

Änderungsantrag

der Gruppe der PDS/Linke Liste

**zur zweiten Beratung des Gesetzentwurfs 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:

1. Artikel 1 wird wie folgt geändert: Folgende neue Nummer 1 a wird eingefügt:
„1 a. In § 6 Abs. 1 Nr. 1 werden im ersten Satz die Worte ‚75 vom Hundert‘ gestrichen.
2. Die Nummern 2, 7, 11, 12, 15, 17, 18, 23 Buchstabe c, Nummer 24 Buchstabe b, Nummern 25, 28, 33 Buchstabe c und d werden ersatzlos gestrichen.
3. Artikel 4 entfällt.
4. In Artikel 31 entfallen die §§ 5 und 6.“

Bonn, den 8. Dezember 1992

Dr. Gregor Gysi und Gruppe

Begründung

Die im Entwurf des Gesundheits-Strukturgesetzes angestrebten Kostendämpfungs- und Umverteilungsregelungen bei den Leistungserbringern sind insgesamt ein untaugliches Mittel zur Beseitigung der Verwerfungen im Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland. Für die sich im Umbruch befindlichen Gesundheitseinrichtungen der neuen Bundesländer bringen die Regelungen vor allem Unsicherheiten und Existenzbedrohungen mit sich.

Diese Probleme lassen sich nur mit grundlegenden Schritten zu einem tatsächlichen Strukturwandel in Krankenversicherung und Gesundheitswesen lösen. Dazu bedarf es eines neuen Ansatzes, den auch der jetzt vorgelegte Gesetzentwurf vermissen läßt. Die vorgesehenen Schritte in diese Richtung (Risikostrukturausgleich, Arzneimittelliste) sind nicht ausreichend.

Um so unzumutbarer ist es, die Versicherten weiter in die Kostenübernahme einzubeziehen; eine Kostenübernahme, deren Höhe trotz Veränderung der Modalitäten (vgl. Zahnersatz) im wesentlichen gleich geblieben ist. Mit der beabsichtigten Ausdehnung der Zuzahlung und Selbstbeteiligung für Versicherte, die Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch nehmen müssen, werden die seit Jahren bestehenden Verletzungen des Solidarprinzips in der Krankenversicherung vertieft. Die Belastungen treffen vor allem chronisch Kranke, ältere Bürgerinnen und Bürger sowie Menschen mit Behinderungen. Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen sind ein zusätzlicher „Schattenbeitrag“, der ohne Arbeitgeberanteil gerade von den mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffenen Versicherten allein getragen werden muß. Zudem sind Zuzahlungen – wie alle Erfahrungen zeigen – ein untaugliches Steuerungsinstrument.

Die Streichung der diesbezüglichen Regelungen (vgl. 2.) soll dieser Entwicklung vorerst Einhalt gebieten. Mittelfristig sind alle anderen Formen von Selbstbeteiligung und Zuzahlung abzuschaffen. Um angesichts der aktuellen Kostenentwicklung und angespannten Kassenlage eine sozialverträgliche Sofortmaßnahme seitens der Versicherten beizusteuern, soll die Beitragsbemessungsgrenze der Krankenversicherung auf die Höhe der Rentenversicherung heraufgesetzt werden (vgl. 1.).

Insgesamt sind aber sowohl für Kostensenkungen als auch für Einnahmesteigerungen neue Wege zu beschreiten.

Solche neuen Wege wären hinsichtlich der Einnahmesteigerung:

- die Einführung einer allgemeinen Versicherungspflicht, wobei vor allem alle Einkommensbezieherinnen und -bezieher Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung zu leisten haben, wodurch das Ausscheren ökonomisch stärkerer Bevölkerungsgruppen aus der solidarisch organisierten Absicherung des Krankheitsrisikos verhindert wird; im einzelnen bedeutet das:
 - auch Selbständige und Beamte werden versicherungspflichtig,
 - ansonsten Familienversicherte, aber geringfügig Verdienende entrichten Beiträge,
 - die untere Begrenzung für Einkommen eigenständig Versicherter ist der durchschnittliche Regelsatz der Sozialhilfe,
 - für Kinder wird ein – den Eltern durch den Bundeshaushalt zu ersetzender – Beitrag eingeführt,
 - die private Krankenversicherung bezieht sich nur noch auf zusätzliche individuelle Sonderwünsche;
- die Wahrnehmung der Mitverantwortung des Staates, für die Gesunderhaltung seiner Bürgerinnen und Bürger, beginnen

damit, daß Leistungen der Prävention für Kinder und Jugendliche (im schulpflichtigen Alter bis zum 16. Lebensjahr) durch den Bund an die Krankenversicherungen bzw. an die leistungserbringenden Gesundheitseinrichtungen gezahlt werden.

Für tatsächliche Kostensenkungen wären erforderlich:

- die Abschaffung des Systems ärztlicher Einzelleistungsvergütung im ambulanten Bereich zugunsten pauschaler Honorierungsformen, um Mengenausweitungen bei der Leistungserbringung, aber auch qualitative Fehlsteuerungen z. B. Technik contra Gespräch – zu vermeiden;
- die Förderung von fachübergreifenden ärztlichen Zusammenschlüssen in Gemeinschafts- und Gruppenpraxen, Gesundheitszentren und Polikliniken sowie die Erweiterung psychosozialer Versorgungsmöglichkeiten durch berufsübergreifende Kooperation;
- die Verwendung geeigneter Pauschalen zur Abrechnung von Krankenhausleistungen, wie z. B. fachspezifischer, zeitlich gestaffelter Pflegesätze, welche kostensenkend wirken und zugleich eine weitere Steigerung des Verwaltungsaufwandes vermeiden.

Insgesamt ist den Strukturen und Verfahren der Vorzug einzuräumen, die bei gesetzter Qualität die geringsten Kosten verursachen bzw. jenen, die bei gegebenen Preisen die höchste Qualität erreichen. All diese Maßnahmen bedürfen gründlicher Vorbereitung, vor allem aber eines ausgeprägten politischen Willens. Die Entwicklungstendenzen der modernen Medizin und die daraus folgenden Konsequenzen für die medizinische Versorgung verlangen ein entsprechendes Instrumentarium. Erörtert wurden solche Probleme hinlänglich – zu erinnern ist nur beispielhaft an die Arbeit der Enquete-Kommission des 11. Deutschen Bundestages zur „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“.

Es ist und bleibt aber eine politische Entscheidung, in welche Richtung die Reform mittel- und langfristig laufen wird: ob der Weg zu einer Zwei-Klassen-Medizin fortgesetzt oder dem Solidarprinzip in der Gesundheitsvorsorge, -erhaltung und -wiederherstellung endlich wirklich entsprochen wird.

