

Entschließungsantrag der Gruppe der PDS/Linke Liste

zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und F.D.P.
— Drucksachen 12/3608, 12/3930, 12/3937 —

Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz)

Der Bundestag wolle beschließen:

I.

1. Der Deutsche Bundestag anerkennt, daß im Gesundheits-Strukturgesetz nach wie vor die kurzfristige Sicherung der Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens das Übergewicht hat. Diesem Ziel sollen zeitlich begrenzte Kostendämpfungsmaßnahmen auf seiten der Leistungserbringer und erneut erhöhte Zuzahlungen der Versicherten dienen. Insofern bleibt die Bezeichnung „Gesundheitsstrukturgesetz“ irreführend. Denn die Finanzierbarkeit ist nur eine, wenn auch grundlegende Vorbedingung für die Gesundheitspolitik. Erst die Bestimmung klarer Versorgungsstrategien bei der Bewältigung der heutigen gesundheitlichen und sozialen Probleme macht eine effektive Verteilung begrenzter Ressourcen möglich.

Die in erster Linie notwendige Schaffung günstigerer struktureller Voraussetzungen für die Qualität der gesundheitlichen Versorgung sowie für eine sinnvollere Nutzung der zur Verfügung stehenden Mittel wird im Gesetzentwurf wiederum verfehlt.

2. Es wird nicht verkannt, daß das vorliegende Gesetz Elemente enthält, die das Bestreben erkennen lassen, Bewegung in die Gesundheitspolitik zu bringen. Dazu zählen u. a. erste Schritte in Richtung einer Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung, die Maßnahmen zur Unterstützung einer rationellen Arzneimitteltherapie, die vorgesehene Veränderung des Vergütungssystems für die Kassenärzte oder der angestrebte Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen. Nicht zu übersehen ist jedoch, daß die vorgesehenen Veränderungen weit hinter dem jeweils Erforderlichen zurückbleiben und zudem großen Spielraum für die Ausbeutung geben.

Strukturelle Schlußfolgerungen zur Lösung grundlegender Entwicklungsprobleme des Gesundheitswesens, wie zuneh-

mende Spezialisierung und daraus erwachsende Notwendigkeit zu innerberuflicher wie berufsübergreifender Kooperation oder hinsichtlich des wachsenden Stellenwertes von Prävention und Rehabilitation, werden fast völlig vermißt.

So muß festgestellt werden, daß der Gesetzentwurf nach wie vor keinen grundlegenden Ansatz zu einer wirklichen Strukturreform im Gesundheitswesen darstellt.

3. Während die tatsächlichen Ursachen ungerechtfertigter Kostensteigerungen im Gesundheitswesen, die in den seit langem bestehenden Strukturmängeln und daraus resultierenden Fehlsteuerungen liegen, nicht oder nur halbherzig angepackt werden, soll die Beherrschung der finanziellen Folgen in erster Linie über eine Fülle administrativer Maßnahmen wie Budgetierungen, Richtgrößen, Prüfverfahren und andere Reglementierungen ärztlicher und pflegerischer Arbeit erreicht werden. Das muß zu einem neuerlichen Anwachsen der jetzt schon unerträglichen Bürokratie im Gesundheitswesen, zur weiteren Zunahme des ohnehin überhöhten Verwaltungsaufwandes, vor allem aber zu schwerwiegenden Belastungen des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient führen. Andererseits zieht sich der Staat jedoch – so wie er es früher schon bei präventiven Maßnahmen getan hat – weiter aus seinen finanziellen Verpflichtungen für eine leistungsfähige gesundheitliche Versorgung zurück. Das zeigen die Veränderungen auf dem Gebiet der Krankenhausfinanzierung in den alten Bundesländern.
4. Trotz vorgenommener Abmilderung der ursprünglich vorgesehenen Selbstbeteiligungen führt das Gesetz zu weiteren Erhöhungen der Zuzahlungen für die Versicherten. Damit wird das Solidarprinzip entgegen vielfacher anderslautender Behauptungen weiter ausgehöhlt. Die daraus resultierenden sozialen Probleme werden für viele chronisch kranke, ältere und behinderte Menschen auch durch Härtefallregelungen nicht gelöst. Die soziale Gleichheit bei der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung, deren Gewährleistung eine reale politische Zielstellung wäre, rückt damit weiter in die Ferne.
5. Während sich das Gesetz für die Versicherten als unsozial erweist, verschlechtert es die Rahmenbedingungen für die Arbeit der Ärzte und anderen Beschäftigten im Gesundheitswesen. Die tatsächlich zur Lösung anstehenden Probleme werden dagegen nicht oder nicht adäquat aufgegriffen.

II.

Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, ein neues Gesundheits-Strukturgesetz einzubringen.

Die Veränderungen in Bevölkerungsstruktur und Krankheitsgeschehen, vor allem geprägt durch den wachsenden Anteil älterer Menschen sowie das Überwiegen chronischer Krankheiten, führen zu neuen medizinischen Erfordernissen und verlangen veränderte Arbeitsweisen und Strukturen im Gesundheitswesen. Zugleich gibt die moderne Medizin dem Arzt bisher ungeahnte Möglichkeiten in die Hand, die einen auch künftig wachsenden

Aufwand für die gesundheitliche Versorgung erfordern werden. Rationale Gesundheitspolitik muß diesen Entwicklungen bewußt Rechnung tragen.

Die in der Bundesrepublik Deutschland historisch gewachsenen Strukturen im Gesundheitswesen mit ihrem Überwiegen der Einzelpraxis, mit ihren starren Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, medizinischer und psychologischer bzw. sozialer Betreuung behindern ein zunehmend erforderliches arbeitsteiliges Zusammenwirken, führen zu vielfachen Doppeluntersuchungen und belasten den Patienten unnötig. Die vielfach jeweils unterschiedlichen Zuständigkeiten und Finanzierungsmodalitäten sind anachronistisch. Sie führen zu schwerwiegenden Mängeln, insbesondere bei der Versorgung älterer Menschen, chronisch sowie psychisch und psychosomatisch Kranker und wirken über Leistungsausweitungen zusätzlich kostentreibend.

Die gegenwärtigen Ausbildungsformen im universitären Bereich und die Arbeit in der medizinischen Praxis sind einseitig durch kurative Medizin geprägt. Psychosoziale, rehabilitative und präventive Orientierungen sind noch immer unterentwickelt. Die Ausbildung der Studenten bewirkt eine Überbewertung von apparativer Diagnostik und Pharmakotherapie. Im Ergebnis ist das Wissen über Methoden der Nachsorge und Langzeitbetreuung für chronisch Kranke lückenhaft und die Behandlungsstrategien werden weitgehend durch Arzneimitteleinsatz und Technisierung bestimmt. Die von der Pharma- und medizintechnischen Industrie geförderte Fortbildung dient in hohem Maße der Produktwerbung und verstärkt die genannten Kenntnis- und Handlungsdefizite.

1. Der veränderten Situation muß durch entsprechende Strukturen und Finanzierungsformen Rechnung getragen werden.

Erforderlich sind

- die wirkungsvolle Stärkung der hausärztlichen Arbeit zur Sicherung einer qualitativ hochstehenden und zugleich wirtschaftlichen Versorgung der Patienten;
- die Förderung von ärztlichen Zusammenschlüssen (Gemeinschafts- und Gruppenpraxen, Gesundheitszentren und Polikliniken) sowie die Erweiterung psychosozialer Versorgungsmöglichkeiten durch berufsübergreifende Kooperation;
- die Anwendung sinnvoller Honorierungsformen, die der Spezifik ärztlicher Tätigkeit besser entsprechen, nicht begründete Mengenausweitung und qualitative Fehlsteuerungen vermeiden, mehr menschliche Zuwendung ermöglichen und so das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient fördern;
- enge Verbindungen von ambulanter und stationärer Versorgung u. a. durch ambulante Behandlungsmöglichkeiten an Krankenhäusern zur teilstationären sowie vor- und nachstationären Versorgung bzw. durch Erhaltung und Schaffung von Fachambulanzen zur Versorgung von Patienten mit komplizierten Krankheitszuständen.

2. Die Entwicklung auf dem Arzneimittelsektor ist nicht mit administrativen Mitteln zu beherrschen. Für den notwendigen rationalen Einsatz von Arzneimitteln ist eine Vielzahl von Maßnahmen erforderlich.

Dazu zählen

- die Herstellung von mehr Transparenz und die Reduzierung des Überangebots auf dem Arzneimittelmarkt nach anerkannten wissenschaftlichen Kriterien;
- die Verstärkung der Arbeit mit Diagnostik- und Therapieempfehlungen durch die Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung und medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaften;
- die Sicherung einer industrieunabhängigen Beratung und Fortbildung der Ärzte durch ärztliche Selbstverwaltung und Krankenkassen;
- die Einstellung der Arzneimittelwerbung in Massenmedien und Öffentlichkeit;
- die verbesserte Ausbildung auf dem Gebiet der Arzneimitteltherapie im Rahmen einer dringlich anstehenden Reform des Medizinstudiums, wobei auch anderen Therapieformen der ihnen gebührende Stellenwert eingeräumt werden sollte.

3. Die Krankenhausentwicklung darf nicht isoliert von den anderen Feldern der Gesundheitssicherung gesehen werden. Gerade im Krankenhausbereich macht sich das Fehlen eines gesundheits- und sozialpolitischen Gesamtkonzeptes bemerkbar. Künstlich geschaffene Abgrenzungskriterien z. B. zwischen Krankheit und Pflegebedürftigkeit sowie Leistungsgewährung durch verschiedene Träger behindern sinnvoll abgestimmte Behandlungs- bzw. Rehabilitationsschritte. Strukturen und Verantwortlichkeiten im Krankenhaus entsprechen nicht mehr der hochentwickelten Spezialisierung und Arbeitsteilung.

Erforderlich sind

- die Überwindung hierarchischer Strukturen und Aufbau von Organisationsformen, die einer wesentlich größeren Zahl von langjährig erfahrenen Fachärzten eine Lebensperspektive im Krankenhaus ermöglicht;
- eine Aufwertung der Rolle des Pflegepersonals entsprechend seiner spezifischen Kenntnisse, Erfahrungen und Verantwortungen;
- die Überwindung des Pflegenotstandes u. a. auch durch eine Verbesserung der Vergütung, die den hohen Belastungen der Pflegekräfte Rechnung trägt;
- die Einbindung der Krankenhäuser in Konzepte regionaler Gesundheitssicherung unter Integration der stationären, ambulanten und sozialen Dienste. Nur durch Bildung integrierter Versorgungsformen und gesicherte Kooperation wird Effektivität und Effizienz der gesamten gesundheitlichen Versorgung zu erreichen sein;

- ein Einsatz von medizinischen Großgeräten, der sich am regionalen medizinischen Bedarf orientiert. Großgeräte sollten in der Regel an Krankenhäusern installiert und kooperativ genutzt werden;
- die Verwirklichung von Akutversorgung und Rehabilitation als einheitlicher Prozeß;
- keine Aufgabe der dualen Finanzierungsform der Krankenhäuser in den alten Bundesländern, d. h., Beibehaltung der Verantwortung von Ländern und Kommunen für eine flächendeckende Versorgung auf hohem Niveau, wenn erforderlich unter Beteiligung des Bundes. Einführung abteilungsspezifischer, zeitlich gestaffelter Pflegesätze, die hohe Qualität der Versorgung und sinkenden Verwaltungsaufwand ermöglichen.

4. Krankheiten sind in hohem Maße auch Folge von lebens- und arbeitsumweltlichen Belastungen, die der einzelne nicht oder kaum beeinflussen kann. Die daraus resultierende Verantwortung der Gesellschaft für Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung muß ihren Niederschlag in der Verpflichtung des Staates finden, präventive Leistungen zu fördern und finanziell zu tragen. Dabei haben Vorbeugung, Früherkennung und Frühförderung besonders im Kindes- und Jugendalter einen hohen Wert.

Erforderlich ist

- eine deutlichere Hervorhebung und Anerkennung sozialer und medizinischer Prävention durch die Gesundheitspolitik;
- die Übernahme der Finanzierung von Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, Verhütungsmitteln sowie der Geldleistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft durch den Staat;
- Erweiterung statt Abbau der Angebote des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zur Schwangerenvorsorge, Mütterberatung, im Schulgesundheitsdienst sowie in der Kinder- und Jugendzahnpflege;
- der Ausbau vielfältiger Formen der Gesundheitsberatung mit dem Ziel auch individueller Aktivierung zur Gesunderhaltung.

5. Das Solidarprinzip in der Krankenversicherung darf nicht untergraben, sondern muß weiter gestärkt werden.

Dazu ist erforderlich

- der Wegfall sämtlicher Zuzahlungen bei allen medizinisch angezeigten Leistungen, d. h., die Gewährung unentgeltlicher medizinischer Hilfe für alle Versicherten;
- die Einbeziehung aller Bevölkerungsschichten, einschließlich der Selbständigen und Beamten in das solidarische Versicherungssystem. Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze bei Angleichung der Beitragsbemessungsgrenze an die der Rentenversicherung;
- Demokratisierung der Krankenversicherung durch wirkungsvolle Einbeziehung der Versicherten in die Entscheidungen über die Anwendung ihrer Beiträge;

- ein bundesweiter kassenartenübergreifender Risikostrukturausgleich ohne Trennung nach alten und neuen Bundesländern.

Bonn, den 8. Dezember 1992

Dr. Gregor Gysi und Gruppe

