

Entschließungsantrag

**der Abgeordneten Monika Knoche, Marina Steindor und der Fraktion
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

**zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.
– Drucksachen 13/3608, 13/4691 –**

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Weiterentwicklungsgesetz – GKVWG)

Der Bundestag wolle beschließen:

Die Bundesregierung wird aufgefordert,

- die solidarische Absicherung aller Risiken im Krankheitsfall als Grundbedingung des Sozialstaates aufrechtzuerhalten. Gesundheitlich sinnvolle Versorgungsangebote dürfen nicht ausgegrenzt werden. Die staatliche Daseinsvorsorge und Letztverantwortlichkeit im Gesundheitswesen muß garantiert werden. Eine Reformpolitik muß der Verbesserung der medizinischen Versorgung und der Prävention verpflichtet sein. Eine Strukturreform muß die freie Arzt- und Krankenhauswahl für alle Versicherten gleichermaßen als Grundbedingung eines demokratischen Gesundheitswesens sicherstellen. Deregulierungen widersprechen diesen Ansprüchen und bedeuten nichts anderes als Entdemokratisierung und Entstaatlichung;
- keine Markt- und Wettbewerbsbedingungen im Gesundheitswesen zuzulassen. Gewaltige Fehlallokationen und regionale sowie schichtenspezifische Unterversorgung sind zwangsläufig, wenn das Gesundheitswesen dem Markt überantwortet wird. Die gesellschaftspolitischen Folgekosten des Wettbewerbs- und Marktmodells im Gesundheitswesen werden für die Allgemeinheit teuer werden.

Der Wettbewerb der Kassen, der durch die seit 1996 für freiwillig Versicherte und ab 1997 für alle in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Versicherten bestehenden Kassenwahlfreiheit existiert, ist abzulehnen. Dieser Wettbewerb führt bereits heute zu einer starken Konkurrenz zwischen den Kassen um das „gute Risiko“. Darunter wird der gesunde, junge, gutverdienende, alleinstehende und männliche Versicherte verstanden. Es handelt sich nicht um einen marktwirtschaftli-

chen Wettbewerb, sondern um einen klientelbedingten. Ziel des Kassenwettbewerbs können nur ein günstiger Beitragssatz und/oder frei verfügbare Mittel sein, die es erlauben, den Versicherten attraktive Zusatzangebote zu machen. Bei einem verbindlichen Leistungskatalog lassen sich diese Ziele nur erreichen, wenn das Risiko der Inanspruchnahme dieser Pflichtleistungen niedrig liegt, was bei einem „guten Risiko“ gewährleistet ist;

- die Finanzbasis der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu verbessern. Die steigenden Beitragssätze in der GKV sind weniger das Resultat von steigenden Kosten im Gesundheitswesen, vielmehr zeigt sich darin ein längerfristiges und strukturelles Einnahmeproblem. Die zunehmende Massenerwerbslosigkeit und die Kostenverschiebungen aus anderen Versicherungszweigen führen zu Einnahmeeinbußen bzw. zusätzlichen Belastungen und damit zu Beitragssatzerhöhungen, die wenig mit der Effizienz des Gesundheitswesens selbst zu tun haben.

Die Einnahmen müssen durch ein gleichstellendes Versicherungsrecht erhöht sowie die Ausgaben qualitäts- und bedarfsorientiert stabilisiert werden. Ein egalitäres Versicherungsrecht muß oberste Priorität haben. Die Beitragsbemessungsgrenze muß analog der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten angehoben werden. Die Versicherungspflichtgrenze ist diesem Niveau entsprechend anzupassen. Damit können sich Besserverdienende nicht länger der Solidargemeinschaft entziehen. Eine bestehende Ungleichheit in dem sozialen Versicherungssystem wird beseitigt. Für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) bedeutet dies ein mehr an Einnahmen von rd. 13 Mrd. DM. Der Beitragssatz könnte um rd. 0,7 Prozentpunkte gesenkt werden. Eine Änderung des SGB V, hier insbesondere § 6, mit entsprechenden Übergangsregelungen ist deshalb vorzunehmen.

Die rd. 10 % der Privatversicherten stellen einen beachtlichen Bevölkerungsanteil dar, die bei der GKV zu Einkommensverlusten führen. Aus gesundheitsökonomischen Gründen sind diese nicht vertretbar. Ebenso entziehen sich legal ganze Bevölkerungsgruppen wie beispielsweise Beamte und Selbständige dem Solidarprinzip der GKV;

- für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) insgesamt ein globales Budget für die Gesamtausgaben festzulegen, das sich am Bruttoinlandsprodukt orientiert. Nur so kann die Ausgabenentwicklung der GKV stabilisiert werden. Aus diesem Grund ist ein § 260, „Budgetierung der Mittel der Krankenkassen“ in das SGB V einzuführen und folgendermaßen zu formulieren: „Für die Ausgaben der Krankenkassen insgesamt wird ein globales Budget festgelegt.“ Dem globalen Budget unterliegen alle Ausgaben der Krankenkassen bis auf das Kranken-, Mutterschafts- und Sterbegeld, da diese Ausgaben durch die Krankenkassen nicht bzw. nur minimal beeinflussbar sind;
- den bisherigen Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen in den einzelnen Regionen morbiditätsbezogen zu

erweitern. Die Morbiditätsstruktur der Versicherten einer Krankenkasse verursacht Belastungsunterschiede, auf die die Krankenkassen keinen unmittelbaren Einfluß haben. Die Eingrenzung des Risikostrukturausgleiches auf die Kriterien beitragspflichtige Einnahmen, Anteil der beitragsfrei versicherten Familienangehörigen sowie Alters- und Geschlechtsstruktur der Versicherten ist deshalb nicht ausreichend. Der mit dem Gesundheitsstrukturgesetz eingeführte Risikostrukturausgleich berücksichtigt nicht die unterschiedliche Krankheitshäufigkeit und -verteilung bei den Versicherten in den verschiedenen Krankenkassen.

Auch regional unterschiedliche Krankheitshäufigkeiten finden momentan keine Berücksichtigung. Damit ist das Ziel des Risikostrukturausgleiches, Wettbewerbsverzerrung abzubauen und den Krankenkassen gleiche Chancen bei der seit 1996 bestehenden Kassenwahlfreiheit zu garantieren, verfehlt und wird mit der beabsichtigten Gesetzesänderung des § 266 SGB V aufgegriffen. Durch die Verfeinerung des Risikostrukturausgleiches wird verhindert, daß an der Morbidität der Versicherten ausgerichtete Riskoselektionen einen Beitragsatzvorteil bringen können;

- keinen heimlichen oder offenen Ausstieg der Arbeitgeberseite aus der dualen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung zuzulassen. Die Einräumung einer Sperrminorität von 25 % bei Beitragssteigerungen für die Arbeitgeberseite führt zu einem versteckten Ausstieg aus der paritätischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Kompensation ist nur durch die stärkere Belastung der Versicherten bzw. Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen z.B. durch Zuzahlungen und Leistungsausgrenzungen in Form von freiwilligen und finanzierbaren Satzungsleistungen der Kassen möglich;
- Strukturveränderungen im Gesundheitswesen durchzuführen, die eine gemeinsame regionale Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung garantieren. Der getrennte Sicherstellungsauftrag der ambulanten und stationären Versorgung bringt keinen gesundheitlichen Nutzen. Vielmehr führt er zu Ineffizienzen und Ressourcenvergeudung, die auch wirtschaftlich gesehen kontraproduktiv sind. Eine bessere Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors muß umgesetzt werden, u. a. indem Gesundheitszentren und Krankenhäuser an der ambulanten Sicherstellung gleichberechtigt beteiligt werden. Im SGB V müssen hierzu besonders die §§ 72, 95 und 96 dementsprechend geändert werden.

Der gemeinsame Sicherstellungsauftrag muß einem regionalen Gremium überantwortet werden. Mitglieder dieses regionalen Gesundheitsrates sind die Krankenkassen, die öffentliche Hand und eine Patientenvertretung. Der regionale Gesundheitsrat ist zuständig für den Sicherstellungsauftrag für die gesundheitliche Versorgung im stationären und ambulanten Sektor auf der Grundlage der Leistungen im SGB V. Der Landeskrankenhausplan wird von der landesrechtlich festzu-

legenden „öffentlichen Hand“ im Einvernehmen mit den anderen Mitgliedern des Gesundheitsrates verabschiedet und gewährleistet. Desgleichen wird eine Regelung im ambulanten Bereich nach Versorgungssitzen von den Krankenkassen entwickelt und ebenso im Einvernehmen mit den anderen Mitgliedern des Gesundheitsrates verabschiedet und gewährleistet. Die Zuarbeit durch den öffentlichen Gesundheitsdienst wird sichergestellt. Die Aufgabe des Gesundheitsrates wird wie folgt festgelegt:

- a) Definition von regionalen Versorgungszielen,
- b) Vergabe von Versorgungsverträgen an Leistungserbringer im regionalen Raum nach Bedarf, Qualität und Preis.

Der Gesundheitsrat ruft einen Gesundheitsbeirat ein, in dem Themen der Gesundheitsplanung und der Versorgungsziele zu beraten sind. An dem Beirat nehmen als Leistungserbringer zumindest Landeskrankenhausesellschaften, Ärztekammern, Zahnärztekammern, Pflegeverbände und Dachverbände der Leistungserbringer gemäß Landesrecht teil;

- das vernetzte, poliklinische Denken in den ambulanten Gesundheitszentren, wie sie in den neuen Bundesländern bestehen, auszubauen und weiterzuentwickeln. Gesundheitszentren ermöglichen eine kostengünstige ambulante medizinische Versorgung der Patienten und Patientinnen bei gleichzeitig garantierter umfassender und zweckmäßiger ärztlicher und psycho-sozialer Betreuung. Die Vernetzung ambulanter ärztlicher Tätigkeiten in Diagnostik und Therapie mit flankierenden, übergreifenden nicht-medizinischen sowie psycho-sozialen Dienstleistungen und die gemeinsame Nutzung von stationären und ambulanten Kapazitäten kann von Gesundheitszentren wesentlich effizienter organisiert werden als von einzelnen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Das kooperative Zusammenwirken der Ärztinnen und Ärzte untereinander sowie die Nutzung der Erfahrungen und Kompetenz von Pflege- und Heilberufen sind wichtige Aspekte für die notwendige Qualitätssicherung. Gesundheitszentren stellen damit einen wichtigen und zukunftsweisenden Beitrag zur Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung dar. Hierzu müssen der in § 311 Abs. 2 SGB V festgeschriebene Bestandsschutz entfristet und Kapazitätsausweitungen und Neugründungen auch in den alten Bundesländern ermöglicht werden. Die entsprechenden gesetzlichen Regelungen sind vorzunehmen, u. a. in den §§ 72 und 95 SGB V.

Im einheitlichen Bewertungsmaßstab (§ 87 SGB V) muß der besonderen Arbeitsweise der ambulanten Gesundheitszentren Rechnung getragen und eine pauschalierte Abrechnung ermöglicht werden, ohne daß es zu einer Benachteiligung dieser Einrichtungen kommt;

- den einzelnen Krankenkassen nicht das Recht einzuräumen, bestimmte Leistungen eigenverantwortlich zu gestalten und ihren Versicherten anzubieten. Die gemeinsame und einheitliche Vertragsgestaltung aller Spitzenverbände der Kranken-

kassen ist wesentliche Voraussetzung und Garant für einen einheitlichen Leistungskatalog, der allen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) unabhängig von der jeweiligen Kassenart zugute kommt. Inhalt und Umfang können nicht in den Gestaltungsspielraum einzelner Spitzenverbände überantwortet werden. Ein Vertragswettbewerb führt für die Versicherten zu Unsicherheiten und Ungleichbehandlungen. Die Überschaubarkeit der gesundheitlichen Versorgungsangebote ist nicht mehr gegeben.

Das Leistungsangebot der Krankenkassen darf nicht von einzelnen Krankenkassen erweitert werden. Satzungsleistungen wie z. B. Beitragsrückerstattung, Selbstbehalt im Rahmen der Kostenerstattung, erhöhte Zuzahlungen und Sonderbeiträge der Versicherten für zusätzliche Leistungen dürfen deshalb nicht uneinheitlich ausgedehnt werden. Ebenfalls darf das paritätische Finanzierungsprinzip durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer in keinem Bereich verlassen werden und die Gewährung von Satzungsleistungen darf keinesfalls alleine von dem Versicherten finanziert werden, da sonst Versorgungsungleichheiten unter den Versicherten entstünden.

Gestaltungsleistungen werden von den Kassen im Rahmen der Kassenwahlfreiheit als Werbeinstrument benutzt und mißbraucht werden. Gute Risiken in Form von gesunden, jungen, alleinstehenden und gutverdienenden Versicherten können durch variierende Gestaltungsleistungen angelockt werden.

Der Vierte Teil, §§ 53–57 Artikel 1 des Entwurfes der Fraktionen CDU/CSU und F.D.P. wird gestrichen;

- eine qualitätsorientierte Gesundheitsförderung und die Arbeit der Selbsthilfegruppen, Selbsthilfe-Kontaktstellen und freige-meinnützigen Zentren für Gesundheitsförderung strukturell zu verankern. Gesundheit unterliegt der gesellschaftlichen Verantwortung. Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen Lebens- und Arbeitsbedingungen und Krankheit. Die Verhinderung von Krankheit muß gegenüber der Behandlung von Krankheit einen breiteren Raum einnehmen. Eine Verhältnis-prävention muß vor einer Verhaltensprävention gehen;

Die Bedeutung der Gesundheitsförderung wird auch von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hervorgehoben. So stärkt die WHO mit ihren Gesunde-Städte-Projekten die gesundheitsfördernde Rolle von Städten und setzt sich dabei für eine Politik der „Gesundheit für alle“ ein. Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 betont die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik, die nicht bei einer Individualprävention stehenbleibt.

Eine stärkere Verankerung der Gesundheitsförderung SGB V ist deshalb dringend geboten. Deshalb müssen im entsprechenden § 20 die Mitwirkung der Krankenkassen bei der Verhütung von arbeits- und umweltbedingten Gesundheitsgefahren verankert und die Zusammenarbeit mit den zuständigen Stellen und Verbänden für Umweltschutz intensiviert werden.

Selbsthilfegruppen, Selbsthilfe-Kontaktstellen und freigemeinnützige Zentren für Gesundheitsförderung sind wichtige Schaltstellen und Vernetzungsorte für alle gesundheitsfördernden Aktivitäten außerhalb des formellen Gesundheitssystems. Ihre besondere Bedeutung gewinnen sie auch wegen ihrer berufsübergreifenden Arbeit im gesundheitsfördernden und präventiven Bereich. Selbsthilfe dient der Sicherung der Wirksamkeit medizinischer Leistungen und damit der Wirtschaftlichkeit.

Eine rechtsverbindliche Sicherstellung der Mitfinanzierung durch die Krankenkassen ist deshalb zwingend geboten. § 20 Abs. 3 a SGB V ist wie folgt zu fassen:

„Die Krankenkassen sollen Selbsthilfegruppen, Selbsthilfe-Kontaktstellen und freigemeinnützige Zentren für Gesundheitsförderung mit rehabilitativer und/oder gesundheitsfördernder Zielsetzung durch Zuschüsse fördern.“;

- die gesundheitliche Versorgung mit Arzneimitteln auf einem qualitativ hohen Niveau zu garantieren und keine Maßnahmen zu ergreifen bzw. bereits umgesetzte Maßnahmen rückgängig zu machen, die das Budget der gesetzlichen Krankenversicherung zusätzlich belasten.

Im Bereich der Arzneimittelversorgung müssen dringend folgende Maßnahmen ergriffen werden:

- Einführung einer Liste verordnungsfähiger Arzneimittel (Positivliste) und deren Aufnahme in den Leistungskatalog der GKV (§ 34a SGB V, neu),
- Beibehaltung der bestehenden Festbetragsregelung für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen (§ 35 SGB V),
- Beibehaltung der Abgabe von preisgünstigen importierten Arzneimitteln durch Apotheker § 129 SGB V).

Mit diesen Maßnahmen können im Arzneimittelsektor jährlich rd. 3 Mrd. DM eingespart bzw. bereits vorhandene Einsparvolumen erhalten werden;

- die Zuzahlungen insbesondere für Arznei- und Verbandmittel, bei der vollstationären Krankenhausbehandlung und der medizinischen Rehabilitation sowie den Fahrtkosten zurückzunehmen und sicherzustellen, daß diese Leistungen voll von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen werden. Zuzahlungen zeigen keine Steuerungswirkungen bei der Leistungsinanspruchnahme. Sie benachteiligen Menschen mit chronischen Krankheiten, ältere Menschen und Behinderte. Sie widersprechen eklatant dem Solidarprinzip der GKV und belasten einseitig erkrankte Versicherte.

Versicherte leisten deshalb zukünftig keine Zuzahlungen mehr. Die entsprechenden Regelungsänderungen sind im SGB V vorzunehmen, hier insbesondere in den §§ 31, 39, 40, 60;

- das Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen zu verbessern. Qualität ist ein zentrales Steuerungsmoment. Es schafft

Teamfähigkeit und Kooperation über Berufsgruppen hinweg, stellt Transparenz her und bewirkt eine stärkere Orientierung an den Bedürfnissen der Patienten und Patientinnen.

Eine umfassende Qualitätsgestaltung muß die Abstimmung der einzelnen Bereiche zueinander optimieren, so daß ein fließender teamorientierter Übergang von niedergelassenen Hausärzten und -ärztinnen, Fachärzten und -ärztinnen, Krankenhäusern, Rehabilitation und Kuration entstehen kann.

Qualitätsmanagement wird durch Einfügung eines § 139 a SGB V und des § 70 Abs. 3 SGB V zukünftig wie folgt geregelt:

§ 139 a: „Die Qualitätsmanagementmaßnahmen gemäß § 135–139 werden unter Verantwortung der jeweiligen Vertragsparteien gemeinsam in einer Qualitätsstelle pro Land durchgeführt. Die einzelnen Vertragsparteien einigen sich über den Standort, die Struktur und Arbeitsweise der Qualitätsstelle. Erfolgt eine Einigung nicht innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten dieses Gesetzes, regelt die zuständige Landesbehörde dies durch Rechtsverordnung.“

§ 70 Abs. 3: „Die Krankenkassen dürfen die im Dritten Kapitel genannten Leistungen nur erbringen lassen und vergüten, wenn die Leistungserbringer die für sie bzw. diese Leistungen jeweils geltenden Auflagen, insbesondere des Qualitätsmanagements, erfüllen.“;

- den Schutz von Patienten und Patientinnen im Gesundheitswesen sicherzustellen. Die Rechte von Patienten und Patientinnen müssen gestärkt und gesetzlich verankert werden. Die Einführung gewählter, hauptamtlicher Patienten- und Patientinnenvertretungen wird notwendig.

Der § 66 SGB V wird wie folgt gefaßt:

„(1) Die Krankenkassen haben durch die Einrichtung von Patienten- und Patientinnenvertretungen die Belange der Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versichertenleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind und die nicht nach § 116 SGB X auf die Krankenkassen übergehen, bei Beschwerden über Form der Darbietung, Qualität oder sonstige Fragen der Versicherten zu gewährleisten.“

(2) Für Gebiete mit maximal 1 Million Einwohner werden je ein/e hauptamtliche/r Patientenvertreter oder Patientenvertreterin, sein hauptamtlicher Vertreter bzw. ihre hauptamtliche Vertreterin und entsprechendes Assistenzpersonal von dem für das Gebiet zuständigen Legislativorgan gewählt. Auf bestehende regionale Zusammenhänge ist Rücksicht zu nehmen. Die Patienten- und Patientinnenvertretung unterrichtet das sie wählende Legislativorgan und die Krankenkassen im Zuständigkeitsgebiet regelmäßig über die Erkenntnisse seiner Arbeit. Sie hat nach Entbindung von der Schweigepflicht uneingeschränkten Zugang zu allen medizinischen und mit der Behandlung in Verbindung stehenden Unterlagen. Die Patienten- und Patientinnenvertretung ist weisungsunabhängig.

(3) Näheres zu Auswahl- und Wahlverfahren, Ausstattung, Aufteilung der Kosten zwischen den Krankenkassen, Zuständigkeitsgebiet, Informationspflicht und weiteren Rechten und Pflichten regelt Landesrecht.“;

- die Verschiedenheit der medizinischen Richtungen angemessen im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zu berücksichtigen. Die Verfahren der besonderen Therapierichtungen sind als gleichberechtigte Behandlungsmethoden anzuerkennen. Damit wird dem Bedürfnis nach Pluralität von medizinisch-therapeutischen Leistungsangeboten vieler Versicherter Rechnung getragen.

Die besonderen Therapierichtungen sollen in den Leistungskatalog aufgenommen werden. Hierzu bedarf es insbesondere einer gesetzlichen Änderung des § 2 SGB V;

- die Kosten der medizinischen Behandlungspflege in stationären Einrichtungen in dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu verankern. Es ist eine Ungleichbehandlung zwischen ambulant und stationär wohnenden Menschen, wenn lediglich die Kosten für die Behandlungspflege im ambulanten Bereich von der GKV übernommen werden.

Der bestehende § 37, Abs. 1 und 2 SGB V ist dementsprechend zu ändern.

Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Gesundheitspolitik bleibt der gesellschaftlichen Solidarität verpflichtet. Die optimale Versorgung aller Bevölkerungsschichten ist das oberste Ziel einer reformierten Struktur der ambulanten und stationären Organisation des Gesundheitswesens.

Der Deutsche Bundestag erkennt die Effizienz des Gesundheitswesens an. Die „Kostenexplosion“ wird dramatisiert, um das Gesundheitswesen immer mehr den Kräften des Marktes zu überantworten. Gemessen am internationalen Standard der hochentwickelten Industriegesellschaften ist das deutsche Gesundheitssystem nicht überproportional teuer. Mit einem Anteil von ungefähr 8,7 % am Bruttosozialprodukt sind die Gesundheitskosten in den letzten Jahren konstantgeblieben. Allerdings unterliegen die Beiträge der Versicherten einer enormen Kostenexplosion und bedeuten mit fast 14 % einen erheblichen Anstieg der Lohnzusatzkosten. Da sich die Einnahmen der Krankenkassen im wesentlichen aus Arbeitseinkommen speisen, wirkt die Massenerwerbslosigkeit geradezu kontraproduktiv. Bei relativ gleichbleibenden Ausgaben werden die Erwerbstätigen immer mehr belastet. Die geringe Lohnquote am Bruttosozialprodukt stellt das größte Finanzierungsrisiko dar.

Die Kosten für das Gesundheitswesen geben keinen Anlaß zu tiefgreifenden Einschnitten. Sie sind recht stabil. Die GKV ist ein Versicherungssystem, das relativ unabhängig von staatlichen Finanzen ist. Es besteht wenig Anlaß, tief einschneidende strukturelle Änderungen im Gesundheitswesen vorzunehmen, die die Gesundheits- und Krankheitsversorgung zunehmend ungleicher

werden lassen. Die Überantwortung des Gesundheitswesens den Kräften des Marktes führt nicht unbedingt zu mehr Leistungs- und Kosteneffizienz. Das Beispiel der USA verdeutlicht dies. Dort sind die Kosten des Gesundheitssystems mit mehr als 13 % am Brutto-sozialprodukt teurer als in der Bundesrepublik Deutschland. Ent-solidarisierung und Deregulierung kann für die Gesellschaft teuer werden. Dem Gewinn eines zusätzlichen Lebensjahres steht in Deutschland eine Ausgabensteigerung pro Kopf um 513 DM und in den USA mit Mehrausgaben von 1 678 DM gegenüber. Eine vom Bundesministerium für Gesundheit selbst in Auftrag gegebene Studie beweist, daß im internationalen Vergleich nur Dänemark, Griechenland, die Niederlande und Schweden niedrigere Steigerungs-raten im Gesundheitswesen aufweisen.

Die GKV wird durch politisch gewollte Kostenverschiebungen aus anderen Versicherungssystemen belastet, die sich 1995 auf eine Größenordnung von rd. 5 Mrd. DM summierten. Das 1989 beschlossene Rentenreformgesetz führt zu verringerten Beitragseinnahmen der Krankenkassen für die Bezieher von Arbeitslosengeld und -hilfe. Hinzu kommt, daß die Krankenversicherung höhere Beitragszahlungen für Krankengeldbezieher an Renten- und Arbeitslosenversicherung leisten muß.

Eine Beitragssatzstabilität ist durch Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt, der Ausschöpfung von Ineffizienzen im System (z. B. durch den getrennten Sicherstellungsauftrag) und durch die Zurücknahme der Kostenverschiebungen aus anderen Versicherungssystemen zu garantieren.

Das Gesundheitswesen ist mit einem Umsatz von ca. 429 Mrd. DM, das entspricht der Größenordnung des Staatshaushaltes, und rd. 2 Millionen Beschäftigten ein bedeutsamer entwicklungsfähiger Teil der Wirtschaft. Nur in einem entwickelten sozialen, gut funktionierenden Gesundheitssystem werden die Erkenntnisse im Sinne eines medizinisch-technischen Fortschritts gewonnen, die in Zukunft in der globalen internationalen Arbeitsteilung von Relevanz sind.

Gesundheit ist keine Ware für den Wettbewerb. Durch den spezifischen Charakter einer vermeindlichen „Ware Gesundheit“ kann es keine Konsumentensouveränität geben.

Dem Staat obliegt der gesundheitliche Versorgungsauftrag, der eine ordnungspolitische Aufgabe darstellt. Die seit 1996 für freiwillig Versicherte und ab 1997 für alle in der GKV Versicherten bestehende Kassenwahlfreiheit führt bereits heute zu einer starken Konkurrenz zwischen den Kassen um das „gute Risiko“.

Die Höhe des Beitragssatzes und die evtl. von den Krankenkassen angebotenen Gestaltungsmöglichkeiten der Satzung (z. B. Beitragsrückerstattung, Selbstbehalt im Rahmen der Kostenerstattung, erhöhte Zuzahlungen und Sonderbeiträge der Versicherten für zusätzliche Leistungen) gewinnen an Bedeutung und werden zu einem wesentlichen Auswahlkriterium für die zu wählende Krankenkasse werden.

Durch die paritätische Finanzierung der GKV haben die Arbeitgeber ein finanzielles Interesse daran, daß der Arbeitnehmer bzw.

die Arbeitnehmerin eine Krankenversicherung mit niedrigen Beiträgen wählt. Betriebswirtschaftlich können dadurch Lohnnebenkosten gespart werden. Die gesamtgesellschaftlichen Ausgaben der GKV lassen sich jedoch nicht senken, da auch die „schlechten Risiken“ weiterhin versichert werden müssen. Auch Rentenversicherungsträger müssen aufgrund der paritätischen Finanzierung ein Interesse daran haben, daß Rentner und Rentnerinnen zu Kassen mit günstigen Beitragssätzen wechseln. Das stellt ein Unterversorgungsrisiko für multimorbide alte Menschen dar.

Mit der Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze analog der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten wird eine bestehende Ungleichheit in den sozialen Sicherungssystemen beseitigt. Dadurch werden höhere Einkommen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) prozentual geringer belastet, als dies bei der Rentenversicherung der Angestellten und Arbeiter sowie bei der Arbeitslosenversicherung der Fall ist.

Beitragssatzsenkungen bei der GKV könnten durch eine Anhebung der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze, die 1996 in den alten Bundesländern mit 6 000 DM monatlich jeweils gleich hoch sind, auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung (derzeit West: 8 000 DM monatlich) erreicht werden. Die Einnahmen der GKV würden um rd. 13 Mrd. DM steigen. Der Beitragssatz könnte um rd. 0,7 Prozentpunkte gesenkt werden. Damit würden Arbeitgeber bzw. Arbeitgeberinnen und Arbeitnehmer bzw. Arbeitnehmerinnen durchschnittlich um 237 bis 279 DM jährlich entlastet werden, wie das Internationale Institut für Empirische Sozialökonomie (inifes) ermittelt hat.

Die momentane Gesetzeslage begünstigt Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen mit Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze und somit auch über der Versicherungspflichtgrenze. Für sie besteht die Möglichkeit, sich nicht oder andersweitig, d. h. privat abzusichern. Da die Versicherungsberechtigung bestehen bleibt, kommt es zu einer für die GKV ungünstigen Risikoselektion, wenn Versicherte dieser Gruppe sich ausschließlich nach dem wirtschaftlichen Kalkül für eine Versicherung in der gesetzlichen oder in der privaten Krankenversicherung entscheiden. Aus wirtschaftlichen Beweggründen werden vor allem Personen die GKV wählen, deren voraussichtlichen Gesundheitskosten so hoch sind, daß die private Krankenversicherung aufgrund der Zahl der abzusichernden Risiken (z. B. mitversicherte Familienangehörige, schlechter Gesundheitszustand) finanziell für sie ungünstiger wäre.

Die Stabilisierung der Ausgabenentwicklung der GKV kann mit der Einführung eines globalen Budgets für die Gesamtausgaben der GKV erreicht werden. Mit der Einführung einer neuen Vorschrift (§ 260 SGB V „Budgetierung der Mittel der Krankenkassen“) wird für die Krankenkassen ein globales Budget festgelegt.

Die Festlegung des Budgets orientiert sich an dem Bruttoinlandsprodukt.

Ein Globalbudget kann nicht die notwendigen strukturpolitischen Veränderungen im Gesundheitswesen ersetzen. Es beinhaltet aber die Möglichkeit, die Ausgaben zu begrenzen, den Beitragssatz zu stabilisieren und notwendige Abstimmungen der verschiedenen Leistungssektoren vorzunehmen.

Der bisherige Risikostrukturausgleich muß um das Kriterium der Morbidität erweitert werden, damit alle Krankenkassen die gleichen ökonomischen Startbedingungen bei der seit 1996 bestehenden Kassenwahlfreiheit haben. Die jahrzehntelangen Zuweisungsprozesse haben zu einer unterschiedlichen Versichertenstruktur bei den einzelnen Krankenkassen geführt. So sind z. B. in den Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) besonders stark einkommensschwache Versicherte vertreten, auf die die Härtefallregelung zutrifft, damit also von der Selbstbeteiligung ausgenommen sind.

Die Aufsplittung 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 ist ineffizient. Das Sektord Denken im Gesundheitswesen muß überwunden werden. Die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung muß grundsätzlich reformiert werden, indem ein Gremium die Steuerung der regionalen Gesundheitsversorgung übernimmt und die Sicherstellung garantiert.

Ein gemeinsamer Sicherstellungsauftrag hat zum Ziel, vorhandene Unterversorgungen zu beheben sowie sozial Benachteiligte besser in das Gesundheitswesen zu integrieren und optimal zu versorgen. Rehabilitation, Kuration und Prävention werden zusammengeführt und können dadurch den Versicherten effizient zugute kommen.

Eine bessere Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung baut bestehende Ineffizienzen im Gesundheitssystem ab. Die Wirtschaftlichkeitsreserven liegen bei ungefähr 20 Mrd. DM per anno.

Das vernetzte, poliklinische Denken in den ambulanten Gesundheitszentren, wie sie in den neuen Bundesländern bestehen, muß ausgebaut und weiterentwickelt werden. Die gemeinsame Nutzung von medizinisch-technischen Geräten, Nebeneinrichtungen (Warteräume, Sanitäreinrichtungen, Archive etc.), innere Servicestrukturen sowie eine nach dem Eigenwirtschaftungsprinzip geführte Kostenstellen-Leistungsrechnung garantieren vielfältige Synergieeffekte, Kosteneinsparungen und damit eine deutlich höhere Effizienz ärztlicher Tätigkeit gegenüber üblichen ärztlichen Einzel- oder Gruppenpraxen. Der Zeitaufwand für nichtärztliche administrativ-verwaltungstechnische Tätigkeiten wird weitgehend minimiert; die Zeit kann den Patientinnen und Patienten zugute kommen.

Die Aufgabe der gemeinsamen und einheitlichen Vertragsgestaltung ist die offenbarste Form der Deregulierungspolitik und geht mit enormen qualitativen Eingriffen im Gesundheitswesen einher. Die Möglichkeit, Verträge abschließen und kündigen zu können,

wird zu einer konkurrierenden Beziehung der Krankenkassen untereinander sowie zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern führen. Die Auflockerung der Vertragsstrukturen sind ein eindeutiges Wettbewerbselement, von dem der Versicherte nicht bzw. kaum profitieren wird. Das Gegenteil wird der Fall sein, die freie Arzt- und Krankenhauswahl ist in Gefahr. Die Durchschaubarkeit des Leistungskatalogs und der Leistungserbringer für den Versicherten ist nicht mehr gewährleistet. Perspektivisch wird die allgemeine Privatisierungstendenz bei Vertragsabschlüssen zu einer extremen Verkomplizierung und Unüberschaubarkeit bei den Vereinbarungen zwischen Versicherten und Kassen führen. Gleichzeitig gibt es im Gesundheitswesen momentan keine Struktur, die über die unterschiedlichen Möglichkeiten der Krankenkassen aufklären und bei der Auswahl bzw. einem Wechsel der Kasse unterstützend tätig sein kann. Unabhängige und neutrale Versicherteninformationsstellen und Patientenschutz- sowie Patientenbeschwerdestellen sind kaum vorhanden. Es ist auch nicht absehbar, daß diese bzw. ähnlich gelagerte Einrichtungen gefördert und aufgebaut werden sollen. Genau dies wäre aber eine unabdingbare Voraussetzung für den „mündigen Versicherten“ bzw. die „mündige Versicherte“.

Die Einführung von Gestaltungsleistungen bei den einzelnen Krankenkassen ist kein geeignetes Instrument zur Leistungssteuerung. So wird z. B. durch Beitragsrückzahlungen (§ 56 – neu – des Entwurfes der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.) die Eigenverantwortlichkeit der Versicherten nicht gestärkt. Ebenso führt es nicht zu einer verantwortungsvollen sowie sparsamen Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im Rahmen der GKV. Beitragsrückzahlungen helfen nicht, die Kosten der GKV zu sparen und führen nicht zu einer Senkung der Beitragssätze. Mehrjährige Modellversuche einiger Betriebskrankenkassen und einer landwirtschaftlichen Krankenkasse haben gezeigt, daß die Beitragssätze der Kassen der GKV im Gegenteil sogar ansteigen. Es handelt sich also um einen kosteninduzierten Bumerang. Medizinisch gesehen beinhaltet eine Beitragsrückzahlung die Gefahr, daß Versicherte überhaupt nicht bzw. zu spät ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, um die Möglichkeit der Rückerstattung nicht zu gefährden. Dies kann zu gesundheitlich äußerst bedenklichen und finanziell schwer kalkulierbaren Auswirkungen führen. Beitragsrückzahlungen stehen einer solidarisch finanzierten GKV entgegen. Hier findet eine Vermischung tragender Elemente der gesetzlichen mit denen der privaten Krankenversicherung statt.

Die Einführung eines Selbstbehalts im § 57 – neu – des Entwurfes der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. steht in eklatantem Widerspruch zum solidarischen Grundprinzip der GKV. Die mit dem Selbstbehalt verbundenen Beitragsermäßigungen werden zwangsläufig Auswirkungen auf die Einnahmenseite der GKV haben.

Die Einführung eines Selbstbehalts bedeutet die Übernahme von Elementen der privaten Krankenversicherung. Dies ist allein aus ordnungspolitischen Gründen auf das Schärfste abzulehnen.

Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung sind von besonderer Bedeutung für die gesundheitliche Versorgung. Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen Krankheit und Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen. Umweltbelastung, gesundheitliche Risiken am Arbeitsplatz, psychosozialer Streß und Diskriminierungen stellen individuell nur schwer beeinflussbare Krankheitsauslöser dar. Gesundheitsförderung ist kein Luxusangebot für gute Zeiten, sondern Voraussetzung für das soziale, körperliche und psychische Wohlbefinden von Individuen.

Des weiteren hat sich die bisherige Praxis der Förderung von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfe-Kontaktstellen durch die Krankenkassen wenig bewährt und war ungenügend. Laut einer Untersuchung der NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen) erhielten die 160 Selbsthilfe-Kontaktstellen in Deutschland 1995 von den Krankenkassen insgesamt knapp über 360 000 DM. Das ist weniger als 1 % des Finanzbedarfs dieser Einrichtungen, der vom Institut für Sozialwissenschaftliche Analysen und Beratung (Köln/Leipzig) auf rd. 40 Mio. DM pro Jahr geschätzt wird.

Die Förderung der Selbsthilfearbeit muß als Gemeinschaftsaufgabe von Ländern, Kommunen und der gesetzlichen Krankenversicherung verstanden werden.

Die Verbesserung der qualitativen Versorgung mit Arzneimitteln wurde beim Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von den beteiligten Fraktionen gewünscht. Entsprechende Instrumente wurden im Lahnsteiner Konsens vorgesehen. Zugunsten der Pharmazeutischen Industrie und zu Lasten der Arzneimittelstruktur und -versorgung wird die GKV beitragsatzrelevant belastet, indem 1995 die sogenannte Positivliste gesetzlich aufgegeben wurde.

In keinem Land der Welt sind so viele Arzneimittel zugelassen wie in Deutschland. Eine Bewertung der rd. 56 000 auf dem Markt befindlichen Arzneimittel und eine Ausgliederung nach Qualitätsgesichtspunkten von Arzneimitteln, für die ein therapeutischer Nutzen nicht belegt ist, ist dringend geboten. Die Positivliste ist unerlässlich zur Stärkung der Arzneimittelsicherheit, zur Verbesserung der Transparenz und zur Sicherung der Strukturqualität des Arzneimittelangebotes. Die Positivliste berücksichtigt das Erfahrungswissen über den therapeutischen Nutzen von Arzneimitteln. Die Therapiefreiheit bleibt durch die Positivliste gewährleistet. Sinnvoll ist eine Liste, die in unterschiedlichen Bereichen wie chemisch-synthetische Arzneimittel, Phytopharmaka, Anthroposophika und Homöopathika aufgegliedert ist. Die Fülle von Nachahmerpräparaten und von Analogpräparaten auf dem deutschen Arzneimittelmarkt dient in der Regel rein den wirtschaftlichen Interessen der pharmazeutischen Industrie und nicht den therapeutischen Aufgaben der Ärzteschaft. Das Instrument der Positivliste stellt keine bundesdeutsche Neuerung dar, sondern ist im europäischen Ausland längst etabliert. Auch in Deutschland führt fast jedes Krankenhaus eine eigene Arzneimittelliste. Ebenso arbeiten niedergelassene Ärzte und Ärztinnen mit eigenen Positivlisten, um ihren arzneitherapeutischen Weg durch das bundesdeutsche Medikamentendickicht zu finden. Für die GKV wären mit einer Liste

verordnungsfähiger Arzneimittel auch finanzielle Einsparungen verbunden gewesen. Schätzungen gehen von mindestens 2 Mrd. DM jährlich aus.

Eine vollständige Herausnahme von Arzneimitteln mit patentgeschützten Wirkstoffen aus der Festbetragsregelung macht gesundheitspolitisch keinen Sinn. Damit mag die Finanzierung von Arzneimittelinnovationen erleichtert werden, als Anreiz zur verstärkten Investition in die Arzneimittelforschung, und zur Stärkung des Pharmastandortes ist die Herausnahme von Arzneimitteln aus der Festbetragsregelung kontraproduktiv. Nach Berechnungen des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen würde bei einer Gesetzesänderung ein Einsparvolumen von jährlich 400 bis 500 Mio. DM verlorengehen, das von der GKV aufgefangen werden müßte und damit beitragsatzrelevant wäre.

Die Abgabe von preisgünstigen importierten Arzneimitteln durch die Apotheker hat sich bewährt und zu keinerlei Einschnitten in der gesundheitlichen Versorgung geführt. Identische Arzneimittel, die im Ausland günstiger angeboten werden, sind dem deutschen Markt zur Verfügung zu stellen. Durch Re- bzw. Parallelimporte werden jährlich mindestens 150 Mio. DM eingespart. Das jährliche Potential bei konsequenter Einhaltung der Vorschrift wird auf insgesamt 500 Mio. DM geschätzt.

Für die Versicherten bedeutet die Unterlassung dieser Notwendigkeiten eine doppelte Bestrafung. Die in den Vorschlägen enthaltenen Sparmaßnahmen können nicht greifen und sich damit nicht beitragsatzrelevant auswirken. Gleichzeitig müssen die Versicherten selbst durch immer mehr und höhere Zuzahlungen zu den Arzneimitteln eine Art Kompensation der unterlassenen Maßnahmen leisten.

Die Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen spielen in der Medizin eine immer größere Rolle. Deshalb müssen diese bei den gesetzlichen Krankenkassen genauso übernommen werden wie schulmedizinische Behandlungsmethoden. Hier gilt es, einen Pluralismus in der Medizin zu gewährleisten, der den Bedürfnissen der Versicherten gerecht wird. Verschiedene Umfragen zeigen, daß rd. 80 % der Befragten eine positive Einstellung gegenüber Naturheilverfahren haben und 75 % die Behandlungsqualität bei naturheilkundlichen Ärzten und Ärztinnen als „gut“ bzw. „sehr gut“ bewerten. Selbst in der Ärzteschaft findet die Alternativmedizin zunehmend eine positivere Beurteilung. Immerhin bewerten zwei von drei Ärzten und Ärztinnen komplementär-medizinische Heilmethoden als positiv.

Von den Krankenkassen müssen neue, zusätzliche Kriterien für die besonderen Therapierichtungen angelegt werden, welche den Naturheilverfahren wirklich gerecht werden. Eine reine naturwissenschaftlich orientierte Bewertung greift hierbei zu kurz. Es bedarf einer sogenannten Binnenanerkennung.

Die Rechte und Informationsmöglichkeiten von Versicherten sowie von Patienten und Patientinnen sind im gesamten Gesundheitswesen unterentwickelt. Ein Netz unabhängiger Informations- und Beratungsstellen, Schaffung professionalisierter Patienten-

und Patientinnenvertretungen als Anlaufstelle für Beschwerden und Anliegen von Patienten und Patientinnen, der Ausbau und die Systematisierung der Patienten- und Patientinnenrechte sind notwendig.

Qualitätsgestaltung und -sicherung hat die Aufgabe, die Gesundheitsstruktur insgesamt zu verbessern. Qualitäts- und Umweltgestaltung im Gesundheitswesen dient dazu, daß personelle, ökologische und soziale Ressourcen effizient eingesetzt werden. Damit kann ein Maximum an Wohlbefinden, Transparenz und Sicherheit für die Patienten und Patientinnen, als auch Arbeitszufriedenheit und Mitgestaltungsmöglichkeiten für alle Beteiligten im Gesundheitswesen entstehen. Die Kooperation und Paßbarkeit im Gesamtsystem Gesundheitswesen muß im Vordergrund stehen. Die Kommunikation und Kooperation der einzelnen Akteure im Gesundheitswesen müssen dringend ausgebaut werden. Die fehlende Verzahnung bzw. die Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung ist ein Beispiel für die fehlende Qualitätsgestaltung. Diese Trennung ist ein rein deutscher Sonderweg, der die Qualität der Versorgung beeinträchtigt und unnötige Kosten verursacht. Die fehlende Abgestimmtheit des Gesundheitswesens ist ein herausragender Kostenfaktor.

Alle Beteiligten und Betroffenen müssen in das Qualitätsmanagement miteinbezogen werden. Qualitätsmanagement wirkt sich infolgedessen volkswirtschaftlich kostensparend aus. Diese Form des Qualitätsmanagements hat gegenüber dem reinen Wettbewerb den Vorteil, daß es den Gesamtzusammenhang wahrt und den Kooperationsgedanken der Akteure und Akteurinnen im Gesundheitswesen sichern und ausbauen hilft.

Die bestehenden Zuzahlungen für Arznei- und Verbandmittel, bei der Krankenhausbehandlung, für Fahrtkosten, bei Heilmitteln wie z. B. Massagen, bei Kuren und Rehabilitationsmaßnahmen sowie beim Zahnersatz benachteiligen trotz Sozial- und Überforderungsklauseln Menschen mit chronischen Krankheiten, Behinderte sowie alte Menschen, die auf die regelmäßige Einnahme von Medikamenten, Krankenhausbehandlungen und medizinische Rehabilitationsmaßnahmen angewiesen sind. Die zu zahlende Summe kann sich schnell zu einer Art zweitem Versicherungsbeitrag summieren. 1995 mußten die gesetzlich Krankenversicherten insgesamt Zuzahlungen in Höhe von 13,3 Mrd. DM leisten, wovon allein 6,8 Mrd. DM auf den Zahnersatz fielen.

Die Steuerungsfunktion von Zuzahlungen ist nicht belegt; Mengeneinschränkungen sind nicht erkennbar. Damit führt die Zuzahlungsregelung nicht zu einem bewußteren Umgang mit den Leistungen. Durch die festen Zuzahlungsbeträge werden untere Einkommen überproportional stark belastet.

Nach geltendem Recht werden die Kosten der medizinischen Behandlungspflege nur bei Versicherten übernommen, die in ihrem eigenen Haushalt oder bei ihrer Familie leben. In Heimen dagegen werden diese Kosten in die Pflegesätze eingerechnet, die von den Pflegebedürftigen selbst bzw. bei Bedürftigkeit von den Sozialhilfeträgern zu zahlen sind.

Auch die von der Bundesregierung beabsichtigte künftige Finanzierung der Behandlungspflege in den Heimen durch die Pflegeversicherung würde diese Ungleichbehandlung nicht beenden. Denn damit würde rd. ein Viertel des Leistungsvolumens der zweiten Stufe der Pflegeversicherung durch eine versicherungsfremde Leistung gebunden werden. Der Anteil der Heimbewohner und Heimbewohnerinnen, bei denen die gedeckelten Beträge der Pflegeversicherung zur Abdeckung des Bedarfs nicht ausreichen und die deshalb auf ergänzende Sozialhilfeleistungen angewiesen sind, würde noch weiter ansteigen.

Um die rechtliche Ungleichbehandlung zwischen ambulant und stationär wohnenden Menschen und die Abwälzung entstehender Kosten auf die Sozialhilfeträger endlich zu beenden, muß die Leistungspflicht der Krankenversicherung für die medizinische Behandlungspflege auf den stationären Bereich ausgeweitet werden. Für die GKV sind damit Kosten in Höhe von rd. 2,7 Mrd. DM verbunden.

Bonn, den 23. Mai 1996

Monika Knoche

Marina Steindor

Joseph Fischer (Frankfurt), Kerstin Müller (Köln) und Fraktion