

Entschließungsantrag

**der Abgeordneten Monika Knoche, Marina Steindor, Annelie Buntenbach,
Irmgard Schewe-Gerigk und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

**zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.
– Drucksache 13/6087, 13/7264 –**

Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz – 2. GKV-NOG)

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Die Bundesregierung wird aufgefordert,

- zu einem parlamentarischen Verfahren zurückzukehren, das eine sachlich fundierte und inhaltlich seriöse Beratung im Deutschen Bundestag und den damit befaßten Ausschüssen ermöglicht. Dies bedeutet, daß parlamentarische Vorlagen nicht nur den Abgeordneten zeitgerecht vorgelegt werden müssen, sondern auch den Sachverständigen, die sich in der Anhörung dazu äußern sollen. Nur so ist eine sachgerechte, intensive Beratung gewährleistet;
- den stark föderalen Charakter der Gesundheitspolitik der Bundesrepublik Deutschland anzuerkennen. Gesetzentwürfe, die mit der strategischen Maßgabe der Nichzustimmungspflichtigkeit durch den Bundesrat erarbeitet sind, können per se nicht alle Bereiche des Gesundheitswesens regeln;
- ein umfassendes gesundheitliches Reformkonzept vorzulegen, das die solidarische Absicherung aller Risiken im Krankheitsfall zur Voraussetzung hat. Oberstes Primat in der Gesundheitspolitik müssen der Erhalt der Gesundheit und die Garantie der einheitlichen Versorgung im Krankheitsfall für alle Versicherten sein, unabhängig von der Einkommenssituation, dem Alter, Geschlecht oder Herkunft. Das uneingeschränkte Sachleistungsprinzip ist unabdingbare Voraussetzung hierfür;
- die Finanzbasis der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu verbessern. Dazu muß das Solidarprinzip ausgebaut werden, indem mit sofortiger Wirkung die Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze analog der Renten- und Ar-

beitslosenversicherung angehoben werden. Damit kann sowohl die Ausgaben- als auch die Einnahmenseite der GKV stabilisiert werden. Die beitrags hälftige Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer muß gesichert sein. Da durch Zuzahlungen bekanntermaßen keine Steuerungswirkung erzielt wird, handelt es sich hier ausschließlich um eine Geldbeschaffungsmaßnahme. Am Grundprinzip der paritätischen Beitragspflicht und Beitragsentrichtung ist in allen Zweigen der Sozialversicherung uneingeschränkt festzuhalten. Eine einseitige Erhöhung der Zuzahlungen in der GKV muß als schleicher Systemausstieg verstanden werden. Denn dadurch werden Gesundheitskosten einseitig den Versicherten bzw. den Kranken auferlegt. Zur Ausgabenstabilisierung ist die Einführung eines Globalbudgets, das sich an dem Bruttoinlandsprodukt orientiert, möglich;

- den einheitlichen Leistungskatalog allen Versicherten uneingeschränkt zur Verfügung zu stellen und damit eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung sowie eine solidarische Risikoabsicherung zu gewährleisten. Satzungsleistungen wie Beitragsrückerstattung, Selbstbehalt, Kostenerstattung, erhöhte Zuzahlungen widersprechen dem Solidarsystem. Sonderbeiträge für zusätzliche Leistungen sind nicht mit einem einheitlichen Leistungskatalog zu vereinbaren. Mit ihnen würden Elemente der privaten Krankenversicherung eingeführt, die im krassen Widerspruch zum Prinzip der Solidargemeinschaft stehen würden. Darüber hinaus werden sie den geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und auch in verschiedenen Lebensaltern nicht gerecht und diskriminieren bestimmte Bevölkerungsgruppen. Der GKV werden so weitere Finanzmittel entzogen;
- das Gesundheitswesen an qualitativen Erneuerungsnotwendigkeiten zu orientieren sowie das Gesundheitsinteresse der Patienten bzw. Patientinnen ins Zentrum der Reform zu stellen. Es ist als zukunftsweisender, personenbezogener Dienstleistungssektor mit erheblichen Wirtschafts- und Wachstumspotentialen im Rahmen unseres sozialen Sicherungssystems anzuerkennen. Nach Berechnungen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen im Sondergutachten „Gesundheitswesen in Deutschland – Kostenfaktor und Zukunftsbranche“ 1996 sind bereits heute im gesamten Gesundheitswesen rd. 4,2 Millionen Menschen mit hochqualifizierten Ausbildungen beschäftigt. Dies dient nicht nur der Erhaltung, der Wiederherstellung und Förderung der Gesundheit, sondern trägt zur volkswirtschaftlichen Wertschöpfung mit einer entsprechenden Wirkung auf den Arbeitsmarkt bei. Der Bedeutung der verschiedenen Berufe im Gesundheitswesen muß Rechnung getragen werden. Die Aufwertung der personenbezogenen Dienstleistungen gegenüber den medizintechnischen Leistungen im Gesundheitswesen ist zu fördern und für eine Gleichstellung der im Gesundheitswesen Beschäftigten zu sorgen;

- die Reformpotentiale im Gesundheitswesen zu nutzen und Veränderungen der Gesundheitsversorgungsstruktur durchzuführen, die eine gemeinsame regionale Sicherung der gesundheitlichen Versorgung garantieren. Die fehlende Verzahnung der ambulanten und stationären Sektoren führt zu Ineffizienzen. Dabei handelt es sich um eine teure deutsche Besonderheit, die gesundheitlich keinerlei Nutzen bringt. Eine dezentrale gemeinsame Sicherstellung von integrierter, ambulanter und stationärer Versorgung ermöglicht kooperative berufsübergreifende Strukturen, die den Patienten bzw. Patientinnen dienlich sind und zugleich noch enorme Wirtschaftlichkeitsreserven freisetzen;
- die Vernetzung der ambulanten ärztlichen Tätigkeiten in Diagnostik und Therapie mit flankierenden, übergreifenden nicht-medizinischen sowie psychosozialen Dienstleistungen auszubauen. Hierzu gehören die Stärkung der primärärztlichen Versorgung mit entsprechender Steuerungs- und Koordinierungsfunktion bei Beibehaltung der ärztlichen Wahlfreiheit, die Förderung des Aufbaus kooperativer ambulanter Leistungsangebote sowie eine Weiterentwicklung des vernetzten, poliklinischen Versorgungsansatzes in ambulanten Gesundheitszentren;
- das Krankenhaus zu reformieren und die Weiterentwicklung zu einem modernen Gesundheitszentrum zu fördern. Als Sofortmaßnahme müssen die fachärztliche und technische Kompetenz der Krankenhäuser durch Öffnung für die ambulante spezialärztliche Versorgung ermöglicht werden. Angebote von Kurzzeitpflege, von psychosozialer Behandlung, Rehabilitationen und geriatrischer Versorgung in den Krankenhäusern sind auszubauen. Die Beibehaltung der Pflegepersonalregelung ist unerlässlich. Pflegeintensität und Arbeitsdichte gefährden die Qualität der stationären Versorgung für die Patienten bzw. Patientinnen und schaffen unzumutbare Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten. Ebenso muß die Planung der medizinisch-technischen Großgeräte erhalten bleiben. Die duale Finanzierung durch Krankenkassen und Länder ist aus ordnungspolitischen Gründen beizubehalten;
- eine qualitätsorientierte Versorgung mit wirksamen Arzneimitteln zu garantieren. Gesetzgeberische Maßnahmen der letzten Monate haben dazu geführt, daß qualitätsorientierte Vorschläge mit enormen Wirtschaftlichkeitsreserven wie die Einführung einer Liste verordnungsfähiger Arzneimittel (Positivliste) verhindert worden sind. Dies hätte zu einer Stärkung der Arzneimittelsicherheit, zur Verbesserung der Transparenz und zur Sicherung der Strukturqualität des Arzneimittelangebotes geführt. Der Wegfall der Festbetragsregelung für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen und der Abgabe von preisgünstigen importierten Arzneimitteln durch Apotheker bringen keine qualitative Verbesserungen für Patienten bzw. Patientinnen, bedeuten allerdings Mehrkosten für die GKV. Gleichzeitig führen die extremen Erhöhungen bei den

Zuzahlungen dazu, daß inzwischen viele Medikamente allein von den kranken Versicherten getragen werden müssen;

- sich im Bereich von Vorsorgekuren und Rehabilitationen für qualitätsgesicherte Angebote einzusetzen, die allen Versicherten der GKV gleichermaßen zugute kommen. Verschiedene Konzepte der voll-, teilstationären und ambulanten wohnortnahen Versorgung müssen mit entsprechenden Angeboten der Vor- und Nachsorge sinnvoll ergänzt werden. Es muß eine enge Abstimmung mit Einrichtungen der Gesundheitsförderung und Selbsthilfearbeit erfolgen. Im Vorsorgekur- und Rehabilitationswesen soll eine Rechtsvereinfachung durch einen gemeinsamen sozialmedizinischen Dienst und einen einheitlichen Träger der Rehabilitationen angestrebt werden, um die Koordination zu verbessern und Synergieeffekte den Versicherten zugute kommen zu lassen. Vorsorgekuren und medizinische Rehabilitationen gehen von einem ganzheitlichen Therapieansatz aus, denen gesundheitserhaltende, -wiederherstellende, -fördernde, -erzieherische und -integrative Wirkung zukommt. Dabei sind Selbsthilfegruppen besonders mit einzubeziehen;
- anzuerkennen, daß die im 2. NOG vorgeschlagenen Maßnahmen im Bereich von Vorsorge, Kuren und Rehabilitation nicht dazu geeignet sind, die durch das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG) ausgelösten Einbrüche im Kurwesen wieder auszugleichen. Hier sind weitergehende Maßnahmen erforderlich;
- darauf hinzuwirken, daß im Gesundheitswesen frauenspezifische, ganzheitliche Versorgungsstrukturen unterstützt und abgesichert werden. Die Lebensrealität von Frauen, die unter anderem von Doppelbelastung, Bedrohung durch sexuelle Gewalt und dem Zwang zur Anpassung an eine männlich orientierte Arbeits- und Lebenswelt geprägt ist, macht emanzipatorische Angebote für Frauen notwendig. Präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen sollten in Zukunft in größerem Maße den geschlechtsspezifischen Unterschieden im Gesundheitsverhalten zwischen Männern und Frauen Rechnung tragen;
- eine qualitätsorientierte Gesundheitsförderung und Selbsthilfearbeit als unerläßliche Leistung anzuerkennen und strukturell zu verankern. Die Verhinderung von Krankheit muß gleichberechtigt neben der reinen Kuration stehen. Prävention muß als Querschnittsaufgabe verstanden werden. Ebenso müssen die Interessen und Bedürfnisse von Patienten bzw. Patientinnen mehr Berücksichtigung im Gesundheitswesen finden. Die Rechte von Patienten bzw. Patientinnen müssen ausgebaut werden;
- die betriebliche Gesundheitsförderung ist auszubauen, um den spezifischen berufsbedingten Belastungen Rechnung zu tragen. Modelle in anderen Ländern zeigen, daß der Bedarf an Rehabilitation wegen berufsbedingter Erkrankungen durch derartige Maßnahmen entscheidend gemindert werden konnte;

- darauf hinzuwirken, daß unter strikter Beachtung des Datenschutzes für die Versicherten, das Abrechnungssystem zwischen Apotheken, Rechnungszentren, den kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenhäusern und den Heilmittelerbringern und der GKV zügig weiterentwickelt wird;
- von Maßnahmen abzusehen, die den Verwaltungsaufwand für die GKV unnötig aufblähen. Härtefallregelungen sind keine soziale Ausbalancierung. Überforderungsklausel auf der einen Seite und privatversicherungstechnische Elemente auf der anderen Seite sind politische Klimmzüge zur Bedienung unterschiedlicher Wählerklienteles. Zur Vortäuschung von Verteilungsgerechtigkeit werden die Verwaltungen der Krankenkassen unnötig belastet;
- auf Organisationsmodelle zu verzichten, die Krankenkassen in noch höherem Maße als bisher dem Interessensdruck der Leistungsanbieterlobby aussetzt. Das vorgeschlagene Partnerschaftsmodell löst die Probleme der Disparitäten zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringenden nicht auf;

II. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

In den letzten Wochen hat die Bundesregierung einen Gesetzesaktionismus in der Ausgestaltung des Gesundheitswesens an den Tag gelegt, der in der Bevölkerung eine große Verunsicherung hervorgerufen hat. Die ersten Vorschläge im 2. GKV-Neuordnungsgesetz wie die Umwandlung einer Reihe von Pflichtleistungen in Satzungs- bzw. Gestaltungsleistungen, z. B. häusliche Krankenpflege, Heilmittel (Massagen, Ergotherapie u. ä.) Fahrtkosten, Kuren, medizinische Rehabilitationsmaßnahmen, haben die Möglichkeit zur direkten Leistungsausgrenzung geboten. Die Einführung der Elemente der privaten Krankenversicherung in Form von Wahlmöglichkeiten zwischen Satzungsleistungen und Kostenrückerstattung, Beitragsrückgewähr, Selbstbehalt, die Umwandlung der prozentualen Zuschüsse beim Zahnersatz in Festzuschüsse, Aufhebung der Großgeräteplanung und Pflegepersonalordnung ruiniert die Zukunftsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens. Diese Politik hat zu Recht nicht nur bei den Heilmittelerbringern, sondern auch im Kur- und Rehabilitationsbereich zu ausgeprägten Protesten geführt. Besonders jedoch die Debatten um den direkten Ausstieg aus der beitrags hälftigen Finanzierung, die nun in eine Erhöhung von 5 DM bzw. 5 % bei allen Zuzahlungen wie Arzneimitteln, Krankenhausaufenthalt, Fahrtkosten, Heilmitteln gemündet ist, gefährden das Gesundheitswesen in seiner Grundstruktur.

Das Gesundheitswesen kann nur dann qualitativ verbessert und reformiert werden, wenn die Finanzierungsbasis und der Kerngehalt des Systems erhalten bleiben. Dazu gehört unverzichtbar die beitrags hälftige Finanzierung durch die Arbeitgeber. Sie ist die Säule der sozialen Marktwirtschaft und hat das deutsche Gesundheitswesen zu dem stabilsten und souveränsten sowie kostengünstigsten System werden lassen. Die Verknüpfung von Beitragssatzerhöhung und erhöhter Zuzahlung, wie sie im 1. NOG festgeschrieben ist, und die im 2. NOG beabsichtigte Erhöhung aller Zuzahlungen – außer bei den Kuren – um 5 DM bzw. 5 % un-

terlaufen die paritätische Finanzierung ebenso wie der inzwischen von der Koalition verworfene Vorschlag der einseitigen Zuschreibung von Beitragssatzerhöhungen auf den Arbeitnehmerbeitrag. Bereits 1992 betrug der Selbstzahlungsanteil im früheren Bundesgebiet rd. 12 % der gesamten Gesundheitsausgaben. Lediglich 67 % wurden paritätisch von Arbeitgeber und Arbeitnehmer finanziert.

Als Grund für die einschneidenden Maßnahmen und die Aushöhlung des Solidarprinzips wird die Kostenexplosion angeführt. Die Koalition hält an dieser Mär fest, obwohl dies inzwischen von fast allen seriösen Gesundheitsökonominnen und -ökonomen widerlegt wurde. Die Ausgaben der GKV sind seit 20 Jahren relativ konstant und betragen rd. 6 % am Bruttoinlandsprodukt. Damit entwickeln sie sich weitgehend synchron zur allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung. Die steigenden Beitragssätze der letzten Jahren sind vielmehr auf einen Rückgang der Lohnquote zurückzuführen, die wiederum ihre Ursachen in der immer noch steigenden Massenerwerbslosigkeit hat. Die relativ geringen Kosten des deutschen Gesundheitswesens – nur 8,6 % des Brutto-sozialprodukts gegenüber 14,2 % der USA (1994) – widersprechen der Annahme, daß die Steuerung des Gesundheitswesens durch die Kräfte des Marktes zur gewünschten Leistungs- und Kosteneffizienz führt. Entsolidarisierung und Deregulierung kann die Gesellschaft teuer zu stehen kommen.

Die Bundesregierung hat in der jüngsten Vergangenheit verschiedene politische Maßnahmen ergriffen, die eine zusätzliche Belastung der GKV darstellen und ursächlich für die Beitragssatzsteigerungen bzw. Defizite der Krankenkassen mitverantwortlich sind. Hierzu zählt im wesentlichen der Mißbrauch der GKV als „Verschiebeparkplatz“ für andere Sozialversicherungsträger durch die Absenkung der Zahlungen aus der Renten- und Arbeitslosenversicherung. Die Absenkung der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall von 100 auf 80 % im Rahmen des sog. Sparpakets führen ebenfalls zu Einnahmehausfällen der GKV. Andere Gesetze wie z. B. das 6. SGB V-ÄndG, das für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen die Regelung zur Bildung von Festbeträgen aufhebt, sowie die Abgabe von preisgünstigen importierten Arzneimitteln durch Apotheker bzw. Apothekerinnen belasten die GKV. Ebenso hat die Bundesregierung auf die Einführung einer Positivliste (Liste von verschreibungsfähigen Arzneimitteln) verzichtet, obwohl dies von der CDU/CSU und SPD in Lahnstein beschlossen war. Allein im Arzneimittelbereich geht dadurch ein Einsparvolumen von über 5 Mrd. DM verloren. Dies entspricht ungefähr der Summe, mit der die Krankenkassen durch die neuen Zuzahlungsregelungen entlastet werden sollen. Eine Subventionierung der Pharmaindustrie ohne gesundheitspolitischen Nutzen bei gleichzeitiger Belastung der Kranken ist unverkennbar.

Bereits durch das 1. NOG werden durch die Koppelung von Beitragssatzerhöhungen mit Zuzahlungen einseitig kranke Menschen belastet. Durch die im 2. NOG beabsichtigte Erhöhung aller Zuzahlungen außer bei den Kuren um 5 DM bzw. um 5 % geschieht eine erneute einseitige Kostenverlagerung zu Lasten der Kranken

Versicherten. Dadurch ergibt sich für die Zukunft eine neue Arithmetik bei der Finanzierung der Beiträge der GKV. Für alle zukünftigen Beitragssatzerhöhungen ergibt sich unter Berücksichtigung der im 2. NOG einmalig vorgenommenen Zuzahlungserhöhung folgende Aufteilung: ein Drittel wird von den Arbeitgebern übernommen, ein weiteres Drittel von den versicherten Arbeitnehmern und das letzte Drittel durch die Zuzahlungen allein von den Kranken selbst. Dies hat zur Konsequenz, daß für die Beitragssatzerhöhungen zukünftig eine im Verhältnis von ungefähr 30 zu 70 % stehende Parität erfolgen wird. Mit Beitrag und Zuzahlungen finanzieren die Arbeitnehmer bzw. Arbeitnehmerinnen bereits heute das GKV-System mit 60 %. Bald wird dies auf 70 % steigen. Die beitrags hälftige Finanzierung der GKV ist damit nun endgültig verlassen, ohne daß eine Festschreibung des Arbeitgeberanteils überhaupt erfolgen mußte.

Die enormen finanziellen Belastungen, die von den Versicherten und hier natürlich besonders von kranken Menschen allein zusätzlich zu dem bereits geleisteten Versicherungsbeitrag übernommen werden müssen, führen zu einer Entsolidarisierung der Versicherten. So wird z. B. für freiwillig Versicherte die GKV immer unattraktiver, insbesondere wenn der bzw. die Versicherte keine mitzuversichernden Angehörigen hat. Versicherte über der Beitragsbemessungs- und Pflichtversicherungsgrenze müssen dann nicht nur ihren Arbeitnehmerbeitrag bezahlen, sondern zusätzlich noch ungefähr die Hälfte dieses Beitrages, bevor sie unter die Überforderungsklauseln (Zuzahlungen überschreiten 2 % der Bruttoeinnahmen) greifen. Dies wird zwangsläufig zu einer starken Abwanderung dieser Versichertengruppe in die private Krankenversicherung führen, die mit billigen Tarifen für junge Personen wirbt.

Bei der Arzneimittelversorgung wird die Erhöhung der Zuzahlungen im 2. NOG um 5 DM bzw. 5 % dazu führen, daß eine erhebliche Anzahl der Arzneimittelpackungen nun vollständig von den Versicherten selbst bezahlt werden muß, da der Preis der Medikamente unter den zu leistenden Zuzahlungen liegt. Bringt man dies in Verbindung mit der Aufhebung des Arznei- und Heilmittelbudgets und den Einrichtungen von einheitlichen arztgruppenspezifischen Richtgrößen, dann wird folgender Mechanismus entstehen: Alle ärztlich verordneten Arzneimittel, die wegen ihres geringen Preisniveaus allein von den Versicherten bezahlt werden, werden in den Richtgrößen nicht berücksichtigt werden müssen. Dadurch können bereits bei der Festlegung der Richtgrößen diese um die von den Versicherten allein getragenen Arzneimittel verringert werden, was ein sparsames ärztliches Ordnungsverhalten bei Ärzten bzw. Ärztinnen suggeriert. Die arzneimittelherstellende Industrie hat hierbei keine Einnahmeverluste zu befürchten.

Bei der Versorgung mit Zahnersatz wird ein vollständig neues System eingeführt, indem die bisherigen prozentualen Zuschüsse durch Festzuschüsse ersetzt werden. Nach dieser Maßgabe wird für die Versicherten in der GKV eine privatrechtliche Vertragsgestaltung mit Zahnärzten bzw. Zahnärztinnen eingeführt. Dadurch

werden wichtige Qualitätsinstrumente der Krankenkassen außer Kraft gesetzt. Bei Mängeln hat eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst allenfalls noch beratende Funktion. Ebenso bedeutet die Abrechnung nach der Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Zahnärztinnen (GOZ), daß nach dem Auslaufen der zweijährigen Preisbindung an den heutigen GOZ-Gebührensatz eine zusätzliche Einnahmequelle für Zahnärzte bzw. Zahnärztinnen geschaffen wird. Eine irgendwie geartete qualitative Verbesserung der zahnärztlichen Versorgung für die Patienten bzw. Patientinnen ist damit nicht verbunden. Das Gegenteil ist der Fall. Des weiteren führt die Einführung der direkten Kostenerstattung an den bzw. die Versicherten bei kieferorthopädischer Behandlung gemeinsam mit dem neuen Festzuschuß beim Zahnersatz dazu, daß ganze Leistungsspektren privatrechtlich geregelt werden und damit keine geregelten Vertragsverhältnisse der Vertragszahnärzte bzw. -zahnärztinnen mit den gesetzlichen Kassen mehr bestehen. Damit entziehen sich diese Leistungen dem Zugriff der Kassen. Die Rechte der gesetzlich Versicherten auf Sachleistungen aus dem SGB V sind unbegründet um notwendige medizinische Leistungen reduziert und der Vertrauensschutz der Versicherten ist im Rahmen der Krankenversicherung verletzt.

Die seit 1997 für alle Versicherten der GKV bestehende Kassenwahlfreiheit hat zu einer starken Konkurrenz zwischen den Kassen um das „gute Risiko“ geführt. Der dadurch entstandene Wettbewerb ist nicht marktwirtschaftlich orientiert, sondern konzentriert sich auf die Versicherten selbst und ist klientelbedingt. Mit dem 2. NOG werden wettbewerbsverstärkende Instrumente eingeführt. Hierbei handelt es sich z. B. um Beitragsrückerstattungen und Selbstbehalte, die nicht nur dem solidarischen Prinzip der GKV widersprechen, sondern auch als Maßnahmen zur Werbung attraktiver Mitglieder für die einzelnen Krankenkassen mißbraucht werden, die möglichst viel an Beiträgen bringen, aber die Kasse nur wenig kosten. So wird die Höhe des Selbstbehaltes sowie der Beitragsrückerstattung zwischen den Kassen variieren, da keine gesetzlichen Begrenzungen vorgesehen sind und zum Selektionskriterium im Kassenwettbewerb werden. Gleichzeitig führen die erhöhten Zuzahlungen zu einer Ausweitung der Härtefälle, die für die einzelnen Kassen zu einem „schlechten Risiko“ werden und um die dann selbstverständlich kein Wettbewerb stattfindet. Hier wird im Extremfall sogar versucht, sie an andere Kassen abzutreten.

Ein weiteres Kernelement im 2. NOG ermöglicht die Durchführung von Modellvorhaben. Dadurch wird es einzelnen Krankenkassen ermöglicht, im ambulanten und stationären Bereich Modelle mit einzelnen Leistungserbringern zu vereinbaren und durchzuführen. Als positive Wirkung ist zwar die Erprobung von neuen Versorgungsformen zu nennen. Diese wird jedoch durch die Aufgabe eines einheitlichen und gemeinsamen Angebotes für alle Versicherten eingeschränkt und prinzipiell aufgegeben. Hinzu kommt, daß sich diese Modellvorhaben der Planbarkeit und Steuerung der stationären Versorgung und damit der Krankenhausplanung der Bundesländer entziehen. Bei der Durchführung von zahlreichen Modellvorhaben bedeutet dies, daß es zu einem für den Versi-

cherten nur noch schwer durchschaubaren Versorgungsangebot kommt und zudem eine politisch verantwortungsvolle Bedarfsplanung als Länderaufgabe kaum möglich ist. Zwar müssen die Aufsichtsbehörden der Länder die notwendigen Satzungsänderungen der Krankenkassen genehmigen. Dies kann jedoch nicht eine planlose Ausweitung nichtintegrativer Modelle in der Versorgung verhindern. Auch diese Maßnahmen müssen im Kontext des Kassenwettbewerbs gesehen werden. So werden Modellvorhaben zur Gewinnung von attraktiven Versicherten funktionalisiert und an deren Bedürfnissen orientiert werden. Die einheitliche Versorgung auf gleichem Niveau geht dabei verloren.

Die Vergütung der niedergelassenen Ärzte und Ärztinnen hat in den letzten Monaten für sehr viel Konfliktstoff gesorgt. Nun soll eine neue Form der Gesamtvergütung für den einzelnen Arzt bzw. die Ärztin einen festen Punktwert für die erbrachten Leistungen garantieren, soweit die abgerechneten Leistungen die Höchstgrenzen (arztgruppenspezifische Richtgrößen) nicht überschreiten. Schafft dies für Ärzte bzw. Ärztinnen eine besser kalkulierbare Einkommenssituation, die durch den „floatenden“ Punktwert in dieser Form bisher nicht gegeben war, bedeutet es gleichzeitig, daß die bestehenden Disparitäten festgeschrieben werden. So werden insbesondere hausärztliche Tätigkeiten, ganzheitliche medizinische Ansätze und die sprechende, zeitintensive Medizin, die im momentanen Abrechnungssystem gegenüber der sog. Apparatedizin benachteiligt wird, weiterhin nicht bzw. nur unzureichend berücksichtigt werden. Von den Krankenkassen werden durch die Aufhebung des Arznei- und Heilmittelbudgets erhebliche Kostensteigerungen für die GKV prognostiziert.

Durch den starken Protest von Patienten bzw. Patientinnen sowie der Heilmittelerbringer werden die Heil- und Hilfsmittel im Pflichtleistungskatalog verbleiben. Sie sollen in Partnerschaft durch Verhandlungen zwischen Kassen, Ärzten bzw. Ärztinnen und den betroffenen Leistungserbringern vom Bundesausschuß wirtschaftlicher gestaltet werden. Die zentrale Frage, wer die Letztentscheidung hat, ist gemeinsam bei den Ärzten bzw. Ärztinnen und Krankenkassen verblieben. Dadurch ist bereits heute abzusehen, daß es zu starken Kämpfen zwischen den einzelnen Interessenvertretern kommen wird. Es besteht besonders die Gefahr, daß die unterschiedlichen Heilmittelerbringer bzw. Heilmittelerbringerinnen in Konkurrenz untereinander treten werden. Besonders junge sowie neue Therapieformen werden um die Anerkennung im Partnerschaftsmodell kämpfen müssen. Wie in allen anderen Bereichen der medizinischen Versorgung auch kommen hierbei die Patienten bzw. Patientinnen und deren Bedürfnisse sowie deren authentische Vertretung nicht vor.

Im Krankenhaus hat eine Umstellung der Finanzierungsform vom Selbstkostendeckungsprinzip auf Fallpauschalen, Sonderentgelte und Abteilungspflegesätze stattgefunden, bei gleichzeitiger Budgetierung der Krankenhausaufgaben (Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben 1996) und einer einprozentigen Absenkung des Budgets (Beitragsentlastungsgesetz). Der Entgeltkatalog wird nun früher als beabsichtigt der Selbstverwaltung über-

geben, die Bundesärztekammer ist bei medizinischen Fragestellungen zu berücksichtigen. Damit zieht sich der Gesetzgeber aus der Verantwortung für wesentliche Bereiche der medizinisch-pflegerischen Qualität bei der stationären Versorgung zurück. Es muß aber eine staatliche Hoheitsaufgabe bleiben, die Entgeltkataloge fortzuschreiben. Die Bundesärztekammer als Arbeitsgemeinschaft sollte deshalb nicht berechtigt werden, bei der medizinischen Festlegung der Entgeltkataloge beratend tätig zu sein. Diese Aufgabe kann nur von den Landesärztekammern als legitimes Organ geleistet werden. Ebenso sind die Länder zu beteiligen. Des weiteren sind neben dem Einbezug von ärztlichen Leistungen andere Heilberufe, insbesondere pflegerische Arbeiten, gleichberechtigt in die Ausgestaltung der Entgeltkataloge miteinzubeziehen. Eine medizinische Qualitätssicherung ohne pflegerische Mitwirkung widerspricht einer ganzheitlichen Versorgung und ist eine Diskreditierung der hochqualifizierten pflegerischen Tätigkeiten. Dies gilt ebenfalls für die Aufhebung der Pflegepersonalregelung. Damit wird ein Reformprojekt beendet, das zu einer wesentlichen Verbesserung der Personalsituation in den Krankenhäusern geführt hat.

Die von der Koalition eingebrachten umfangreichen Änderungsanträge zum 2. NOG enthalten verschiedene Paragraphen, deren Zustimmungspflichtigkeit durch den Bundesrat angenommen werden kann. Damit würde ggf. der gesamte Gesetzentwurf zustimmungspflichtig.

Bonn, den 19. März 1997

Monika Knoche

Marina Steindor

Annelie Bunttenbach

Irmingard Schewe-Gerigk

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

