die Leistungskürzungen und Sparmaßnahmen des GRG treffen einseitig die Patienten und Versicherten. Die Leistungserbringer bleiben von finanziellen Opfern weitgehend verschont. Es fehlt an Anstrengungen zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung. Das Festbetragskonzept, das sich sowieso nur für maximal 50 % des über die GKV finanzierten Arzneimittelmarktes realisieren läßt, ist kein geeignetes Mittel zur Durchsetzung einer angemessenen Arzneimitteltherapie. Dies kann nur durch eine drastische Reduzierung des Arzneimittelangebotes - etwa durch eine Positivliste - und durch eine gezielte, pharmakologische Beratung für Ärzte und Patienten erreicht werden.
3. Die im GRG vorgesehenen Leistungen für Schwerpflegebedürftige sprengen den Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Pflegebedürftigkeit gehört zu den allgemeinen Lebensrisiken und damit nicht zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Abgesehen davon sind die vorgesehenen Leistungen in keiner Weise geeignet, das Pflegeproblem zu lösen. Es fehlt ein abgestuftes Konzept, das die unterschiedlichsten Grade der Pflegebedürftigkeit berücksichtigt. Hinzu kommt, daß selbst dieses äußerst eingeschränkte Leistungspaket unsolide finanziert ist. Die Annahme der Bundesregierung, die Pflegekosten würden sich auf 5,1 Mrd. DM belaufen, ist fahrlässig.

Das Pflegeproblem ist nur durch ein eigenständiges Leistungsge-
setz zu lösen, das im wesentlichen folgende Punkte enthalten

muß (vgl. den von der SPD-Bundestagsfraktion in die GRG-Beratungen des Bundestagsausschusses für Arbeit und Sozialordnung eingebrachten Änderungsantrag zum GRG; Ausschuß-Drucksache 824/4, S. 7 ff.):

- Definition des Personenkreises der Pflegebedürftigen sowie der Pflegepersonen.
- Abstufung des Grades der Pflegebedürftigkeit in "erheblich", "außergewöhnlich" und "schwerstpflegebedürftige Personen".
- Betonung des Vorranges häuslicher Pflege.
- Entsprechende Abstufung der Pflegebedürftigkeit wird ein monatliches Pflegegeld bezahlt (z.B. 220,-- DM bzw. 440,-- DM bzw. 550,-- DM). Diese Beträge sind entsprechend den Regelungen in der Rentenversicherung zu dynamisieren.
- Für Pflegepersonen, die wegen der Pflege eines Pflegebedürftigen nicht erwerbstätig sein können, wird eine Alterssicherung eingerichtet.
- Den Pflegebedürftigen wird Beratung und Hilfe in der Bewältigung ihres Alltages gewährt.
- Träger der Pflegeleistungen sind die Kreise und kreisfreien Städte, die örtliche Bedarfspläne zu erstellen haben.
- Die Aufwendungen für Geldleistungen nach diesem Gesetz trägt der Bund (BMJFFG).

4. Die dringend lösungsbedürftigen Probleme der psychiatrischen Versorgung werden nicht angegangen. Weder enthält das Gesetz sinnvolle Bestimmungen zur Verbesserung der Situation der stationären Versorgung, noch sind die vom Bundesrat geforderten Leistungen zur sozialpsychiatrischen Behandlung und zur sozialpsychiatrischen Krankenpflege in therapeutischen Wohngemeinschaften und betreutem Einzelwohnen (vgl. BR-Drucksache 200/1/88, S. 39 ff.) berücksichtigt worden.
5. Das GRG löst noch nicht einmal ansatzweise die Organisationsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung. Zumindest Überbrückungsmaßnahmen hätten getroffen werden müssen, um die fortschreitenden Verwerfungen im GKV-System aufzuhalten. Vor allem in vielen AOK's ist die Situation existenzbedrohend geworden, da man dort faktisch vor der Alternative: wirtschaftlicher Zusammenbruch oder Erhöhung der Beitragssätze auf 17 oder 18 % steht. Hier hilft kein Vertrösten auf eine noch zu leistende Organisationsreform, sondern nur schnelles Handeln des Gesetzgebers.
6. Die Begrenzung der Versicherungspflicht für Studenten auf maximal 14 Fachsemester bzw. ein Höchstalter von 30 Jahren hat zur Folge, daß unter den heutigen Studienbedingungen ein erheblicher Teil der Studenten aus der Versicherungspflicht herausfällt.

Die freiwillige Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung oder die private Versicherung führt zu höheren Beitragssätzen, bei denen vielfach eine Erhöhung auf den doppelten Beitragssatz angenommen wird. Viele Studenten können sich dies bei ihrer derzeitigen wirtschaftlichen Lage nicht leisten.

Es drohen Studienabbrüche oder vermehrte Erwerbstätigkeit, die die Studienzeiten erneut verlängern. Gesundheitspolitisch noch folgenreicher ist es, wenn die Studenten nach Erreichen der Höchstgrenze sich überhaupt nicht mehr versichern.

7. Die Gesamtfinanzierung des GRG ist höchst unsolide und geht einseitig zu Lasten der Patienten und Versicherten der GKV. Die erhofften Einsparungen stellen entweder eine Belastung von chronisch Kranken und sozial Schwachen dar, oder sind wie die sogenannten "Struktureffekte" reine Spekulation. Bei den neuen Leistungen hat die Pflege keine ausreichende Finanzierung; andere Neuerungen wie die Beitragsrückgewähr schmälern die Finanzbasis der GKV.