

Entschließungsantrag

der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detlef Parr, Dr. Irmgard Schwaetzer, Ina Albowitz, Hildebrecht Braun (Augsburg), Ernst Burgbacher, Klaus Haupt, Ulrich Heinrich, Walter Hirche, Ulrich Irmer, Dr. Heinrich L. Kolb, Gudrun Kopp, Ina Lenke, Sabine Leutheusser-Schnarrenberger, Dirk Niebel, Günther Friedrich Nolting, Hans-Joachim Otto (Frankfurt), Cornelia Pieper, Dr. Edzard Schmidt-Jortzig, Carl-Ludwig Thiele, Dr. Guido Westerwelle, Dr. Wolfgang Gerhardt und der Fraktion der F.D.P.

zu der Beratung der Großen Anfrage der Abgeordneten Ulf Fink, Horst Seehofer, Wolfgang Lohmann (Lüdenscheid), weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU

– Drucksachen 14/3887, 14/5700 –

Zukunft des Gesundheitswesens

Der Bundestag wolle beschließen:

Krankheit und ihre Folgewirkungen sind eines der großen Lebensrisiken, die ohne kollektive Absicherung schnell zur Überforderung des Einzelnen führen. Es ist ein Grundbedürfnis der Menschen, sich darauf verlassen zu können, im Krankheitsfall die notwendige medizinische Betreuung und finanzielle Unterstützung zu erhalten. Der Staat muss deshalb Rahmenbedingungen schaffen, die es den Menschen unabhängig von ihrem Einkommen oder einer eventuellen Behinderung oder Vorerkrankung ermöglichen, das Krankheitsrisiko und seine Folgen abzusichern. Er darf jedoch nicht alles bis ins Kleinste regeln und auf diese Weise die Kreativität der im Gesundheitswesen Beteiligten strangulieren.

Bei der Gestaltung des Gesundheitswesens sind Rahmenbedingungen zu berücksichtigen, die unter anderem durch die Volkswirtschaft vorgegeben sind:

- die Begrenztheit der Ressourcen, die nicht alles Wünschenswerte möglich macht,
- die in den nächsten Jahren deutlich steigende Zahl älterer Menschen, die mehr Gesundheitsleistungen brauchen,
- der medizinische Fortschritt, der meist kostenintensiv ist,
- die Lohn- und die Arbeitsmarktentwicklung, die Auswirkungen auf die Beitragseinnahmen der GKV hat sowie
- die Globalisierung und der damit zunehmende Wettbewerbsdruck auf die inländische Wirtschaft, der Beitragssatzsteigerung bei der heutigen Finanzierungsform nicht zulässt.

Um dafür zu sorgen, dass die Menschen sich auch in Zukunft darauf verlassen können, im Krankheitsfall versorgt zu sein, brauchen wir ein Gesundheitswesen, das

- einen bezahlbaren Versicherungsschutz für alle garantiert,
- von gesamtgesellschaftlicher Verantwortung für finanziell und sozial Schwache getragen ist,
- sich am tatsächlichen Bedarf der Patienten orientiert,
- eine gute medizinische Versorgung aller Bürgerinnen und Bürger gewährleistet,
- den Menschen Gestaltungsmöglichkeiten für den Umfang ihres Versicherungsschutzes gibt,
- die Marktkräfte nutzt, um bei der Gesundheitsversorgung möglichst große Effizienz in Form niedriger Preise und hoher Qualität zu erreichen,
- Anreize für alle Beteiligten setzt, mit den vorhandenen Ressourcen sparsam umzugehen,
- die Anreize zur Eigenverantwortung der Versicherten stärkt und ihnen dabei hilft, ein gesundheitsbewusstes Leben zu führen,
- die freie Wahl der Leistungserbringer durch die Versicherten garantiert,
- auf Transparenz und Information aufbaut,
- auf Kostenerstattung anstelle des Sachleistungssystems setzt,
- Schluss macht mit gesetzlich vorgegebenen Budgets gleich welcher Art,
- feste Preise für ärztliche und zahnärztliche Leistungen vorsieht,
- im Krankenhausbereich ein echtes Preissystem statt staatlich festgesetzter Ausgabenbegrenzung vorsieht,
- auf Wettbewerb und Eigeninitiative setzt und nicht auf Bürokratie,
- nachhaltig Vorsorge für die Auswirkungen der demographischen Entwicklung trifft, indem den Versicherten mehr Geld in der Tasche verbleibt, um Chancen für die rechtzeitige Bildung einer Vorsorge zu schaffen und
- der europäischen Entwicklung Rechnung trägt. Das bedeutet:

1. Der Staat setzt den Rahmen – die Bürger gestalten

Das System braucht eine grundlegende Umorientierung. Grundsätzlich ist der Markt mit seiner Vielfalt der handelnden Personen und seiner Flexibilität am besten geeignet, die Gesundheitsversorgung zu optimieren. Der Staat hat nur dort das Recht, dann allerdings auch die Pflicht, steuernd einzugreifen, wo der Markt versagt. Er hat den Rahmen für eine sozial verantwortliche Gesundheitspolitik zu setzen, nicht jedoch alles und jedes bis ins kleinste Detail gesetzlich zu regeln, wie das heute weitgehend der Fall ist.

2. Mehr Wettbewerb für versicherten- und patientengerechte Lösungen

Der mit dem Gesundheitsstrukturgesetz begonnene Weg, über die Ausweitung der Wahlfreiheit den Wettbewerb der Krankenkassen zu beleben, hat bereits viel in Bewegung gebracht. Der Druck auf die einzelne Krankenkasse, einen möglichst niedrigen Beitragssatz anzubieten, hat die Kreativität der Beteiligten erheblich befördert. Diese Entwicklungen müssen intensiviert werden.

Die gesetzliche Vorgabe für einheitliche und gemeinsame Verhandlungen der Krankenkassen muss fallen. Auf diese Weise konkurrieren die Krankenkassen um die besseren Ideen und um die besseren Verhandlungsergebnisse. So lassen sich kassenindividuelle Effizienzreserven erzielen, die dem Beitragszahler zugute kommen. Das Ausnutzen von staatlich vorgegebenen Monopolstellungen muss ausgeschlossen sein.

Das Volumen des Risikostrukturausgleichs ist zu begrenzen. Ziel des Risikostrukturausgleichs muss es sein, echte Risikodisparitäten der Kassen auszugleichen. Eine Ausweitung des heutigen Ausgleichs mit dem alleinigen Ziel einer Verkleinerung der Beitragsspreizung wird abgelehnt. Abgelehnt wird auch eine Einschränkung der Wahlrechte der Versicherten z. B. durch längerfristige Bindungsfristen.

An die Stelle staatlicher Vorgaben müssen Verhandlungslösungen treten, weil die im Gesundheitswesen Tätigen über wesentlich fundiertere Informationen der örtlichen Notwendigkeiten verfügen als der Gesetzgeber. Staatliche Planwirtschaft führt zu Missmanagement und Fehlleitung knapper Ressourcen.

Auch auf Seiten der Leistungsanbieter ist Wettbewerb erforderlich, um eine effiziente Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu erreichen. Dabei muss der freie Zugang zur Berufsausübung stets erhalten bleiben. Budgetierung und Bedarfsplanung hemmen die Entwicklung und passen nicht in ein zusammenwachsendes Europa.

3. Wettbewerb braucht Information und Transparenz – Kostenerstattung statt Sachleistung

Das Bedürfnis der Bürger über das, was mit ihnen im Krankheitsfall geschieht, mitzubestimmen, wächst. Dafür brauchen sie Informationen, um rationale Entscheidungen treffen zu können.

Versicherte und Patienten haben ein Anrecht darauf, sich umfassend und neutral informieren zu können. Das Werbeverbot muss so weit gelockert werden, dass Ärzte und Zahnärzte über ihre Qualifikationen informieren können. Krankenhäuser sollten z. B. ausweisen, welche Operationen in welcher Anzahl sie pro Jahr erbringen und an welchen Qualitätssicherungsmaßnahmen sie teilnehmen, damit einweisender Arzt und Patient Anhaltspunkte für die Qualität der Versorgung gewinnen können.

Patient und Arzt müssen wissen, wie teuer eine Behandlung ist und zwar im Vorhinein und nicht erst Monate später. Das Sachleistungsprinzip hält den Patienten künstlich uninformatiert. Wie soll sich ein Patient kostenbewusst verhalten, wenn er nicht einmal den Preis für seine Behandlung kennt? Reine Korrekturen an dem bevormundenden Sachleistungsprinzip, wie z. B. eine Rechnungslegung im Nachhinein helfen nicht weiter. Sie sind zu unpraktikabel und verwaltungsaufwendig. Statt dessen muss grundsätzlich die Kostenerstattung die Sachleistung ersetzen.

4. Leistungsgerechte Vergütungen anstelle rationierender Ausgaben-deckelungen

Die bevormundende leistungsfeindliche Ausgabendeckelung, egal ob Global- oder Sektoralbudget muss abgeschafft werden, denn sie führt zu Rationierung in Arztpraxen, Apotheken und Krankenhäusern gegen die sich der Einzelne kaum wehren kann. Warteschlangen, wie in den skandinavischen Ländern und Altersgrenzen, wie in England dürfen in Deutschland nicht Realität werden. Die Budgetierung muss durch leistungsgerechte Vergütungen und Anreize zu wirtschaftlichem Handeln auf allen Seiten ersetzt werden.

Jede Korrektur am heutigen Budgetierungssystem – so notwendig sie im Einzelnen auch sein mag, wie z. B. die Berechnung der Kopfpauschalen gemäss Wohnortprinzip – führt zu noch mehr Bürokratie, die niemand mehr durchblickt. Dieses System muss deshalb abgeschafft werden. Für die Ärzte und Zahnärzte bedeutet das feste Preise für die von ihnen zu erbringenden Leistungen, damit sie Planungssicherheit gewinnen. Besonders wichtig ist das für die Ärzte und Zahnärzte in den neuen Bundesländern.

Bei den Arzneimitteln und Heilmitteln müssen Richtgrößen mit Empfehlungsscharakter, die die medizinischen Notwendigkeiten widerspiegeln, die Budgets ersetzen. Auch diese Maßnahme ist von großer Bedeutung für die neuen Bundesländer, um der ungünstigeren Morbiditätsstruktur Rechnung tragen zu können.

Für die Krankenhäuser ist sorgfältig ein Preissystem auf der Grundlage von Fallpauschalen zu entwickeln. Das bedeutet, dass für eine Budgetierung kein Raum mehr ist, dass die Finanzierung aus einer Hand erfolgen muss und dass sich die Planung der Länder auf eine Rahmenplanung zu beschränken hat.

Flankiert werden müssen die Umstellungen der Vergütungssysteme durch Maßnahmen der Qualitätssicherung, um Über- und Unterversorgungen zu verhindern. Praxisorientierte Leitlinien als Richtschnur für medizinisches Handeln sind deshalb notwendig. Um die Therapiefreiheit nicht in Gefahr zu bringen, müssen sie Empfehlungsscharakter haben. Sie sollen Handlungsorientierung geben, nicht aber den Pfad zur Einheitsmedizin legen.

5. Boni und Selbstbeteiligungen als Anreize für wirtschaftliches Verhalten

Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird von den Versicherten mitbestimmt. Sie können durch ein gesundheitsbewusstes Leben dazu beitragen, Krankheiten zu vermeiden. Informationen darüber, wo Risiken liegen und wie ihnen begegnet werden kann sowie Angebote zur Gesundheits-erhaltung müssen deshalb frühzeitig in Kindergärten und Schulen erfolgen. Bonussysteme, wie beim Zahnersatz, tragen dazu bei, die Motivation zu unterstützen.

Versicherungssysteme, bei denen mit der Prämienzahlung alle Ansprüche abgedeckt sind, tragen dazu bei, dass Leistungen verstärkt in Anspruch genommen werden, weil die Auswirkungen des individuellen Verhaltens sich in den Beiträgen nur indirekt und unmerklich niederschlagen. Eine Selbstbeteiligung, die neben dem – entsprechend niedrigeren Beitrag – zu zahlen ist, ist deshalb sinnvoll und schützt die Gemeinschaft vor Überforderung. In Kombination mit der Kostenerstattung bietet sich ein Selbstbehalt an, der ergänzt wird durch prozentuale Selbstbeteiligungsregelungen. Regelungen für einkommensschwache Versicherte müssen dafür sorgen, dass niemand von medizinisch notwendigen Gesundheitsleistungen ausgeschlossen wird.

6. Arbeitgeberbeitrag als Lohnbestandteil – Grundlage für Transparenz und individuelle Gestaltungsspielräume

Die Übernahme des Arbeitgeberanteils als echten Bestandteil des Lohnes, die einkommenssteuerneutral erfolgen muss, macht dem Einzelnen deutlich, was sein Krankenversicherungsschutz tatsächlich kostet. Das erhöht den Anreiz, stärker auf das Preis-Leistungsverhältnis der Krankenkassen zu achten und verschärft damit den Wettbewerb um versichertengerechte Lösungen.

Die Abkopplung der Krankenversicherungsbeiträge von den Lohnzusatzkosten erleichtert die Schaffung von individuellen Spielräumen zur Gestaltung der Tarife.

Ferner wird der Automatismus zwischen steigenden Gesundheitsausgaben und steigenden Lohnkosten durchbrochen und damit die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft im Zuge der Globalisierung gestärkt.

7. Begrenzung der Zwangsbeiträge auf Kernleistungen – Wahlmöglichkeiten und Gestaltungsspielräume für individuelles Handeln eröffnen

Das heutige System widerspricht dem Wunsch vieler Menschen, ihre Belange möglichst umfassend in eigener Verantwortung zu regeln. Die Tarifgestaltung in der GKV muss deshalb flexibler werden. Versicherte müssen im Rahmen des Solidaritätsprinzips die Möglichkeit haben, Tarife mit unterschiedlichen Optionen abzuschließen. Wettbewerbsparameter sollen nicht allein Beitragssatz und Service sein. Auch die Struktur des Versorgungsangebotes in Form von Disease Managementprojekten oder Hausarztmodellen oder Integrationsmodellen soll über die Wahl der Krankenkasse mitbestimmen.

Um Spielräume für einen individuelleren Versicherungsschutz zu schaffen, wird zudem der Leistungskatalog der überwiegend über Zwangsabgaben finanzierten gesetzlichen Krankenversicherung auf das medizinisch Notwendige begrenzt.

Leistungen, die vom Einzelnen durch Wahrnehmung der Verantwortung für die eigene Gesundheit vermieden werden können, gehören nicht in den Kernkatalog der GKV. Um den Menschen zu ermöglichen, diese Verantwortung wahrzunehmen, brauchen sie Unterstützung durch geeignete, evaluierte Präventionsangebote. Genauso wichtig sind Früherkennungsuntersuchungen, die hohen qualitativen Ansprüchen genügen. Selbstverständlich besteht die Möglichkeit, nicht im Kernkatalog enthaltene Leistungen privat abzuschließen.

Zusammen mit einer Reduzierung des Mehrwertsteuersatzes für Arzneimittel sowie der Rückgängigmachung der erheblichen Finanztransfers in andere Sozialversicherungszweige, die die rot-grüne Regierungskoalition in den letzten zwei Jahren vorgenommen hat, wird der Beitragssatz für alle Beitragszahler deutlich reduziert. Ergänzt durch eine mutige Steuerreform, wie die F.D.P. sie mit ihrem Stufenmodell vorschlägt, verbleibt den Bürgern erheblich mehr Geld in ihrer Tasche, das sie nach eigenem Belieben verwenden können.

8. Chancen in Europa nutzen

Die grenzüberschreitende Mobilität der Erwerbstätigen nimmt in Folge des Binnenmarktes immer weiter zu und damit auch die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Waren und Dienstleistungen im Gesundheitswesen lassen sich nicht abschotten. Dafür wird schon die europäische Rechtsprechung sorgen. Das bundesdeutsche Gesundheitssystem muss deshalb so umgestaltet werden, dass die Chancen im europäischen Raum genutzt werden können.

Die Grenzen der Leistungsanspruchnahmen dürfen nicht an den nationalen Grenzen enden. Es müssen die Voraussetzungen für einen europaweiten Wettbewerb für Leistungen im Gesundheitswesen geschaffen werden.

9. Chancen moderner Informationstechnologie im Gesundheitswesen nutzen

Der Einsatz moderner Informationstechnologie im Gesundheitswesen kann zu einer deutlich gesteigerten Qualität der Patientenversorgung, zu Effizienzsteigerungen und Kostensenkungen führen. Die Strukturen des Gesundheitswesens, die gegenüber den Möglichkeiten der modernen Telemedizin innovationshemmend sind, müssen neuen Versorgungskonzepten angepasst werden. Die moderne Telemedizin wird die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen beträchtlich ausweiten. Diese Entwicklung darf nicht durch nationale Grenzziehungen behindert werden.

Berlin, den 20. Juni 2001

Dr. Dieter Thomae
Detlef Parr
Dr. Irmgard Schwaetzer
Ina Albowitz
Hildebrecht Braun (Augsburg)
Ernst Burgbacher
Klaus Haupt
Ulrich Heinrich
Walter Hirche
Ulrich Irmer
Dr. Heinrich L. Kolb
Gudrun Kopp
Ina Lenke
Sabine Leutheusser-Schnarrenberger
Dirk Niebel
Günther Friedrich Nolting
Hans-Joachim Otto (Frankfurt)
Cornelia Pieper
Dr. Edzard Schmidt-Jortzig
Carl-Ludwig Thiele
Dr. Guido Westerwelle
Dr. Wolfgang Gerhardt und Fraktion

Begründung

Das deutsche Gesundheitswesen ist in den letzten Jahren zunehmend in die Mühlen der Bürokratie und der Reglementierung geraten. Ein Kostendämpfungsgesetz nach dem anderen hat die Spielräume für effizientes Handeln durch starre gesetzliche Vorgaben stark eingeschränkt. Die Reform der Koalition aus CDU/CSU und F.D.P. aus der letzten Legislaturperiode, die eine Umsteuerung in Richtung Wettbewerb, Wahlfreiheiten, Eigenverantwortlichkeit und Transparenz vorsah, ist von der Koalition aus SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bedauerlicherweise umgehend nach der Wahl zurückgenommen worden, mit fatalen Konsequenzen für die Versorgung der Patienten, die unter der Rationierung zu leiden haben. Marktwirtschaftliche Kräfte, die zu echter Kostendämpfung führen, sind hingegen nicht zum Zuge gekommen. Dirigismus aber führt zwangsläufig zu mehr Bürokratie und weiteren Kostensteigerungen.

Um die Chancen des Gesundheitssektors als Wachstumsmarkt zu nutzen und den Menschen Gestaltungsspielräume zu geben, ist ein grundlegendes Umden-

ken erforderlich. Ein Teil der höheren Ausgaben im Gesundheitswesen ist nichts anderes als der Ausdruck einer höheren Präferenz der Bürger für Gesundheitsleistungen und damit einer steigenden Nachfrage. In anderen Wirtschaftsbereichen ist gerade dies ausdrücklich erwünscht. Im Gesundheitswesen hingegen wird immer wieder der Versuch unternommen, diese Entwicklung durch Festschreibung des Betrages zu unterbinden, der maximal für die Versorgung im Rahmen der GKV ausgegeben werden darf, mit entsprechenden Konsequenzen der Rationierung bei der Leistungsgewährung. Diese Entmündigung wird mit der Anbindung an die Lohnkosten gerechtfertigt, die wegen der Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft in einer globalisierten Weltwirtschaft tatsächlich nicht weiter steigen dürfen. Die Antwort muss jedoch anders lauten: Abkoppelung der Gesundheitsausgaben von den Lohnkosten durch Auszahlung oder Festschreibung des Arbeitgeberbeitrages und nicht staatsgesteuerte Ausgabenbegrenzung ohne Rücksicht auf die Bedürfnisse der Versicherten. Die Versicherten- und Patientenautonomie muss Vorrang haben vor einer auch noch so gut gemeinten Bevormundung durch den Staat. Dabei müssen Marktmechanismen als Instrumente zur Erreichung einer möglichst hohen Effizienz genutzt werden. Das setzt Eigenverantwortung und Wahlfreiheit, Information und Transparenz, echte Preissysteme und Anreize zu sparsamem Verhalten voraus.

