

Antrag

der Länder Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Thüringen

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000)

Punkt 21 der 742. Sitzung des Bundesrates am 24. September 1999

Der Bundesrat möge beschließen:

Der Bundesrat lehnt den Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 ab.

Begründung:

Der von der Bundesregierung vorgelegte Gesetzentwurf ist versicherten-, arbeitnehmer- und länderfeindlich und benachteiligt diejenigen, die für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung medizinische, pharmazeutische und pflegerische Verantwortung tragen.

1. Er verweigert Versicherten, die sich keine zusätzliche Privatvorsorge leisten können, langfristig eine optimale medizinische Versorgung. Die geplante Einführung eines Globalbudgets für ambulante und stationäre Behandlungen, Hilfsmittel sowie für Arznei- und Heilmittel geht zu Lasten der Patienten. Nicht mehr die medizinisch notwendige Versorgung der Patientinnen und Patienten soll offenbar entscheidend sein, sondern die Frage, ob ein festgelegtes Budget überschritten wird oder nicht. Der derzeit vorhandene Stand der medizinischen Versorgung der Versicherten wird dadurch erheblich geschwächt. Auch ist der Weg in eine Rationierung von Gesundheitsleistungen und in eine unsoziale Zwei-Klassen-Medizin zwangsläufig vorgezeichnet. Zudem verursacht das Globalbudget einen enormen bürokratischen Aufwand. So zwingt es z.B. die Landesverbände der Krankenkassen dazu, ein engmaschiges Kontroll- und Überwachungssystem aufzubauen, um bei einer Budgetüberschreitung einzuschreiten.
2. Die angebliche Gesundheitsreform 2000 zerstört in erheblichem Umfang Arbeitsplätze im Gesundheitswesen, das mit 4,2 Mio. Erwerbstätigen zu den wichtigsten Stützen des Arbeitsmarktes gehört und überproportionales Wachstumspotential hat. Dies ist angesichts der Arbeitslosenzahlen fatal und steht im diametralen Gegensatz zu den Beteuerungen der Bundesregierung, gerade den Dienstleistungssektor als zukunfts-trächtigen Wachstumsmarkt fördern zu wollen.
3. Die vorgesehenen Maßnahmen für den Krankenhausbereich gefährden die bedarfsgerechte stationäre Versorgung und verkennen die arbeitsmarkt- und wirtschaftspolitische Bedeutung dieses Sektors.

Ausgeliefert am 23. SEP. 1999

Das Konzept der Bundesregierung für die Krankenhausfinanzierung stellt eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausversorgung in Frage und gefährdet eine Vielzahl von Arbeitsplätzen. Die Länder verlieren ein wichtiges Instrument zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Krankenhausversorgung, werden aber weiterhin von den Bürgern für Mängel verantwortlich gemacht. Durch die vorgesehene rigorose Kürzung der Investitionsmittel der Kliniken drohen erhebliche Einbußen in der Qualität und Quantität der Versorgung. Eine Rationierung von Leistungen, ein Abbau bedarfsnotwendiger Kapazitäten bis hin zur Schließung von Kliniken wird die notwendige Folge sein. Ein gravierender Personalabbau nicht nur in den Krankenhäusern, sondern auch im gesamten zuliefernden Gewerbe ist unausweichlich. Gerade ältere multimorbide Menschen und Patienten in ländlichen Regionen werden die Leidtragenden dieser Reform sein. Frühere Erfahrungen mit der Krankenhausfinanzierung vor Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes 1972 haben gezeigt, dass die gesetzliche Krankenversicherung nicht in der Lage war, ausreichende Investitionen im Klinikbereich zu finanzieren. Die Krankenhäuser hatten einen erheblichen Substanzverlust zu beklagen, notwendige Sanierungen und Anpassungen an den medizinischen und medizintechnischen Fortschritt konnten nicht durchgeführt werden. Erst durch die Übernahme der Förderung der Investitionskosten durch die öffentliche Hand wurde diese negative Entwicklung aufgehalten. Die vorgesehene Abschaffung des Kontrahierungszwangs der Krankenkassen mit Plankrankenhäusern und die Regelung über einvernehmliche Rahmenvorgaben der Länder und der Landeskrankenkassenverbände führen zu einer verfassungswidrigen Aushöhlung der Länderkompetenz bei der Krankenhausplanung. Zusammen mit der gleichzeitig den Kassen zugestandenen Kompetenz, einzelne Krankenhäuser durch Kündigung aus der Versorgung zu nehmen, stellen diese Maßnahmen den Sicherstellungsauftrag der Länder und damit eine an den Bedürfnissen der Menschen orientierte Krankenhausversorgung in Frage.

Die ausnahmslose Deckelung der Krankenhausaufgaben in einem landesweiten Gesamtbetrag ist leistungsfeindlich und muss für die GKV-Patienten unausweichlich zur Rationierung von Leistungen und zu einer Zwei-Klassen-Medizin führen. Die strikte Budgetierung wird zwangsläufig einen Abbau von Stellen in Kliniken zur Folge haben.

4. Ebenfalls als wenig föderalismusfreundlich zu bewerten ist der drohende neue Finanzausgleich über die vorgeschlagene Erleichterung der Gewährung von sog. finanziellen Hilfen in besonderen Notlagen oder zur Erhaltung der Wettbewerbsfähigkeit einzelner Krankenkassen. Künftig sollen sich einzelne Landesverbände der Mitfinanzierung nicht mehr entziehen können.
5. Durch die Positivliste wird für die gesetzlich Krankenversicherten der Zugang zu den zur Verfügung stehenden Arzneimitteln eingeschränkt. Der behandelnde Arzt kann nicht mehr auf das nach seiner Beurteilung wirksamste Medikament zurückgreifen, sondern nur noch auf die in der Liste enthaltenen. Patient und Arzt werden bevormundet. Es wird ein neues Kontrollinstitut eingerichtet, das bereits geprüfte und durch das Bundesinstitut für Arzneimittel zugelassene Arzneimittel einer erneuten Überprüfung unterzieht. Dieser ganze Aufwand wird betrieben, ohne daß dadurch ernsthaft eine Einsparung zu erwarten wäre. Nicht die Zahl verfügbarer Arzneimittel erzeugt Kosten, sondern die Zahl der Verschreibungen. Für den Versicherten, der durch das sog. GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz minimal von Zuzahlungen für Arzneimittel entlastet wurde, hat die Positivliste zur Folge, daß er dann, wenn er Arzneimittel außerhalb der Positivliste wünscht, deren Kosten in Gänze selbst tragen muß.

6. Die Festlegung eines Katalogs ambulant durchzuführender Eingriffe beeinträchtigt den Anspruch des Patienten auf eine Krankenhausbehandlung unangemessen. Eine stationäre Behandlung ist in diesen Fällen nur noch zulässig, wenn sie von der Krankenkasse genehmigt wird. Dieser massive Eingriff in die Therapiefreiheit ist gesundheitspolitisch verfehlt.
7. Zudem wird im Ergebnis die freie Arztwahl für den Patienten eingeschränkt und damit ein auf Vertrauen begründetes Arzt-/Patientenverhältnis behindert. Die Krankenkassen sollen in Zukunft Verträge mit einzelnen Leistungserbringern bzw. Krankenhäusern abschließen können. Damit entscheiden die Krankenkassen und nicht wie bisher in erster Linie der Patient darüber, welche Ärzte und Krankenhäuser gesetzlich Versicherte behandeln. Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen wird somit durch die Hintertür beseitigt und damit das notwendige Miteinander von Krankenkassen, Ärzteschaft und Krankenhäusern erheblich erschwert.
8. Die sogenannte "Förderung der Rehabilitation" bleibt weit hinter den noch im Wahlkampf gemachten Versprechungen und den tatsächlichen Erfordernissen zurück. Besonders nachteilig wird sich die Schaffung eines eigenen Budgets für Rehabilitationsleistungen auswirken. Deshalb sollte konsequenterweise eine ersatzlose gesetzliche Streichung der Regelkurdauer und des Wiederholungsintervalls sowie eine Anhebung des Zuschusses für ambulante Kuren auf mindestens 25.- DM täglich erfolgen. Die Streichung des Begriffs "Kur" aus den gesetzlichen Bestimmungen läßt jedoch die Befürchtung nicht unberechtigt erscheinen, zumindest ambulante Kurmaßnahmen sollten nicht gefördert, sondern vielmehr abgeschafft werden.
9. Durch die lediglich auf Ausgabenseite vorgenommenen Korrekturen werden einseitig die Leistungserbringer benachteiligt. Strikt abzulehnen ist z.B. das kombinierte Arznei- und Heilmittelbudget. Die Ärzte sollen hier global zur Finanzierung von Überschreitungen herangezogen werden. Dies trifft aber auch diejenigen Ärzte, die sich kostensparend verhalten.
10. Beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, der traditionell die Aufgabe hat, die Arbeits-, Berufs- und Erwerbsfähigkeit von Versicherten zu überprüfen und die Krankenkassen zu beraten, entsteht eine monströse Datensammel-, Kontroll- und Überwachungsmaschinerie. Die Folge wird ein dramatisches Ansteigen der Verwaltungskosten der Krankenkassen sein. Weil diese Kosten aus dem Globalbudget zu finanzieren sind, fehlen diese Ausgaben bei der gesundheitlichen Versorgung der Versicherten.
11. Die Gegenfinanzierung der Gesundheitsreform 2000 ist - anders als im Gesetzentwurf unterstellt - in der Realität nicht gesichert. Dies gilt sowohl für die ab 01.01.2000 vorgesehenen Leistungsausweitungen als auch für die Überwälzung der Investitionskosten im Krankenhaussektor auf die Krankenkassen. Folge ist entweder eine Erhöhung der Beitragssätze und damit der Lohnnebenkosten oder eine massive Unterfinanzierung des Gesundheitswesens insgesamt.

Angesichts dieser gravierenden Mängel sollte das in zentralen Punkten absolut unzureichende Reformkonzept fallengelassen und zu einer pluralistischen Gesundheitspolitik zurückgekehrt werden, die sich an den bewährten Grundsätzen von Solidarität, Freiheit und Verantwortung orientiert.