

Antrag
der Gruppe BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Vorlage eines neuen Gesundheits-Strukturgesetzes

Der Bundestag wolle beschließen:

- I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:
 1. Das Gesundheitswesen steht vorrangig im Dienst der Prävention und Gesundheitsförderung. Darüber hinaus geht es in der Gesundheitspolitik um die Schicksale und Lebenslagen kranker und hilfsbedürftiger Menschen. Es ist notwendig, das Gesundheitswesen und die dort erbrachten Dienstleistungen nicht nur aus der ökonomischen Perspektive, sondern vor allem im Hinblick auf die präventive und die soziale Qualität zu beurteilen. Sowohl die Regierungskoalition als auch die Fraktion der SPD beschränken sich auf die ausschließlich ökonomistische Betrachtung. Der umfassenden Problematik von Krankheit und Heilung werden finanzpolitische Kategorien allein nicht gerecht. Weder die Regierungskoalition noch die Fraktion der SPD lösen sich von dieser Logik. Die grundsätzliche Dominanz der Leistungserbringer im Gesundheitswesen wird hierdurch beibehalten.
 2. Die kurzfristigen Entlastungswirkungen der Gesundheitsreform von 1989 sind nach nur drei Jahren bereits verbraucht. Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung haben mit durchschnittlich 13,1 % ihren historischen Höchststand erreicht. Die Regierungskoalition konnte auch hier ihre Versprechen nicht einlösen, da die fehlsteuernden, systematischen Defizite unseres Gesundheitswesens unangetastet blieben. So wurde 1989 die längst fällige Reform des ärztlichen und zahnärztlichen Honorarsystems vertagt. Darüber hinaus haben die meisten Akteure und Akteurinnen, allen voran die Pharmaindustrie, ihren vereinbarten Sparbeitrag nicht erbracht. Schließlich blieben bei der Reform 1989 tiefgreifende Veränderungen unserer Gesellschaft weitgehend unberücksichtigt, obwohl es sich hier um seit langem bekannte, zentrale Probleme aller Sozialversicherungszweige handelte. Exemplarisch ist die andauernde Massenarbeitslosigkeit zu nennen.
 3. Die Bundesregierung zieht sich immer mehr von der finanziellen Verantwortung für das Gesundheitswesen zurück. Sie

setzt auch in diesem Bereich auf die Wirkung des marktwirtschaftlichen Wettbewerbs. Eine Analogie zum sozialen Wohnungsbau ist unverkennbar. Die ökonomistische Strategie der Regierungskoalition und der Fraktion der SPD bringt teilweise geradezu kontraproduktive gesundheitspolitische Effekte hervor. Dies zeigt sich besonders deutlich an den Beispielen der stationären Vorsorge und der Rehabilitation.

4. Bei dem Gesundheits-Strukturgesetz 1993 handelt es sich vor allem um einen weiteren Versuch der Kostendämpfung durch Umverteilung. Die Abkehr vom Solidarprinzip zeigt sich besonders deutlich am Beispiel der neugeregelten Krankenversicherung der Rentner. Darüber hinaus sollen die Patienten und Patientinnen zu einem erneuten Kraftakt in Form von erweiterten Zuzahlungen herangezogen werden. Durch die geplanten Dynamisierungen wird dieser Beitrag der Patienten und Patientinnen in der Zukunft automatisch immer größer. Die Beiträge der Leistungserbringer haben hingegen eher vorübergehenden Charakter.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, ein verändertes Gesundheits-Strukturgesetz einzubringen, das

- eine prinzipielle gesundheitspolitische Neuorientierung zugunsten einer patientenzentrierten, humanen und ökologisch vertretbaren Medizin anstrebt;
- die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung durch sozialpolitisch verantwortbare Maßnahmen erhöht, z. B. durch die Anhebung der Pflichtversicherungs- und der Beitragsbemessungsgrenze;
- einen bundesweiten, einkommenorientierten und kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleich zwischen allen Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung vorsieht;
- allen Beschäftigten ein einheitliches Kassenwahlrecht einräumt;
- Patienten und Patientinnen von Zuzahlungen bei den auf der Positivliste bezeichneten Arzneimitteln und bei stationären Aufenthalten, insbesondere solchen zum Zwecke der Vorsorge oder Rehabilitation befreit;
- Härtefall- und Überforderungsgrenzen am verfügbaren Nettoeinkommen ausrichtet;
- von der Einführung der Krankenversicherungskarte aus Gründen des Datenschutzes absieht;
- das ärztliche und zahnärztliche Honorarsystem umstrukturiert und die fehlsteuernde Einzelleistungsvergütung durch zeitbezogene, degressive Fallkomplex- und Fallpauschalhonorare ersetzt sowie eine Begrenzung der durchschnittlichen Einkommen von Kassenärzten und -ärztinnen vorsieht;
- der Vorleistungsproblematik Rechnung trägt, indem bis zum 31. Dezember 1999 bei der notwendigen Umstrukturierung des ärztlichen und zahnärztlichen Honorarsystems abgestufte Übergangsregelungen für Praxisneugründungen vor dem 1. Januar 1993 einbezogen werden;

- Positivlisten verschreibungsfähiger Arzneimittel einführt;
- die Qualitätssicherung fördert, z. B. durch Verbesserung der ärztlichen und zahnärztlichen Aus- und Weiterbildung;
- die Überprüfung des Einsatzes von medizinisch-technischen Großgeräten nach regionalen Bedarfskriterien bei ausdrücklicher Förderung der kooperativen Nutzung weiterentwickelt;
- vorhandene Großgeräte-Kapazitäten in den Krankenhäusern für die ambulante Nutzung öffnet;
- kooperative Gesundheitszentren, Polikliniken und Gemeinschaftspraxen fördert, z. B. durch Kooperationsverträge;
- nichtärztliche Heil- und Hilfsberufe in die kooperativen Gesundheitszentren, Polikliniken und Gemeinschaftspraxen einbezieht;
- Anstellungsmöglichkeiten für Ärzte und Ärztinnen bei niedergelassenen Kollegen und Kolleginnen sowie bei den Krankenkassen fördert;
- die Möglichkeiten zur teilstationären und ambulanten Behandlung im Krankenhaus, z. B. durch ein Regelangebot an Instituts- und Fachambulanzen, erweitert. Dies gilt insbesondere auch für den psychiatrischen (psychotherapeutischen und psychosomatischen) Bereich;
- den Krankenhaussozialdienst als Pflichtleistung einführt;
- eine Arbeitszeitordnung für das medizinische Personal an den Krankenhäusern mit den Zielen des Überstundenabbaus und der Personalaufstockung einführt;
- die neue Pflegepersonalverordnung mit dem Ziel einer weiteren Aufstockung des pflegerischen Personals an den Krankenhäusern weiterentwickelt;
- die Enthierarchisierung der Krankenhäuser fördert.

Darüber hinaus fordert der Deutsche Bundestag die Bundesregierung auf,

- das Selbstkostendeckungsprinzip grundsätzlich zu erhalten;
- die duale Krankenhausfinanzierung zu erhalten, wobei die Investitionsförderung durch die Länder stärker aufgabenbezogen sein sollte;
- kurzfristig zusätzliche Finanzmittel in Höhe von 34 Mrd. DM durch ein Programm des Bundes sowie aller Bundesländer zur Instandhaltung und Modernisierung der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern bereitzustellen;
- langfristig die Krankenhausinvestitionen der Länder durch gezielte Mittel des Bundes zu unterstützen.

Bonn, den 3. November 1992

Werner Schulz (Berlin) und Gruppe

Begründung

Das von der Regierungskoalition und der Fraktion der SPD angestrebte Ziel der Beitragssatzstabilität ist mit leistungsrechtlichen Eingriffen nicht zu erreichen. Die Gesundheitspolitik der Regierungskoalition und der Fraktion der SPD setzt dessenungeachtet auf Kostendämpfung durch Umverteilung. Davon sind bestimmte Personengruppen besonders betroffen. Allen voran sind die chronisch kranken und multi-morbiden Patienten und Patientinnen zu nennen. Auch ältere Mitbürger und Mitbürgerinnen sind überproportional von den Sparplänen betroffen. Das Gesundheitswesen in einem sozialen Rechtsstaat muß hingegen bedingungslos allen Bürgern und Bürgerinnen gleichermaßen offenstehen. Die geplanten Ausweitungen der Zuzahlungen sind daher abzulehnen.

Durch die deutsche Vereinigung ist das Gesundheitswesen auf besondere staatliche Unterstützung angewiesen. Es sollte unstrittig sein, daß die Gleichheit der Lebensverhältnisse in Ost- und Westdeutschland im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung oberste Priorität haben muß. Dieser Anforderung entspricht z. B. der Vorschlag, die Instandhaltung und Modernisierung der ostdeutschen Krankenhäuser mit einem wirksamen und solidarisch aufgebrachten Finanzierungsprogramm zu unterstützen.

Die Ursachen für die heutige Finanzmisere der Krankenkassen sind vielfältig und überschreiten zum Teil den engeren Rahmen des Gesundheitswesens. So erleiden die Krankenkassen z. B. aufgrund der anhaltenden Massenarbeitslosigkeit erhebliche Beitragseinbußen. Der vorgeschlagene Risikostrukturausgleich zielt darauf, die Wettbewerbsnachteile vieler Krankenkassen zunächst auszugleichen. Diese Sofortmaßnahme macht jedoch grundlegendere Maßnahmen wie die Einführung des einheitlichen Kassenwahlrechts und die Erhöhung der Beitragsbemessungs- und Pflichtversicherungsgrenzen nicht entbehrlich.

Es gilt weiterhin, den dominanten ökonomischen Interessen der Leistungserbringer und -erbringerinnen eine patientenzentrierte Gesundheitspolitik entgegenzusetzen. In einer diesbezüglich ausgleichenden, qualitativen Reformperspektive liegen gesundheits- und sozialpolitisch verantwortbare und zugleich langfristig wirksame Sparpotentiale. Dieser Anforderung entspricht z. B. die seit Jahren vorgeschlagene Umstrukturierung des ärztlichen und zahnärztlichen Honorarsystems mit einer gezielten Betonung des Zeitfaktors.

Bei allen diesbezüglichen Bestrebungen ist zu betonen, daß das Gesundheitswesen kein herkömmlicher Wirtschaftsbereich ist. Das Abhängigkeits- und Vertrauensverhältnis zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin entzieht sich z. B. den Regulatorien von Angebot und Nachfrage. Es handelt sich hier nicht um beliebige Konsumententscheidungen. Mehr als in anderen Bereichen beeinflussen in Fragen der Gesundheit starke Gefühle das Handeln der Patienten und Patientinnen. Die Gesundheitspolitik darf über die ökonomische Betrachtung den Menschen nicht aus den Augen verlieren.

Schließlich ist darauf hinzuweisen, daß bei vielen Beeinträchtigungen der individuellen Gesundheit eine erhebliche kollektive

Mitverantwortung besteht. Dies gilt z. B. für die direkten Opfer des zunehmenden Individualverkehrs, für die schweren Allergien, die durch wachsende Umweltbelastungen hervorgerufen werden, aber auch für die vielen Menschen, die unter dem Druck der Leistungsgesellschaft ihre Gesundheit einbüßen.

Bereits aufgrund dieser kollektiven Mitverantwortung verbietet sich eine weitergehende Individualisierung und Reprivatisierung der Gesundheitsversorgung.

