

## **Antrag**

**der Abgeordneten Monika Knoche, Marina Steindor, Marieluise Beck (Bremen), Matthias Berninger, Annelie Buntenbach, Andrea Fischer (Berlin), Rita Griebhaber, Irmingard Schewe-Gerigk und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

### **Umbau und Weiterentwicklung der Gesundheitsstruktur**

Der Bundestag wolle beschließen:

**I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:**

1. Das Gesundheitsstrukturgesetz, das von der Regierungskoalition und der Fraktion der SPD in der letzten Legislaturperiode verabschiedet wurde, hatte die Ansprüche,
  - das Defizit der gesetzlichen Krankenversicherung von 14,7 Mrd. DM aus den Jahren 1990 und 1991 wieder auszugleichen,
  - für eine begrenzte Zeit über eine sektorale Budgetierung einen Kostenschnitt zu ermöglichen,
  - die zukünftige neue Finanzierungsform für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) vorzubereiten und einzuleiten
  - sowie mit strukturellen Änderungen die erkannten Systemfehler des Gesundheitswesens anzugehen.
2. Die Erwartungen der an dem Lahnsteiner Konsens beteiligten Fraktionen haben sich nicht erfüllt. Vielmehr sind gravierende strukturelle Mängel sichtbar geworden, die sich durch die aktuelle Gesetzeshektik verstärken werden:
  - a) Die Kassen erwarten trotz Budgetierung für das Jahr 1995 ein neues, teilweise politisch verursachtes, teilweise ausgabenbedingtes Defizit. Dies wird 1996 zu Beitragserhöhungen führen.
  - b) Neue Finanzierungsformen wie die Reform des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) oder die Einführung weiterer Fallpauschalen im Krankenhaus konnten bisher nicht zum Tragen kommen bzw. ihren Nutzen unter Beweis stellen. Auch zukünftig werden sie keinesfalls ein geeignetes Mittel darstellen, um die in der Vergangenheit übliche Spirale immer neuer Kostendämpfungsgesetze zu beenden.

- c) Im ambulanten Sektor haben allein technisch orientierte Disziplinen wie z. B. die Radiologie finanziell gewonnen. Ein Ausbau der sprechenden Medizin durch eine neue Honorarverteilung hat nicht stattgefunden. Das 4. SGB VÄndG, das der hausärztlichen Medizin für das Jahr 1995 einen Zuschlag von 600 Mio. DM zugesteht, hat keine Steuerungsfunktion.
- d) Eine Überwindung der Grenzen von ambulanter und stationärer Medizin durch vor- und nachstationäre Behandlung hat nicht stattgefunden. Vielmehr wirken budgetbedingte Krankenhausfehleinweisungen kostentreibend und schaden den Patientinnen und Patienten.
- e) Eine einseitige sektorale Budgetierung für den stationären Bereich im Jahr 1996 verbunden mit der Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip ohne entsprechende Reformschritte wird das Gegenteil einer Ausgabenbegrenzung bewirken, nämlich eine Fortsetzung der freien Ausgabenentwicklung. Einnahmedeckelung ist unwirtschaftlich, Leistungsausgrenzungen bei der stationären Versorgung geradezu vorprogrammiert. Des weiteren werden hierbei sparsam wirtschaftende und zugleich qualitätsorientierte Krankenhäuser bestraft und als Kostentreiber diffamiert.
- f) Die angekündigte Einführung der monistischen Finanzierung im stationären Sektor bedeutet die Aufgabe der aus ordnungspolitischen Gründen notwendigen Planungshoheit der Länder. Der einzige Grund für den Wunsch nach der erneuten Einführung der Monistik sind die leeren Kassen der Länder. Außerdem ist diese Finanzierungsart kaum mit der oft als Ziel bekundeten Beitragsstabilität zu vereinbaren, sondern entwickelt sich zu einem erneuten Verschiebeparkplatz zu Lasten der GKV.
- g) Die Abschaffung der Positivliste bedeutet, daß eine nutzenorientierte Arzneimittelselektion verhindert wird. Damit ist die Chance, einen wichtigen Beitrag zur Strukturqualität und zum Patientinnen- bzw. Patientenschutz zu leisten, vertan.
- h) Eine qualitätsorientierte Gesundheitsförderung findet nicht oder nur begrenzt statt. Qualitätssicherung gerät so in Gefahr bei den Krankenkassen durch die freie Wahl der Kassen ab 1996 zur reinen Werbemaßnahme zu werden.
- k) Die seit 1996 geltende Diagnoseverschlüsselung nach ICD 10 (ICD = International Classification of Diseases) kann nicht die notwendige Transparenz bringen. Für die ärztliche Praxis ist sie nicht tauglich. Sie weist darüber hinaus erhebliche Anwendungsmängel auf. Mit dem ICD 10 wird in das Grundrecht auf informationelle und kommunikative Selbstbestimmung der Patienten

tinnen und Patienten eingegriffen. Ein Datenmißbrauch durch Dritte kann nicht ausgeschlossen werden. Ähnliche Probleme entstehen auch bei der Krankenkassen-Chipkarte.

II. Die Bundesregierung wird aufgefordert, bei der Umsetzung der Dritten Stufe des Gesundheitsstrukturgesetzes die folgenden Grundsätze zu wahren und bei jeder einzelnen Maßnahme bzw. Änderung zu gewährleisten, daß keinesfalls gegen diese Grundsätze verstoßen wird.

1. Die solidarische Absicherung aller Risiken im Krankheitsfall bleibt eine Grundbedingung des Sozialstaates. Gesundheitlich sinnvolle Versorgungsangebote dürfen nicht ausgegrenzt werden. Gesundheitspolitik bleibt der gesellschaftlichen Solidarität gerade bei steigender Individualisierung und Globalisierung von Risiken verpflichtet.
2. Beitragsstabilität und Kostendämpfung dürfen nicht zur Entsolidarisierung und Leistungsausdünnung im Gesundheitswesen führen.
3. Die optimale Versorgung aller Bevölkerungsschichten ist das Ziel einer reformierten Struktur der ambulanten und stationären Organisation des Gesundheitswesens. Gleichzeitig müssen die finanziellen Mittel der gesetzlich Versicherten verantwortungsvoll eingesetzt werden.
4. Gesundheit unterliegt der gesellschaftlichen Verantwortung. Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen Lebens- und Arbeitsbedingungen und Krankheit. Umweltbelastung, gesundheitliche Risiken am Arbeitsplatz, psychosozialer Streß und Diskriminierungen stellen individuell nur schwer beeinflussbare Krankheitsauslöser dar.
5. Qualitative Veränderung im Gesundheitssystem bedeutet, Gesundheit und Krankheit als lebensgeschichtliche Erfahrung zu verstehen. Die Verhinderung von Krankheit muß gegenüber der Behandlung von Krankheit einen breiteren Raum einnehmen. Allzuoft wird im medizinischen System die Machbarkeit von Gesundheit suggeriert.
6. Die Selbstbestimmung der Betroffenen muß gestärkt werden, ohne Gesundheit zur reinen Privatsache zu machen.
7. Eine Demokratisierung des Gesundheitssystems ist notwendig, um der Hierarchie im Arzt-Patienten-Verhältnis entgegenzuwirken und emanzipatorische Eigenkompetenz seitens der Erkrankten zu fördern.
8. In die Planung, Ausgestaltung und Kontrolle des Gesundheitssystems müssen grundsätzlich die Patientinnen bzw. Patienten und damit die Versicherten mehr miteinbezogen werden. Vorhandene Ansätze der Selbsthilfeorganisation, wie sie in der Selbsthilfebewegung bestehen, müssen gestärkt werden.

9. Alternative Heilsysteme sowie psychosomatische und psychotherapeutische Ansätze sind zu fördern und als gleichwertige Methoden im Gesundheitswesen zu akzeptieren.
  10. Heil- und Pflegeberufe sind den medizinischen Berufen gleichzustellen und müssen in ihrer Bedeutung zu zukunftsorientierten Berufen geführt werden.
  11. Gesundheitspolitik ist dem ganzheitlichen Menschenbild verpflichtet. Die medizinisch technische und pharmakologische Entwicklung bildet hierzu keinen Gegensatz, ebenso nicht das betriebswirtschaftliche Denken im Gesundheitswesen, solange der Mensch im medizinisch-industriellen Komplex nicht auf der Strecke bleibt.
  12. Die männerorientierte Normenwelt des Gesunden ist zugunsten einer geschlechtergleichstellenden und allen gesellschaftlichen Gruppen gerecht werdenden Denkweise zu überwinden.
  13. Die Grund- und Menschenrechte gelten uneingeschränkt im Gesundheitswesen. Alle Menschen müssen im Gesundheitswesen gleich behandelt werden.
- III. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, bei der Dritten Stufe des Gesundheitsstrukturgesetzes folgende konkrete Maßnahmen aufzunehmen und lückenlos umzusetzen, um damit eine solidarische Versorgung im Krankheitsfall zu garantieren. Marktwirtschaft und Wettbewerb sind nicht zur Steuerung eines Gesundheitsversorgungssystems geeignet.
1. Stärkung der Verantwortung der gesetzlichen Krankenversicherung
- Die unterschiedliche Organisationsstruktur der Primär- und Ersatzkassen, die rechtlichen und innerbetrieblichen gesetzlichen Festlegungen haben Innovationen und Modernisierung bislang bei den Krankenkassen verhindert. Die ehemalige „Selbsthilfebewegung Krankenkasse“ ist im Laufe der Zeit zu sehr im Funktionärswesen erstarrt. Eine Reform der Kassen ist längst überfällig.
- Den reformierten Krankenkassen ist neben der finanziellen auch zu großen Teilen die inhaltliche Verantwortung für die Ausgestaltung des Gesundheitswesens mit zu übertragen:
- Umgestaltung der Kassen von einer Behörde zum Dienstleistungsunternehmen mit erhöhter medizinischer und gesundheitspolitischer Kompetenz,
  - Demokratisierung der Strukturen aller Krankenkassen,
  - Innovationsklauseln sind in der Vertragsgestaltung zu erweitern.

## 2. Sinnvoller Ideenwettbewerb über Leistungsfähigkeit und Service

Die ab 1996 mögliche Kassen-Wahlfreiheit führt zu einem verschärften Wettbewerb um möglichst risikoarme Mitglieder. Überlegungen, bei einem allgemeinen gleichen Leistungsspektrum mit unterschiedlicher Organisation der Leistungsanbietung für einzelne Kassen Marktvorteile zu erreichen, bergen die Gefahr der Risikoselektion bzw. gefährden die Übersichtlichkeit und flächendeckende Versorgung im Gesundheitswesen. Derzeit führt der Wettbewerb zu einer Verschleuderung von Geldern für Werbung und Marketing, die eigentlich der Patientinnen- und Patientenversorgung zugute kommen sollte.

Der bisher im Gesundheitsstrukturgesetz eingeführte Risikostrukturausgleich berücksichtigt nicht das unterschiedliche Krankheitsspektrum der verschiedenen Krankenkassen, womit die Startbedingungen, insbesondere für die AOK, nicht gleichwertig sind.

Alle Krankenkassen sollen gleiche Ausgangsbedingungen erhalten und sich über ihre Leistungsfähigkeit und ihren Service, jedoch nicht über kassenspezifisch unterschiedliche Leistungsangebote unterscheiden. Der Wettbewerb zwischen den Kassen muß eingedämmt bzw. perspektivisch gänzlich vermieden werden. Eine Risikoselektion darf sich nicht rechnen:

- Der bisherige Risikostrukturausgleich wird zwischen den Krankenkassen in den einzelnen Regionen morbiditätsbezogen erweitert. Damit haben alle Krankenkassen die gleichen ökonomischen Startbedingungen.
- Das Leistungsangebot der Krankenkassen muß einheitlich sein.
- Die Kassen sollen sich nicht durch ein differierendes Leistungsspektrum, sondern durch ihre Kundenfreundlichkeit und durch die Wirtschaftlichkeit ihres Apparates unterscheiden.

## 3. Gleiche Versicherungsrechte und Pflichten für alle

Für die Krankenkassen finanziell bedeutsame Patientinnen- und Patientengruppen können sich der gesetzlichen Krankenversicherung entziehen. Gerade die Gruppe der Besserverdienenden leistet einen zu geringen Solidaritätsbeitrag durch die zu niedrig festgelegten Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenzen.

Ein egalitäres Versicherungsrecht würde die finanzielle Ausgangsbasis der GKV verbessern und einen sinnvollen Schritt in Richtung Beitragssatzstabilität bedeuten:

- Anhebung der Versicherungspflichtgrenze analog der Rentenversicherung.
- Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze.

- Mittel- bzw. langfristig wird eine Integration der privaten Krankenversicherung (PKV) in die GKV angestrebt.
- Streichung der „höchstpersönlichen Leistungserbringung“ durch Chefärztinnen und Chefarzte.
- Aufhebung des Sonderstatus für Beamte und die Einbeziehung von Beamten und Selbständigen in die GKV.

#### 4. Abgesicherte Finanzierungsbasis der Krankenkassen

Die dreijährige sektorale Budgetierung des Gesundheitsstrukturgesetzes endet mit dem Jahr 1995. Außer im Krankenhausbereich ist von der Koalition keine weitere Deckelung vorgesehen. Eine Freigabe der Ausgabenseite wird wegen wirtschaftlicher Interessen zu einer ökonomisch und sozial nicht zu verantwortenden Steigerung der Beitragssätze führen.

Die Gesamtkosten für das Gesundheitswesen müssen deshalb einer globalen Budgetierung unterliegen und dürfen nur indexbezogen steigen:

- Es muß unterbunden werden, daß finanzielle Belastungen aus anderen Sektoren in den Gesundheitsbereich verlagert werden.
- Als Maß für die Steigerung der Krankenkassenausgaben wird sich an der Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes orientiert. Dieser bundeseinheitliche Index ist in seiner Entwicklung ein verlässlicher und überschaubarer Indikator. Die klassische Dualistik der Finanzierung muß weiterentwickelt werden.
- Zuzahlungen von Patientinnen und Patienten sind zurückzunehmen, da sie keinen kostensteuernden Effekt haben, chronisch Kranke benachteiligen und dem Prinzip der Solidarität der GKV widersprechen.

#### 5. Finanzierungsausgleich nach Gesundheitsindikatoren

Unter der Voraussetzung eines einheitlichen Leistungskatalogs der GKV sind die finanziellen Möglichkeiten der Krankenkassen abhängig von ihrer Mitgliederstruktur sowie der sozio-ökonomischen und ökologischen Situation der Region. In strukturell schwachen Gebieten sind erfahrungsgemäß mehr Gesundheitsleistungen erforderlich. Dies steht im Gegensatz zu den aufgrund der schlechten Sozialstruktur zur Verfügung stehenden geringen Einnahmen. Die Spirale führt tendenziell zu einer Unterversorgung von strukturell schwachen Regionen, die auch nicht durch den bisherigen Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen ausgeglichen werden kann.

Gesundheitsleistungen müssen für alle Bürgerinnen und Bürger qualitativ und quantitativ gleich angeboten werden. Ungleichheiten in verschiedenen Regionen sind abzubauen. Der Bund hat die Aufgabe, gleichwertige Le-

bensverhältnisse im Bundesgebiet herzustellen. Die besonders benachteiligten Gruppen sind zu fördern:

- Aufbau einer einheitlichen bundesweiten Gesundheitsberichterstattung über Gesundheitsindikatoren, wie sie in der Gesundheitsberichterstattung der Länder und des Bundes z. Z. entwickelt werden.
- Unabhängig vom regionalen kassenbezogenen Risikostrukturausgleich wird ein Teil der Kasseneinnahmen gesundheitlich besser gestellter Regionen in Regionen mit negativen Gesundheitsindikatoren umgeleitet.
- Gezielte Vergabe dieser Mittel für nicht-kurative medizinische Leistung, z. B. für Prävention und Gesundheitsförderung.

#### 6. Stärkung der primärärztlichen Verantwortung

Die vom Gesundheitsstrukturgesetz zur Stärkung der hausärztlichen Steuerungsfunktion eingeleiteten Maßnahmen haben nicht gegriffen. Die Situation der Hausärztinnen und -ärzte hat sich vielmehr in den letzten drei Jahren weiter verschlechtert. Durch die überproportionale Niederlassung von Spezialärztinnen und -ärzten wurde die primärärztliche Versorgung zusätzlich gefährdet.

Die primärärztliche Steuerungs- und Koordinierungsfunktion sowie die sprechende Medizin muß gestärkt werden. Die aktuell diskutierten Modelle, insbesondere der vernetzten Praxen und des Hausärzte-Abo's, müssen sich in der Praxis vor dem Hintergrund der Wahlfreiheit bewähren:

- Hausärztinnen bzw. -ärzte, primärärztliche Internistinnen bzw. Internisten, Kinderärztinnen bzw. -ärzte etc. sollen tendenziell die Steuerungsfunktion für „ihre“ Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen übernehmen. Das Direktzugangsrecht bleibt unangetastet.
- Zur Stärkung der Rolle der primärärztlichen Versorgung bedarf es einer Absenkung der Einzelleistungsvergütung und einer ausreichenden Höhe der hausärztlichen Grundvergütung.
- Der Anteil der primärärztlichen Vergütung an der ambulanten Grundversorgung wird durch ein eigenes Budget abgesichert und sukzessive gesteigert.
- Die primärärztliche Versorgung erfolgt maßgeblich über Pauschalen pro eingeschriebenen Patienten bzw. eingeschriebene Patientin, ergänzt durch spezifische hausärztliche Einzelleistungsvergütungen nach Zeitaufwand.
- Die Versorgungsverpflichtung umfaßt auch den präventiven Bereich.

- Zur Gewährleistung einer systematischen und kontinuierlichen Weiterbildung von Hausärztinnen und -ärzten, ist eine gesetzliche Regelung notwendig.
- Die Weiterbildung zum Facharzt bzw. zur Fachärztin für Allgemeinmedizin ist künftig Voraussetzung für die Übertragung der primärärztlichen Versorgung.

#### 7. Aufbau kooperativer ambulanter Leistungsangebote

Die Förderung kooperativer Praxisformen durch das Gesundheitsstrukturgesetz hat nicht hinreichend gegriffen. Berufsübergreifende Kooperationen, besonders im hausärztlichen Bereich, sind nach wie vor die Ausnahme.

Gesundheit ist keine ausschließlich medizinische Aufgabe. Patientennahe Versorgung bedarf neben der Mitwirkung von Angehörigen der Zusammenarbeit von (Haus)-Ärztinnen und -Ärzten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern, Pflegekräften und Gesundheitsfachberufen. Solche integrierten dezentralen Versorgungsangebote sind aufzubauen und zu fördern:

- Integrierte dezentrale Versorgungsangebote, wie durch das Partnerschaftsgesetz ermöglicht, sind gezielt im Honorierungssystem zu fördern.
- Interdisziplinäre Fallkonferenzen der an der Versorgung beteiligten Berufe für besonders versorgungsinensive Patientinnen und Patienten sind zu vergüten und sollen das vernetzte Handeln fördern.
- Umstellung der Bedarfsplanung von Arztsitzen auf integrierte Versorgungssitze.
- Vernetztes, poliklinisches Denken in den ambulanten Gesundheitszentren, wie sie in den neuen Bundesländern bestehen, muß ausgebaut und weiterentwickelt werden. Hierzu muß der im SGB V § 311 Abs. 2 festgeschriebene Bestandsschutz entfristet und Kapazitätsausweitungen und Neugründungen müssen gesetzlich ermöglicht werden. Die notwendigen kostendeckenden Pauschalen müssen nachträglich in dem neuen EBM-Vertrag berücksichtigt werden.

#### 8. Nutzung der fachärztlichen und technischen Kompetenz der Krankenhäuser

Spezialärztliche Ressourcen an Know-how und die Technik in Krankenhäusern stehen der ambulanten Versorgung nicht genügend zur Verfügung. Doppeluntersuchungen und nicht ausgelastete Geräte sind die Folge. Die Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors sind bisher bloße Makulatur.

Die Krankenhäuser müssen für die spezialärztliche Versorgung geöffnet werden:

- Der Sicherstellungsauftrag muß dahin gehend geändert werden, daß eine Neuverteilung des Versor-

gungsauftrages der spezialärztlichen Versorgung möglich ist. Dies beinhaltet insbesondere die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante spezialärztliche Behandlung z. B. in Form von in den neuen Bundesländern bewährten Polikliniken.

- Übergreifende Organisationsmodelle der ambulanten und stationären Versorgung sind regional zu entwickeln und zu erproben.

9. Statt Verschlankung der Krankenhäuser Umwandlung in ganzheitliche Gesundheitszentren

Die Ökonomisierung des Krankenhauses führt zur Vorstellung eines „lean hospital“. Die unter Kostendruck stehenden Krankenhäuser werden im Bereich der Fallpauschalen auf immer kürzere Verweildauer und Patientenselektionen in Richtung möglichst kostenarmer Krankheiten drängen. Die Arbeitsintensität für das Krankenhauspersonal hat bereits maximale Belastungen erreicht. Jedoch sind neben medizinischen Leistungen für die Gesundung der Patientinnen und Patienten Rehabilitation, Pflege, das Erlernen neuer Lebensführung Voraussetzung, um Heilung zu bewirken. Dies wird bei der geplanten Finanzierungsform von Krankenhäusern nicht zu realisieren sein. Vielmehr stellt die momentane Umstellung vom Selbstkostendeckungsprinzip auf Fallpauschalen, Sonderentgelte und Abteilungspflegesätze ein großes Massenexperiment dar, das durch die geplante sektorale Budgetierung für das Jahr 1996 noch verstärkt wird. In altbekannter Manier wird die neue Finanzierung festgeschrieben und erst dann die wissenschaftliche Evaluierung vorgenommen.

Die allseits gepriesene und von vielen eingeforderte monistische Krankenhausfinanzierung wird ohne Staatszuschüsse nicht auskommen, besonders bei Neu- und Ersatzbauten. Hier gilt es, keine privatwirtschaftliche Klinikkonzernbildung über die Monistik zu fördern sowie die Bauplanung und Durchführung als öffentliche Aufgabe zu erhalten.

Die duale Krankenhausfinanzierung durch die Kassen und Länder ist weiterhin aufrechtzuerhalten. Die Krankenhäuser sollen in gesundheitsfördernde, ganzheitlich orientierte Gesundheitszentren umgestaltet werden. Die regionale, flächendeckende Sicherstellung, besonders im ländlichen Raum, ist zu gewährleisten:

- Durch organisatorische Neuordnung der gesundheitlichen Versorgung in der Region sind den Krankenhäusern umfassende Versorgungsanteile zu übertragen.
- Angebote von Kurzzeit-Pflege (wie in der Pflegeversicherung vorgesehen), Rehabilitation und poliklinischer Medizin sind in den Krankenhäusern aufzubauen.

- Abbau von Privilegien durch berufsübergreifende Kooperation.
- Abschaffung der privatärztlichen Liquidation.
- Einführung eines kollegialen fachlichen Leitungssystems.
- Abkehr vom disziplinbezogenen Krankenhausaufbau durch eine Organisation nach disziplinübergreifenden ganzheitlichen Versorgungsformen (Geriatric).
- Finanzierung über krankenhausbezogene Budgets auf der Grundlage von Qualitätsmanagement und Qualitätssicherungskriterien sowie ökonomischer Transparenz.
- Starke Beachtung ökologischer Prinzipien für Materialien- und Ressourcenverbrauch.
- Aufwertung der Pflege im Krankenhaus z. B. durch Schaffung von Qualifizierungsmöglichkeiten oder durch die flächendeckende Realisierung der Gleichstellung von Pflege und ärztlicher Leitung in den Leitungsfunktionen des Krankenhauses. Die Bundespflegesatzverordnung darf für das Jahr 1996 nicht ausgesetzt werden, da dies eine Arbeitsverdichtung für die in der Pflege tätigen Beschäftigten bedeutet und pflegerische Qualitätsstandards, die für die Gesundheit unentbehrlich sind, nicht gehalten werden können.
- Die zum 1. Januar 1996 in Kraft tretende Ruhezeitenregelungen nach dem Arbeitszeitgesetz im Krankenhausbereich müssen umgesetzt und die notwendigen finanziellen Mittel, zur Verfügung gestellt werden.
- Neue Formen privater Praxiskliniken sind schlichtweg abzulehnen, da sie die spezialärztlichen Kompetenzen der Krankenhäuser in einen neu kreierten ambulanten Bereich verlagern, der die Privatisierungstendenz verstärkt.
- Die Planung der medizinisch-technischen Großgeräte muß beibehalten werden. Gleichzeitig muß hierbei dem „Standortvorteil Krankenhaus“ Priorität zugestanden werden.

10. Beschränkung auf wirksame Arzneimittel in der Schulmedizin

Das schulmedizinische Arzneimittelangebot muß auf notwendige Substanzen reduziert werden. Gleichzeitig muß die Arzneimittelsicherheit gestärkt, die Transparenz verbessert und die Strukturqualität des Arzneimittelangebotes gesichert werden. Das Arzneimittelrecht muß dahin gehend reformiert werden, daß ein optimaler Schutz vor möglichen Schädigungen besteht:

- Durchsetzung der Positivliste als erster Schritt zur Sicherung der Qualität bei dem schulmedizinischen Arzneimittelangebot.
- Schaffung der Möglichkeit der Preisverhandlungen für Arzneimittel zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen.
- Patentgeschützte Arzneimittel dürfen nicht aus der Festbetragsregelung genommen werden.

#### 11. Stärkung der besonderen Therapierichtungen

Neben den schulmedizinischen Diagnose- und Therapiemöglichkeiten müssen die besonderen Therapierichtungen im Sinne von Naturheilverfahren gestärkt werden. Naturheilverfahren können nur bedingt mit der Logik der Schulmedizin erfaßt werden. Deshalb ist die Entwicklung von wissenschaftlichen Kriterien, die diesen Verfahren gerecht werden, notwendig:

- Eigene Standards und Qualitätskriterien für die besonderen Therapierichtungen.
- Erarbeitung einer Positivliste für Naturheilverfahren.

#### 12. Gesundheitsförderung als regionale Pflichtaufgabe

Gesundheitsförderung in der Region zwischen Krankenkassen, öffentlichem Gesundheitsdienst (ÖGD), Ärztinnen und Ärzten, Gesundheitsfachberufen und Selbsthilfeprojekten ist zu koordinieren.

- Die Vorschriften des SGB V zur Gesundheitsförderung (besonders § 20) sind im Sinne einer Kooperation aller Beteiligten verbindlich zu gestalten.
- Gesundheitsläden, Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfegruppen sind unbürokratisch und ausreichend zu fördern.
- Verhältnisprävention geht vor Verhaltensprävention.
- Gesundheitlicher Arbeitsschutz als präventive Leistung der Arbeitgeber muß verstärkt und ausgebaut werden.

#### IV. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, zentrale und zukunftsweisende strukturelle Änderungen im Gesundheitswesen in der Dritten Stufe des Gesundheitsstrukturgesetzes vorzunehmen. Durch innovative und richtungsweisende Maßnahmen sind besonders die folgenden Defizite zu beheben:

- Das Monopol des ambulanten Sicherstellungsauftrages liegt einseitig bei den Kassenärztlichen Vereinigungen.
- Die Krankenhäuser sind reduziert auf die stationäre Versorgung und werden – größtenteils unbegründet – für die Kostenexplosion verantwortlich gemacht.
- Das Versicherungswesen basiert auf einem zersplitterten Finanzierungssystem, das kaum noch nachvollziehbar ist.

- Die regionale Verantwortung und Zuständigkeit muß gestärkt werden, z. B. muß sich die kommunale Selbstverwaltung und die Zuständigkeit der Länder in der Region neu definieren. Die Festlegung der Region setzt einen umfassenden politischen Entscheidungsprozeß voraus.
- Patientinnen bzw. Patienten und Patientenvertretungen als demokratisches Element im Gesundheitswesen sind unzureichend beteiligt. Hierzu bedarf es rechtlicher Regelungen der Länder.
- Der öffentliche Gesundheitsdienst muß über die bisherigen Aufgaben der Gesundheitsämter hinaus weiter ausgebaut werden und mehr Verantwortung z. B. im Bereich von Public Health, der Gesundheitsberichterstattung und umweltmedizinische Dienstleistungen übernehmen.

Daraus ableitend ergeben sich die folgenden zentralen und zukunftsweisenden Aufgabenstellungen, die jetzt eingeleitet werden müssen:

1. Übertragung der finanziellen Gesamtzuständigkeit an die Krankenkasse

Die historisch bedingten unterschiedlichen Finanzierungsformen und -zuständigkeiten für Pflege, Rehabilitation, Prävention und Kuration führen zu Sollbruchstellen zwischen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Betriebsmedizin und Rentenversicherungen, die Doppeluntersuchungen, Risikoverschiebungen und unnötigen Verzögerungen bei der Heilung oder Linderung von Krankheiten bedingen. Besonders für die Patientinnen und Patienten ist der aktuelle Zustand nicht einsichtig und durchschaubar. Hier muß eine einheitliche Zuständigkeit der verschiedenen Kostenträger angestrebt werden, indem eine langsame Angliederung erfolgt. Dies bedeutet, daß ein tendenzieller Systemumbau nötig wird, um eine gemeinsame finanzielle Zuständigkeit über die gesundheitlichen Leistungen zu erreichen. Es wird zu prüfen sein, inwieweit die Krankenkassen diese neue Aufgabe institutionell und organisatorisch übernehmen können. Die bestehenden Organisationsstrukturen der einzelnen Subsysteme müssen dabei genutzt werden. Kurzfristige Maßnahmen der besseren Kooperation der verschiedenen Financiers wie z. B. trägerübergreifende „Fallkonferenzen“ sollten erprobt werden. Die Bedeutung der strukturellen Aufwertung der Krankenkassen muß berücksichtigt werden, Fragen einer evtl. Bürokratisierung sind zu erörtern. Die entsprechenden gesetzlichen Rahmenbedingungen müssen überprüft werden.

2. Gemeinsame regionale Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung

Die Aufsplitterung des Sicherstellungsauftrages im ambulanten Bereich auf die kassenärztliche Versorgung

und im stationären Bereich auf die Länder, sowie im pflegerischen und rehabilitativen Bereich auf andere Leistungsträger, verhindern eine Überwindung des Sektorendenken im Gesundheitswesen. Die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung soll gemeinsam durch ein Gremium garantiert werden. Hierzu bedarf es der Steuerung der regionalen Gesundheitsversorgung durch einen konzertierten Gesundheitsrat. Dieser Rat sollte durch die öffentliche Hand und die Krankenkassen unter geeigneter Beteiligung der Krankenhausvertretungen, der Ärzteschaft, der Vertreterinnen bzw. Vertreter der Heil- und Pflegeberufe, einer Patientenvertretung und anderer Leistungserbringer gebildet werden. Bei dem konzertierten Gesundheitsrat geht es um die politische Festlegung der Versorgungssicherheit. Die Krankenkassen verhandeln – weiterhin einheitlich und gemeinsam mit den Anbietern im Gesundheitswesen – über den für die Region definierten Versorgungsbedarf. Es handelt sich um ein regionales Gremium, wobei die konkrete Definition einer Region noch offen ist. Die Krankenkassen müssen sich entsprechend der zu bildenden Regionen strukturieren. Die für die Erfüllung des Leistungskatalogs der GKV notwendigen Leistungen werden durch den Gesundheitsrat nach den Kriterien Qualität und Preis bei den Leistungserbringern ausgewählt. Die zu übertragenden Aufgaben der Rehabilitation und Prävention sind ebenso sicherzustellen. Neben den ärztlichen Aufgaben sind auch pflegerische Tätigkeiten und die anderer Gesundheitsberufe Teil des Sicherstellungsauftrages. Ein einheitlicher Sicherstellungsauftrag überwindet das Sektoraldenken im ambulanten und stationären Bereich. Gleichzeitig können dadurch auch andere Organisationsformen wie z. B. Gesundheitszentren den Sicherstellungsauftrag mit wahrnehmen.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Übertragungen des gesamten Sicherstellungsauftrages auf den Gesundheitsrat müssen geprüft werden.

### 3. Qualität als Leitkriterium für Leistungsvergabe

Krankheit ist keine Ware, Gesundheit hat keinen Preis, Genesung kennt keine Kenngröße.

Die Qualität medizinischer Versorgung und das Maß menschlicher Beziehungen sind naturgemäß nicht durch ökonomische Parameter zu bemessen. Sie sollten vielmehr dem Kranken, d. h. seinem gesundheitlichen Status, seiner Persönlichkeit, seiner Würde und seiner sozialen Situation gerecht werden.

Jedoch hat die Politik die Aufgabe, personelle, ökologische und soziale Ressourcen effizient so einzusetzen, daß sowohl ein Maximum an Wohlbefinden, Vertrauen, Transparenz, Sicherheit für die Patientinnen und Patienten als auch Arbeitszufriedenheit, Mitgestaltung

und hierarchieüberwindende Gleichstellung für alle Beschäftigten im Gesundheitsbereich erlangt werden.

Qualitätsmanagement kann ein Beitrag dazu sein, um z. B. Organisationsstrukturen und Arbeitsabläufe mit den Beschäftigten so zu gestalten, daß Zeit für Zuwendung entsteht und vergleichbare Kriterien für erbrachte medizinische Leistungen entwickelt werden können.

Die Forderungen nach Qualitätssicherung als Entscheidungskriterium für Leistungsauswahl und -vergabe oder für die Gewährleistung des Patientenschutzes sind bisher im Gesetz entweder nicht vorhanden oder nicht hinreichend verwirklicht. Es muß eine Gewährleistung und systematische Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen erfolgen. Betriebswirtschaftliche Faktoren können eine Rolle spielen, sind jedoch nicht das Leitmotiv der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen.

Hierzu bedarf es:

- Verbindlicher Einführungen von Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen.
- Festlegung von Qualitätsindikatoren und Standard.
- Zertifizierung als Auswahlkriterium für Leistung von Krankenhäusern, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Rehabilitationskliniken etc.
- Konstanter Überprüfung des Standards über ein von Fachgesellschaften getragenes Auditwesen.

#### 4. Ausbau von Patientenrechten

Ein zentraler Punkt von Patientenrechten ist die kommunikative und informationelle Selbstbestimmung. Dies kann bedeuten, daß die über sie erhobenen medizinischen Daten nicht den Krankenkassen in Form einer Chipkarte, sondern der versicherten Person z. B. als Gesundheitsbuch, auszuhändigen sind und somit nur die Versicherten die alleinige Verfügungsgewalt über die Weitergabe ihrer diagnostizierten Krankengeschichte haben. Hauptamtliche Patientenvertretungen als Ombudspersonen (analog zu den Datenschutzbeauftragten der Länder) für Patientenbeschwerden und Patientenanliegen sind einzurichten und gleichzeitig im Gesundheitsrat als Mitglied zu verankern.

Bonn, den 30. Januar 1996

**Monika Knoche**  
**Marina Steindor**  
**Marieluise Beck (Bremen)**  
**Matthias Berninger**  
**Annelie Buntentbach**

**Andrea Fischer (Berlin)**  
**Rita Griebhaber**  
**Irmingard Schewe-Gerigk**  
**Joseph Fischer (Frankfurt), Kerstin Müller (Köln) und Fraktion**



