

Entschließungsantrag

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

**zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.
– Drucksachen 13/5724, 13/6103 –**

Entwurf eines Ersten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (1. GKV-Neuordnungsgesetz – 1. NOG)

Der Bundestag wolle beschließen:

- I. Die Bundesregierung wird aufgefordert,
 - für das Jahr 1997 als Sofortmaßnahme ein Globalbudget für die gesamten Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) festzulegen. Als Orientierungsgröße dient hierfür das Bruttoinlandsprodukt;
 - eine gemeinsame regionale Sicherstellung von ambulanter und stationärer Versorgung in die Wege zu leiten, die für die Patientinnen und Patienten eine verbesserte Versorgungsstruktur garantiert und enorme Wirtschaftlichkeitsreserven freisetzt;
 - die solidarisch finanzierte GKV im Rahmen einer beitrags hälftigen Finanzierung durch Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge zu erhalten und die Versicherten nicht durch eine Erhöhung der Zuzahlungen weiter zu belasten. Zuzahlungen sind tendenziell vollständig zurückzufahren und dürfen keinesfalls unter den Krankenkassen variieren;
 - darauf hinzuwirken, daß zur Verbesserung der Finanzbasis der GKV das Solidarprinzip ausgebaut wird, indem die Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze analog der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten anzuheben ist. Dies hätte auch positive Auswirkungen auf die Beitragssatzstabilität bzw. würde zur Stabilisierung der Einnahmeseite der GKV vor dem Hintergrund einer sinkenden Lohnquote beitragen;

- gesundheitspolitische Reformen vorzulegen, die zum Ziele haben, Gesundheit zu erhalten und kranken Menschen eine einheitliche Versorgung zu garantieren. Dies bedeutet z. B., die Rechte der Versicherten auszubauen, der Gesundheitsförderung und -prävention als integraler Bestandteil der Gesundheitsversorgung breiten Raum zu geben und die Qualität der Arzneimittelversorgung durch die Einführung einer Positivliste zu verbessern. Gesundheitspolitik muß den Interessen der Kranken verpflichtet bleiben und darf nicht als wirtschaftspolitisches Instrumentarium mißbraucht werden;
- den allgemeinen Anspruch auf eine umfassende Sachleistungsgewähr für alle gesetzlich Versicherten im Sinne eines bürgerrechtlichen und demokratischen Gleichheitsgrundsatzes durch die Solidarkassen zu garantieren.

II. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Der Entwurf eines 1. GKV-Neuordnungsgesetzes gefährdet in seiner Konsequenz die solidarische Absicherung von Krankheitsrisiken. Ein gleiches Leistungsangebot für alle wird nicht mehr garantiert. Ein intaktes kostengünstiges und leistungsfähiges Gesundheitswesen droht damit ins Gegenteil verkehrt zu werden. Die Maßnahmen des Gesetzes schüren den Egoismus im Gesundheitswesen, statt die Kooperation zu fördern. Der Wettbewerb der Kassen wird durch die Einführung von Sonderkündigungsrechten durch die Regierung verschärft. Durch die Verknüpfung von Beitragssatzerhöhung und erhöhter Selbstbeteiligung (Zuzahlung) wird den Kassen ein Zwang auferlegt, sofern sie als Kasse im Konkurrenzkampf bestehen wollen, Kürzungen vorzunehmen oder einzufordern, die einer ganzheitlichen medizinischen Gesundheitsversorgung widersprechen. Diese führt zu einer quasi Festbeschreibung der Beitragsätze, die willkürlich und voraussetzungslos ist und allein kurzfristigen Arbeitgeberinteressen dient. Das Gesundheitssystem darf nicht zur Manövierrasse in einer Standortdebatte gemacht werden. Eine „Förderung der Konkurrenzfähigkeit deutscher Betriebe“ ist eine Aufgabe der Wirtschaftspolitik und darf nicht zum Gegenstand gesundheitspolitischer Kürzungsprogramme werden. Gesundheitspolitik und Versorgungssicherheit ist ausschließlich an den gesundheitlichen Interessen der Versicherten und Kranken zu orientieren.

Der unfaire Wettbewerb und die fehlende Ergänzung des Risikostrukturausgleichs greift die soziale Substanz der GKV an. Solidarische Kassen werden einem chancenlosen Wettbewerb ausgesetzt. Gerade in Verbindung mit den weiteren geplanten Maßnahmen (2. NOG) im Rahmen der Fortsetzung der dritten Stufe des Gesundheitsstrukturgesetzes wird die Garantie eines einheitlichen Leistungskatalogs ausgehöhlt. Zusammen mit der Einführung von Gestaltungsmöglichkeiten der Satzung, wie z. B. Beitragsrückgewähr, und Selbstbehalt im Rahmen der Kostenersatzung wird die Risikoselektion betrieben werden. Umfassende Gesundheitsversorgung wird zum Luxus, den nur noch Besserverdienende bezahlen können. Für Ärmere soll die Versicherung

auf nackte Krankheitsversorgung zurechtgestutzt werden. Die bisherige Sicherheit der Versicherten in die solidarische Risikoversorge und in die damit verbundene ganzheitliche Gesundheitsversorgung für alle wird verlorengehen. Wirklich solidarischen Kassen mit gleicher Leistung droht die Pleite. Die Sicherheit der Versicherten in einem souveränen Solidarsystem ist dahin.

Die Koppelung von Beitragssatzerhöhungen mit Zuzahlungen ist für die davon betroffenen Patienten nicht sachgerecht. Sowohl Versicherte einer Krankenkasse als auch die Versicherten der verschiedenen Krankenkassen mit unterschiedlichen Zuzahlungsregelungen werden dabei willkürlich ungleich behandelt. Die einseitige Belastung der Patienten kann durch einen sofortigen Kassenwechsel nur minimal gemildert werden. Es wird dadurch ein fatales „Kassen-Hopping“ in Gang gesetzt. Auf der Suche nach Kassen mit kostengünstigen Beitragssätzen werden die Versicherten die Krankenkassen immer häufiger wechseln und doch immer wieder nur dieselbe Situation antreffen: hohe Beiträge, hohe Zuzahlungen bei immer weniger Leistungen. Die im Gesundheitsstrukturgesetz vorgesehene und ab 1. Januar 1997 für alle GKV-Versicherte geltende freie Wahl der Krankenkasse wird instrumentalisiert und in ihr Gegenteil verkehrt. Nicht mehr eine qualitätsorientierte Entscheidung wird zum Kassenwechsel führen sondern bloße preis- und kostenorientierte Kriterien.

Der Anteil der Zuzahlungen, die durch die Versicherten alleine aufgebracht werden müssen, sind in den letzten Jahren – im wesentlichen auch wieder durch gesetzliche Maßnahmen der Bundesregierung – kontinuierlich gestiegen. So betrug der Selbstzahlungsanteil im früheren Bundesgebiet für das Jahr 1992 rd. 12 % der gesamten Gesundheitsausgaben. Lediglich 67 % wurden paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern finanziert. Eine Erhöhung der Zuzahlungen bzw. eine Koppelung der Zuzahlungserhöhung an Beitragssatzsteigerungen, wie jetzt vorgesehen, belastet einseitig die Versicherten und bedeutet einen sukzessiven Ausstieg aus der beitrags hälftigen Finanzierung.

Die gesetzlichen Krankenkassen weisen nach Schätzungen ein Defizit von ungefähr 7,5 Mrd. DM für das erste Halbjahr 1996 auf. Diese Finanzierungsprobleme als Folge verstetigter Einnahmeausfälle und die Defizite aus vorangegangenen Jahren werden nun als Grund angeführt, um zur Sicherung des Wirtschaftsstandorts Deutschland mit einem 1. GKV-Neuordnungsgesetz eine Beitragssatzstabilität in der GKV zu bewirken. Diese „Krisendiagnose“ der GKV ist aus wissenschaftlicher Sicht nicht haltbar. Seit Mitte der 70er Jahre entwickelt sich der Anteil der Ausgaben der GKV am Bruttosozialprodukt nahezu konstant und weitgehend synchron zur allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung. Die Erhöhung der Beitragssätze ist in erster Linie nicht auf einen Anstieg der GKV-Ausgaben oder auf einige Ausgabensektoren zurückzuführen, sondern liegt vielmehr in der anhaltend hohen Massenerwerbslosigkeit und in den relativen Einkommensverlusten durch Sinken der Lohnquote begründet. Die Finanzierungsbasis der GKV in Gestalt der Bruttolohn- und Gehaltssumme in Relation zur volkswirtschaftlichen Entwicklung schrumpft. Dies ist inzwischen

von Gesundheitswissenschaftlern und -ökonomen allgemein anerkannt und wurde bei der Anhörung zum 1. NOG vor dem Ausschuß für Gesundheit am 4. November 1996 mehrfach von verschiedenen Sachverständigen bestätigt.

Im internationalen Vergleich ist das deutsche Gesundheitswesen kostengünstig und leistungsfähig. Die relativ geringen Kosten des deutschen Gesundheitssystems – nur 8,4 % des Bruttosozialprodukts gegenüber 13,2 % der USA (1991) – zeigen, daß die Überantwortung des Gesundheitswesens den Kräften des Marktes nicht unbedingt zur gewünschten Leistungs- und Kosteneffizienz führt. Entsolidarisierung 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. Selbst eine vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebene Studie räumt ein, daß im internationalen Vergleich nur Dänemark, Griechenland, die Niederlande und Schweden niedrigere Steigerungsraten der Gesamtkosten im Gesundheitswesen aufweisen.

Eine zusätzliche Belastung für die GKV, die sich negativ auf die Beitragssatzentwicklung auswirkt, sind verschiedene politische Maßnahmen der Bundesregierung aus der jüngsten Vergangenheit. Hierzu zählt im wesentlichen der Mißbrauch der KGV als „Verschiebebahnhof“ für andere Sozialversicherungsträger.

Beispielsweise sind die Beiträge aus der Krankenversicherung der Rentner sowie der Arbeitslosenversicherung an die Krankenkassen durch gesetzliche Eingriffe beschnitten worden und haben allein im Jahre 1995 zu Mehrbelastungen der GKV in Höhe von etwa 7 Mrd. DM geführt. Andere Gesetze, wie z. B. das Sechste SGB V-Änderungsgesetz, das für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen die Regelung zur Bildung von Festbeträgen aufhebt sowie die Abgabe von preisgünstigen importierten Arzneimitteln durch Apotheker unterbindet, belasten mit rd. 1 Mrd. DM die GKV. Ebenso hat die Bundesregierung auf die Einführung einer Positivliste verzichtet, obwohl dies parteienübergreifend in Lahnstein beschlossen war. Damit geht ein Einsparvolumen von 2 bis 6 Mrd. DM verloren, das für andere Aufgaben im Gesundheitswesen zur Verfügung stehen könnte. Die Positivliste berücksichtigt das Erfahrungswissen über den therapeutischen Nutzen von Arzneimitteln. In Holland, Dänemark, Frankreich und Österreich wurde durch Positivlisten vorgemacht, wie man qualitativ die Arzneimittelflut eindämmt, Qualität sichert und verbessert sowie das Angebot strukturiert und Kosten reduziert.

Eine Anhebung der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze analog der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten würde zu Einnahmen der GKV in Höhe von rd. 13 Mrd. DM führen. Dies entspricht circa 0,7 Prozentpunkten des Beitragssatzes. Damit würde gleichzeitig eine bestehende Ungleichheit in den sozialen Sicherungssystemen beseitigt und ein wichtiger Schritt in Richtung eines egalitären Versicherungsprinzips getan.

Als weitere Sofortmaßnahme werden die Ausgaben der GKV durch ein globales Budget, das sich an dem Bruttoinlandsprodukt orien-

tiert, festgelegt. Damit stellt es ein notwendiges Instrumentarium zur Beitragssatzstabilität dar und ermöglicht gleichzeitig die dringend notwendige Abstimmung der verschiedenen Leistungssektoren. Die einseitige Budgetierung von einzelnen Sektoren ist strikt abzulehnen.

Eine qualitätsorientierte Gesundheitsförderung muß allgemeiner Bestandteil der Gesundheitsversorgung und damit des gesetzlichen Leistungskataloges sein. Der Verhinderung von Krankheit und damit der Förderung von Gesundheit muß gegenüber der reinen Krankenbehandlung ein breiter Raum zugestanden werden. Chronisch-degenerativen Erkrankungen können mit gesundheitsfördernden Maßnahmen vorgebeugt werden. Gesundheitsprävention im Betrieb und am Arbeitsplatz dient dem Menschen. Durch die Vermeidung von krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit könnte die Wirtschaft bis 8 Mrd. DM entlastet werden.

Die fehlende Verzahnung bzw. die Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung ist ein Beispiel für größte Ineffizienz. Dies ist ein rein deutscher Sonderweg, der die Qualität der Versorgung beeinträchtigt und nur unnötige Kosten in Höhe von bis zu 20 Mrd. DM verursacht. Die Aufsplitterung des Sicherstellungsauftrages im ambulanten Bereich auf die kassenärztliche Vereinigung und im stationären Bereich auf die Länder sowie im pflegerischen und rehabilitativen Bereich auf andere Leistungsträger verhindert eine Überwindung des Sektorendenkens im Gesundheitswesen und ist durch eine gemeinsame regionale Sicherstellung der Versorgung veränderbar. Die lokale und regionale Ausrichtung des Gesundheitswesens ist eine wichtige Voraussetzung für bürger- und problemnahe Lösungen.

Bonn, den 14. November 1996

Monika Knoche

Marina Steindor

Marieluise Beck (Bremen)

Matthias Berninger

Annelie Buntenbach

Andrea Fischer (Berlin)

Rita Griefhaber

Irmingard Schewe-Gerigk

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

