

Antrag

der Fraktion der SPD

Reform des Gesundheitswesens

Der Bundestag wolle beschließen:

I.

Der Deutsche Bundestag stellt fest:

1. Die von der Bundesregierung vorgelegten Entwürfe zu einem Gesundheits-Strukturgesetz sowie zu einer Novellierung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch erbringen den Beleg, daß der mit dem Gesundheits-Reformgesetz (GRG) vom 1. Januar 1989 unternommene Versuch zur Konsolidierung der Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung gescheitert ist. Das mit diesem Vorhaben angestrebte Einsparvolumen von 14,1 Mrd. DM wurde weit verfehlt. Die tatsächlich erreichte Summe von ca. 6 Mrd. DM findet ihre Ursache ausschließlich in einer kräftigen Erhöhung der Selbstbeteiligung der Versicherten.

Diese durch die Kostenverlagerung von Ausgabenanteilen aus den Haushalten der Krankenkassen in die individuellen Budgets der Kranken erzielten Umverteilungseffekte aber sind

- sozialpolitisch fragwürdig, weil sie an die Stelle der Finanzierung des Krankheitsrisikos durch die Solidargemeinschaft eine Finanzierung nach dem Verursacherprinzip gesetzt haben, bei der die Kranken für sich selbst zahlen müssen;
- verteilungspolitisch ungerecht, weil sie einseitig die Gesunden unter den Versicherten sowie die Arbeitgeberseite entlastet, während sie die Kranken unter den Versicherten sowie die Arbeitnehmer belastet haben;
- gesundheitspolitisch falsch, weil sie die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens einseitig an wirtschaftlichen, nicht aber an gesundheitlichen Kriterien orientiert haben;
- finanzpolitisch bedeutungslos, weil sie statt einer notwendigen Ausgaben senkung im Gesundheitswesen lediglich eine Ausgabenverlagerung erreicht haben;

- strukturell politisch wirkungslos, weil sie an den eigentlichen Ursachen für die Verwerfungen im Gesundheitswesen nichts geändert haben.

Die abermaligen hohen Defizite in der gesetzlichen Krankenversicherung (1991 ca. 5 Mrd. DM; 1992 bis zu 12 Mrd. DM) machen die in den ersten beiden Jahren unter einseitigen Opfern der Kranken erreichten Einsparungen zu Scheinerfolgen, die bereits wieder aufgezehrt sind. Ende dieses Jahres wird der durchschnittliche Beitragssatz aller Krankenkassen mindestens die Höhe des Durchschnitts vor der sogenannten Gesundheitsreform erreicht haben. Die Versicherten werden die gleichen hohen Beiträge wie 1989 und früher zahlen, nun allerdings bei deutlich höherer Selbstbeteiligung für die Kranken.

2. Auch die nunmehr vorliegenden Gesetzentwürfe der Bundesregierung werden den Anforderungen, die an die notwendige Strukturreform im Gesundheitswesen gestellt werden müssen, nicht gerecht.

- Der Entwurf der Novellierung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch weitet das Instrumentarium der sozialpolitisch fragwürdigen und gesundheitspolitisch falschen Selbstbeteiligung weiter aus, geht aber an den strukturellen Verwerfungen vorbei.
- Auch der Entwurf des Gesundheits-Strukturgesetzes läßt, abgesehen von bescheidenen Ansätzen im Bereich der Krankenhausversorgung, strukturelle Reformschritte weitgehend vermissen. Der erneute Verzicht auf jedwede Organisationsreform der Krankenversicherung macht ihn politisch unhaltbar.

Die den Gesetzentwürfen beigelegte Einsparwirkung von über 11 Mrd. DM pro Jahr ist spekulativ und nicht zu belegen. Sie ist zudem, wie bereits das Gesundheits-Reformgesetz 1989, verteilungspolitisch einseitig. Die durch Erhöhung der Selbstbeteiligung festgelegten Sparbeiträge der Versicherten sind gesetzlich exakt definiert, die Sparbeiträge der Leistungserbringer im Gesundheitswesen sind unpräzise und entlarven sich zudem als Beschneidung von Einkommenszuwächsen. Die Verabschiedung dieser Gesetzentwürfe würde die nächste gesetzliche Kostendämpfungsoperation spätestens für 1995 vorprogrammieren.

II.

Der Deutsche Bundestag lehnt daher die von der Bundesregierung vorgelegten Gesetzentwürfe ab. Er erklärt darüber hinaus, daß er jeder weiteren Erhöhung der Selbstbeteiligung der Versicherten widersprechen wird.

III.

Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, Vorschläge für eine tiefgreifende Umgestaltung unseres Gesundheitswesens vorzulegen und dabei eine breite parlamentarische Mehrheit anzustreben. Eine erneute Vertagung dieser Umgestaltung ist nicht hinnehmbar.

Der Deutsche Bundestag hält die Verwirklichung nachfolgender Grundsätze für geboten:

1. Die gesundheitliche Versorgung ist bürger- und sachnah in den Regionen zu bündeln, die Entscheidungskompetenzen und die Organisationsverantwortung sind in Übereinstimmung mit der föderalen Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen dort anzusiedeln. Zur planvollen Ausgestaltung und zielgerichteten Steuerung des Gesundheitswesens ist die gesetzliche Grundlage für einen bundesweiten medizinischen und ökonomischen Orientierungsrahmen zu erarbeiten. Er soll auf der Basis einer regelmäßigen Gesundheitsberichterstattung von der Bundesregierung dem Deutschen Bundestag periodisch zur Beschlußfassung vorgelegt werden. Der Orientierungsrahmen muß in Form von Empfehlungen
 - die in der nächsten Periode zu verfolgenden Gesundheitsziele und Prioritäten darstellen,
 - die Grundsätze einer optimalen Versorgung der Versicherten auch in Form von Richtwerten und Orientierungsdaten aufzeigen,
 - quantitative und qualitative Über- und Unterversorgung aufzeigen sowie Wege zu ihrer Überwindung erläutern,
 - die unter Berücksichtigung der vorgeschlagenen Gesundheitsziele erwartete finanzielle Entwicklung der Krankenversicherung einschließlich der Beitragssätze prognostizieren und dabei das Verhältnis zu den anderen Sozialversicherungszweigen erläutern.
2. Zur Sicherung einer bürgernahen Versorgung bilden die Krankenkassen, Gebietskörperschaften und Leistungserbringer dazu in jeder Region gemeinsam eine drittelbeteiligt zusammengesetzte Regionale Gesundheitskonferenz. Sie arbeitet mit allen anderen im Gesundheitswesen tätigen Gruppen – auch aus der Selbsthilfe – zusammen. Den Ländern obliegt die Festlegung der Regionen. Länderübergreifende Lösungen sind möglich.

Die Regionale Gesundheitskonferenz beachtet bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben die Empfehlungen des Orientierungsrahmens und setzt ihn unter besonderer Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten um.

Die Länder bestimmen, in welchem Umfang unter Berücksichtigung der wahrzunehmenden Aufgaben die den Gruppen zuzuordnenden Organisationen bei der Besetzung zu gewichten sind.

Vorhandene Planungsgremien sind auf ihre Ersetzung durch die Regionale Gesundheitskonferenz zu überprüfen.

3. Für die kassenärztliche Versorgung legt die Regionale Gesundheitskonferenz qualitative und quantitative Bedarfswahlen zum Verhältnis der Ärzte in der Allgemeinen- und in der Spezialversorgung sowie die benötigten Arztszahlen nach Fachgebieten fest.

Die Landesorganisationen der Krankenkassen setzen die Festlegungen der Regionalen Gesundheitskonferenz zur kassenärztlichen Versorgung zusammen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen um und stellen mit ihnen die Versorgung sicher. Für den Konfliktfall sind abschließende Schiedsverfahren gesetzlich vorzusehen.

Die Landesorganisationen der Krankenkassen schließen mit der erforderlichen Anzahl von Ärzten Verträge. Einzelheiten der Auswahl (z. B. Ausschreibung, Wartelisten, qualitative Auswahlprinzipien) legen sie einheitlich und gemeinsam fest. Zur Vermeidung eines „closed shop“ werden die Verträge grundsätzlich zeitlich befristet. Zusätzlich wird eine Altersgrenze für die kassenärztliche Tätigkeit eingeführt.

Wirtschaftlichkeitsfördernde Kooperationsformen, z. B. Gesundheitszentren und Gemeinschaftspraxen mit verschiedenen ärztlichen Fachrichtungen und nichtärztlichen Disziplinen pflegender und betreuender Berufe, sind zuzulassen.

Der Bewertungsmaßstab wird wie bisher grundsätzlich einheitlich und gemeinsam bundesweit festgelegt werden. Die Landesorganisationen der Krankenkassen können einzeln oder gemeinsam regionale Ergänzungen vornehmen, um zulässige ergänzende Leistungen zu honorieren. Krankenkassen können Mehrleistungen in begrenztem Umfang festlegen.

Die Durchführung von Laborleistungen gehört zukünftig grundsätzlich nicht mehr zur ärztlichen Leistungserbringung.

Die Vergütung in der kassenärztlichen Versorgung soll grundsätzlich durch diagnoseabhängige Fallpauschalen, Leistungskomplexhonorare oder andere Honorarformen ersetzt werden, die zu einem angemessenen Behandlungsaufwand führen und den Gefahren einer Maximal- oder Minimalversorgung begegnen. Soweit dies medizinisch erforderlich ist, können Einzelleistungshonorierungen vorgesehen werden.

4. Bei der zahnärztlichen Versorgung ist eine Umorientierung hin zur Zahnerhaltung notwendig. Vorrangig ist, Gruppenprophylaxemaßnahmen in Zusammenarbeit auch mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und auf vertraglicher Grundlage mit den Krankenkassen auszubauen.

Die Kostenerstattung bei Zahnersatz und Kieferorthopädie wird durch das bewährte Sachleistungsprinzip ersetzt.

Die gesonderte Liquidation für Material- und Laborkosten und den Heil- und Kostenplan wird für alle Rechtsbereiche ausgeschlossen.

Im Interesse der Qualitätssicherung sind Gewährleistungsfriesten für zahntechnische und, soweit darüber hinaus möglich, auch für zahnärztliche Leistungen einzuführen.

Der chronologische Krankenschein sowie die Entwicklung von Tagesprofilen für Zahnärzte sind ebenso wie die konsequente Umsetzung der Transparenzvorschriften vorzuschreiben.

5. Zur qualitätsbezogenen Strukturänderung in der Arzneimittelversorgung gründen Krankenkassen und Kassenärzte ein unabhängiges Arzneimittelinstitut für die kassenärztliche Versorgung, das das Gesamtangebot an Arzneimitteln im Hinblick auf die Eignung der einzelnen Präparate für die kassenärztliche Verordnung bewertet. Die geeigneten Präparate werden in einem Vorschlag zusammengefaßt, der auch die verschiedenen Therapieprinzipien berücksichtigen muß, er bezieht sich jedoch nicht auf Arzneimittel der natürlichen Medizin.

Über die in diesem Vorschlag aufgeführten Präparate führen die Spitzenverbände der Krankenkassen Preisverhandlungen mit den pharmazeutischen Herstellern oder mit deren Verbände. Präparate, über deren Preis Einvernehmen erzielt wurde, werden in eine Positiv-Liste verordnungs- und erstattungsfähiger Arzneimittel aufgenommen. Bei Nichteinigung vereinbaren die Verhandlungspartner ein Schiedsverfahren.

Für die Arzneimittelversorgung der Krankenhäuser werden gesonderte Preisverhandlungen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, den pharmazeutischen Herstellern und den Verbänden der Krankenhausträger geführt.

Bisher bestimmte Festbeträge gelten für eine Übergangszeit als verhandelte Preise.

Die Versorgung der Versicherten mit Arzneimitteln erfolgt im ambulanten Bereich durch öffentliche Apotheken, im stationären Bereich durch öffentliche oder Krankenhausapotheken. Am öffentlichen Versorgungsauftrag der Apotheken wird ebenso festgehalten, wie an dem sich daraus ergebenden einheitlichen Apothekenabgabepreis mit administrativ fixierter Handelsspanne (Arzneitaxe).

Zur Mengenbegrenzung ist ein wirksames Richtgrößenkonzept einzuführen und mit der ärztlichen Vergütung zu verknüpfen.

6. Bei Heil-, Hilfs- und Verbandmitteln sind hinsichtlich Verschreibungsfähigkeit und Mengensteuerung die gesetzlichen Grundlagen für eine dem Arzneimittelbereich vergleichbare Lösung zu schaffen. Bei Heilmitteln soll die Vielfalt therapeutischer Verfahren berücksichtigt werden.
7. Der Krankenhausbereich ist in die Strukturreform einzubeziehen. Die Regionale Gesundheitskonferenz legt qualitative und quantitative Bedarfswerte sowie die benötigten Bettenzahlen nach Fachgebieten fest. Sie bedürfen der Feststellung durch das Land.

Die Landesorganisationen der Krankenkassen setzen die Feststellung gemeinsam mit den Krankenhausträgern um und stellen die Versorgung sicher. Dazu schließen sie mit den Krankenhäusern Versorgungsverträge. Die medizinischen Einrichtungen der Universitäten sind in jedem Falle zu berücksichtigen.

Das Selbstkostendeckungsprinzip wird durch zeitgleiche Einführung leistungsbezogener Vergütungssysteme abgelöst.

Die duale Finanzierung der Krankenhäuser ist schrittweise durch das monistische System zu ersetzen. Erste Schritte dazu sind

- die Übernahme der pauschalen Förderung mit Budgetkoppelung durch die Kassen und
- die verbindliche Regelung von Rationalisierungsinvestitionen nach § 18 b KHG.

Vor- und nachstationäre Behandlung, Kurzzeitpflege, ambulante Pflegedienste, Notfalldienste sowie Fach- und Institutsambulanzen an Krankenhäusern sind im Sinne einer besseren Verzahnung weiterzuentwickeln; krankenhaustypische ambulante Leistungen wie Operationen sollen in Krankenhäusern erbracht werden. Einer Ermächtigung dazu bedarf es nicht.

Die Befriedigung des investiven Nachholbedarfes in den ostdeutschen Krankenhäusern ist durch eine angemessene Bundesbeteiligung auf gesetzlicher Grundlage zu regeln.

8. Die Organisation der gegliederten Krankenversicherung wird reformiert. Dabei ist eine die wirtschaftlichen Entscheidungen der Krankenkassen fördernde Wettbewerbsordnung einzuführen, die die Interessen der Versicherten in den Mittelpunkt stellt.

- Alle Versicherten erhalten gleiche Rechte und unterliegen gleichen Pflichten.
- Der Grundsatz der Solidarität muß umfassend und durchgängig verwirklicht werden.
- Der Grundsatz der Sachleistung muß Regelform der Leistungsgewährung bleiben.
- Die gesetzliche Krankenversicherung muß auch weiterhin durch Beiträge finanziert werden, die sich nach der finanziellen Leistungsfähigkeit des Versicherten richten.
- Für alle Krankenkassen muß zukünftig ein gleiches Beitrags-, Leistungs-, Mitgliedschafts- und Vertragsrecht gelten.
- Der Wettbewerb der Krankenkassen untereinander muß der Sicherung bzw. Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung dienen. Benachteiligungen sozial schwacher oder gesundheitlich gefährdeter Personengruppen sind auszuschließen.
- Das Prinzip der Selbstverwaltung muß erhalten bleiben. Ihre Organisation wird durch die Übertragung neuer Rechte gestärkt. Die Struktur der Selbstverwaltung wird für alle Kassenarten einheitlich und entsprechend den erhöhten Anforderungen der neuen Aufgabenstellungen gestaltet.

Die Erfüllung dieser Ziele sollte durch die Verwirklichung nachfolgender Maßnahmen sichergestellt werden:

1. Die Versicherungspflicht wird auf alle Arbeiter und Angestellten ausgedehnt (Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze).

Sozialhilfeempfänger, die keinen anderweitigen gesetzlichen Krankenversicherungsschutz haben, werden versicherungspflichtig. Ihr Beitrag wird in Anlehnung an den Sozialhilfebedarf pauschaliert.

Selbständige und Beamte sind im Rahmen einer Erklärungsfrist versicherungsberechtigt. Krankenversicherten Beamten steht dabei ein Arbeitgeberbeitrag zu, ihr Anspruch auf Beihilfe entfällt.

2. Alle Krankenkassen werden gesetzlich verpflichtet, für alle im regionalen Rahmen angesiedelten Entscheidungen verbindliche regionale Entscheidungskompetenzen organisatorisch sicherzustellen.
3. Jeder Versicherungspflichtige und Versicherungsberechtigte hat die freie Wahl zwischen allen Krankenkassen in der Region. Die Versicherten sind an ihre Wahl jeweils für ein Jahr gebunden (dreimonatige Kündigungsfrist).

Alle in einer Region vertretenen Kassen müssen jeden Versicherungsbewerber aufnehmen (Kontrahierungszwang). Familienangehörige sind bei der Krankenkasse des Mitglieds versichert.

4. Zu den Konsequenzen eines gegliederten Systems gehören unterschiedliche Beitragssätze zwischen den Krankenkassen. Sie dürfen den Grundsätzen der sozialen Gerechtigkeit nicht zuwiderlaufen. Dies jedoch ist seit geraumer Zeit der Fall.

Die hohen Beitragssatzunterschiede müssen daher abgebaut und auf ein sozialverträgliches Maß zurückgeführt werden. Unterschiede in der Höhe des Beitragssatzes müssen zukünftig die unterschiedliche Wirtschaftlichkeit der Krankenkassen, nicht aber deren unterschiedliche Belastung durch Risiken zum Ausdruck bringen.

Der Deutsche Bundestag teilt daher die Auffassung der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder, die sich für die Reform der Zugangsregelungen, Organisationsstrukturen und Ausgleichsmechanismen in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgesprochen haben. Er hält deren Forderung nach einem einkommensorientierten Risikostrukturausgleich zwischen allen Krankenkassen auf regionaler Ebene und – soweit in einer Region der durchschnittliche Bedarfssatz infolge von Risikostrukturunterschieden um mehr als 5 v.H. den bundesdurchschnittlichen Bedarfssatz überschreitet – für einen erwägenswerten Ansatz. Hierfür sollten die rechtlichen Grundlagen geprüft und dabei als ausgleichsfähige Risiken die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen (Grundlohn), die Zahl der mitversicherten Familienangehörigen sowie die Geschlechts- und Altersstruktur jeder einzelnen Krankenkasse herangezogen werden.

Der bestehende ausgabenbezogene Finanzausgleich im Rahmen der Krankenversicherung der Rentner ist aufzuheben.

Die Einführung des Risikostrukturausgleiches hat der Einführung der Wahlfreiheit der Versicherten voranzugehen, um zu verhindern, daß die in der Vergangenheit angesammelten Ungleichgewichtigkeiten zu Hypotheken für die zukünftige Wettbewerbsfähigkeit der Krankenkassen werden.

5. Die Selbstverwaltung muß neu geordnet werden. Die bestehenden Unterschiede in der Struktur der Selbstverwaltung der einzelnen Kassenarten werden dazu aufgehoben. Die Selbstverwaltung und die Geschäftsführung der Kassen werden auf die durch den Wettbewerb gestiegenen Anforderungen an Entscheidungsfähigkeit und Flexibilität hin weiterentwickelt. Die Kassen erhalten wettbewerbsfähige Größenordnungen. Im einzelnen sind dazu folgende Schritte erforderlich:
- Bei allen Kassenarten wird die paritätische Selbstverwaltung aus Versicherten- und Arbeitgebervertretern eingeführt.
 - Für alle Krankenkassen ist eine Mindestmitgliederzahl vorzusehen. Bestehende kleinere Kassen können sich zu entsprechend größeren Einheiten zusammenschließen.
 - Die bisherige Vertreterversammlung und der bisherige Vorstand werden zu einer neuen Vertreterversammlung zusammengefaßt. Sie bestellt den hauptamtlichen Vorstand, der – je nach Kassengröße – aus drei bis fünf Personen bestehen soll. Sie werden auf Zeit gewählt; eine Wiederwahl ist möglich.
 - Die Personalkosten von Betriebskrankenkassen werden nicht länger von den jeweiligen Trägerbetrieben, sondern aus dem Beitragsaufkommen finanziert.
6. Die Strukturreform trifft in den neuen Ländern auf besondere Verhältnisse. Ausnahmen, Öffnungsklauseln und Übergangsregelungen sind, soweit dies der Situation dort besser entspricht, vorzusehen.

IV.

Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, bis zum Wirksamwerden einer Strukturreform zur Befriedigung akuten Handlungsbedarfs und zur vorläufigen Sicherung der Stabilität der Krankenversicherung den Entwurf eines Vorschaltgesetzes vorzulegen, der folgende Maßnahmen enthalten soll:

- Eine strikte Grundlohnanbindung der Gesamtvergütung von Kassenärzten und Kassenzahnärzten muß gewährleistet werden.
- Die Vorschriften zur Wirtschaftlichkeitsprüfung und Qualitätssicherung in der kassenärztlichen Versorgung müssen unverzüglich umgesetzt werden, gegebenenfalls durch eine Rechtsverordnung als Ersatzvornahme für die Selbstverwaltung.
- Bis zur Aufstellung der Positivliste sind durch Einführung von Preisabschlägen, Preismoratorien sowie von erhöhten Apothekenrabatten die Arzneimittelausgaben der Krankenkassen einzufrieren.
- Die gesetzlichen Grundlagen zu Überversorgung und zu Zulassungsbeschränkungen bei der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung müssen geändert und die Einführung einer Altersgrenze für die Kassenarztzulassung muß vorgesehen werden.
- Der Behandlungsauftrag für psychiatrische Institutsambulanzen muß erweitert werden.
- Die Großgeräteplanung ist wirksamer zu gestalten.

Die Bestimmungen des Vorschaltgesetzes sind kein Ersatz für die notwendigen Strukturreformmaßnahmen und daher in ihrer Geltungsdauer zeitlich zu befristen.

Bonn, den 8. September 1992

Hans-Ulrich Klose und Fraktion

