

Antrag

der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detlef Parr, Dr. Heinrich L. Kolb, Daniel Bahr (Münster), Rainer Brüderle, Angelika Brunkhorst, Ernst Burgbacher, Ulrike Flach, Otto Fricke, Rainer Funke, Hans-Michael Goldmann, Dr. Christel Happach-Kasan, Christoph Hartmann (Homburg), Klaus Haupt, Birgit Homburger, Dr. Werner Hoyer, Gudrun Kopp, Jürgen Koppelin, Harald Leibrecht, Ina Lenke, Dirk Niebel, Günther Friedrich Nolting, Hans-Joachim Otto (Frankfurt), Eberhard Otto (Godern), Gisela Piltz, Marita Sehn, Dr. Max Stadler, Carl-Ludwig Thiele, Jürgen Türk, Dr. Claudia Winterstein, Dr. Wolfgang Gerhardt und der Fraktion der FDP

Zukunft gestalten statt Krankheit verwalten

Der Bundestag wolle beschließen:

Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Angesichts der äußerst schwierigen finanziellen Lage der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit einem Defizit im letzten Jahr in Höhe von 3,4 Mrd. Euro und einem neuerlichen Defizit im ersten Halbjahr des Jahres 2003 in Höhe von 1,8 Mrd. Euro, einer hohen Verschuldungsrate, aufgebrauchten Rücklagen und ausstehenden Zahlungsverpflichtungen gegenüber Krankenhäusern sowie weiteren Herausforderungen durch demografische Entwicklung, medizinischen Fortschritt und sinkende Lohnquote besteht die dringende Notwendigkeit, grundlegende strukturelle Veränderungen anzugehen, um

- Generationengerechtigkeit herzustellen,
- die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft zu stärken und damit über die Schaffung neuer Arbeitsplätze auch die Einnahmehasis der GKV zu verbessern,
- den Versicherten und Patienten angesichts knapper Ressourcen größtmögliche Entscheidungsspielräume bei der Wahl ihrer Versicherungsform, der Wahl ihres Arztes und gemeinsam mit diesem der Wahl der Therapie zu geben,
- die Freiberuflichkeit als tragende und kostengünstige Säule des Gesundheitssystems zu bewahren und
- durch eine Stärkung des Wettbewerbs den Abbau bürokratischer Reglementierungen und die Erhöhung der Transparenz größere Effizienz zu schaffen.

Das bedeutet, dass an einer sofortigen Stärkung kapitalgedeckter Versicherungsformen kein Weg vorbei führt, wenn man die Chance bewahren will, die demografische Entwicklung erträglich abzufedern. Das bedeutet zudem eine massive Entschlackung von bürokratischen Vorschriften. Dazu gehört auch eine einfache und verständliche Honorierung ärztlicher und zahnärztlicher Leistungen ohne Budgetierung auf Kostenerstattungsbasis. Die Förderung des

Wettbewerbs ist nicht gleichbedeutend damit, dass die Macht der Krankenkassen steigt, sondern die Entscheidungsmacht der Versicherten und Patienten. Sie sind diejenigen, die entscheiden müssen, wie und wo sie ihren Versicherungsschutz absichern und zu welchem Arzt sie gehen. Die Bildung neuer monopolartiger Anbieterstrukturen in der Gesundheitsversorgung, die die Freiberuflichkeit und Pluralität gefährden, muss verhindert werden. Gleichzeitig ist eine Entlastung der Lohnzusatzkosten durch eine Festschreibung des Arbeitgeberanteils und die Ausgliederung von Leistungskomplexen notwendig. Wie bei allen Reformen, die auf mehr persönliche Verantwortung abzielen, setzt das Steuersenkungen voraus, damit den Menschen mehr Geld zur eigenen Verfügung bleibt, um privat vorsorgen zu können.

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wird der zahllosen Anzahl von Reparaturgesetzen, die zu einer unglaublichen Regelungsdichte geführt haben, ein weiteres hinzugefügt. Die wirklich wichtigen Maßnahmen werden nicht angegangen. Damit hat der Versuch einer großen Koalition zur Lösung der elementaren Probleme des umlagefinanzierten Krankenversicherungssystems versagt.

Statt bürokratische Regelungen abzubauen und Wettbewerb im Sinne von mehr Entscheidungsfreiheit für den Einzelnen zuzulassen, wird der bürokratische Aufwand deutlich zunehmen. Das resultiert aus dem fehlenden Mut, das System konsequent so umzugestalten, dass der Einfluss des Staates auf Rahmenbedingungen beschränkt und nicht bis ins Kleinste geregelt wird, wie sich die Marktteilnehmer zu verhalten haben. Ob Korruptionsstellen erforderlich sind, wissen Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen am besten. Das muss man ihnen nicht vorschreiben. Ein guter Arzt ist für den Patienten bedeutend mehr Wert als ein Bundespatientenbeauftragter. Ein Versicherter muss vor Entscheidungen die Möglichkeit haben, sich sachkundig zu machen. Daraus die Pflicht seiner Krankenkasse abzuleiten, ihm die Konsequenzen seines Tuns zwangsweise und interessengebunden vor Augen zu führen, wie das bei der Wahl der Kostenerstattung der Fall ist, ist ein Schlag ins Gesicht autonomer Individuen.

Der Gesetzentwurf ist durch und durch geprägt von einem tiefen Misstrauen gegenüber der Arbeit und den Leistungen der deutschen Ärzteschaft sowie der anderen Gesundheitsberufe. Das kommt in der Ausweitung und Verschärfung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen, umfangreichen Verordnungskontrollen, Regressandrohungen und Fortbildungskontrollen ebenso zum Ausdruck, wie in den Zwangsfusionen der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, der gesetzlichen Vorgabe hauptamtlicher Vorstände sowie des Mitbestimmungsrechts der Krankenkassen bei der originären Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung, das pauschal erhaltene Geld auf die einzelnen Ärzte zu verteilen.

Ärzte haben Anspruch darauf, vor Erbringung der Leistung zu wissen, was sie dafür erhalten. Dieser Anspruch ist auf das Jahr 2007 verschoben. Zudem ist das nun vorgesehene Vergütungssystem noch undurchschaubarer als das heutige und wird mit einer deutlichen Zunahme von Bürokratie verbunden sein. Ärzte, die mehr leisten oder die von mehr Patienten aufgesucht werden, sind in diesem System zudem nicht vorgesehen. Mit Leistungsgerechtigkeit hat das nicht viel zu tun. Das gilt in besonderem Maße auch für die Kieferorthopäden, bei denen ab dem Jahr 2004 die Leistungsmenge sinkt, die sie ohne Abschläge erbringen dürfen, weil ihnen Zahnersatzleistungen hiervon abgezogen werden, obwohl sie diese gar nicht erbringen. Zudem gilt: was für die Ärzte ab dem Jahr 2007 vielleicht noch vorteilhaft ist, könnte sich für die Zahnärzte, die ein anderes Vergütungssystem haben, ins Gegenteil verkehren.

Mit Leistungsgerechtigkeit hat auch das Vorhaben, die niedergelassenen Ärzte im Westen für die – im Übrigen unzureichende – Anpassung der Vergütungen im Osten aus dem ohnehin nicht ausreichenden Topf bezahlen zu lassen, nichts

zu tun. Auch dass Ärzten und Krankenhäusern drei Jahre lang eine pauschale Budgetkürzung in Höhe von einem Prozent zugemutet wird, das die Krankenkassen nach Gutdünken in die integrierte Versorgung investieren können, ist in dieser Pauschalierung nicht gerechtfertigt.

Im pharmazeutischen Bereich wird zwar auf die Positivliste verzichtet. Über den Weg der Richtlinienvorgaben des Bundesausschusses auf der Grundlage der Nutzenbewertung des neu geschaffenen Instituts wird jedoch de facto die vierte Hürde der Arzneimittelzulassung wieder zugelassen. Flankiert wird das durch Festbetragsfestsetzungen für patentgeschützte Arzneimittel, die sich eben nicht nur, wie in den Eckpunkten gewollt, auf die Arzneimittel beschränken, die keinen oder einen geringen Zusatznutzen aufzuweisen haben. Das wird Auswirkungen auf die Arzneimittelforschung haben. Besonders „marktwirtschaftlich“ ist die Zwangsabsenkung der Arzneimittelpreise um 16 Prozent, von der nicht nur festbetragsfähige Arzneimittel erfasst sind, sondern auch solche, für die im Endeffekt – aus welchen Gründen auch immer – keine Festbeträge gebildet werden können.

In der Arzneimittelversorgung, die zurzeit geprägt ist von einem hohen Sicherheitsstandard und einer jederzeitigen Verfügbarkeit für den Patienten, wird sich Einiges ändern. Es ist nicht gelungen, den Grundsatz der gleichen Bedingungen für niedergelassene und Versandapotheken, der in den Eckpunkten verankert war, konsequent umzusetzen. Ausländische Versandapotheken werden nicht daran gehindert werden können, ihre Arbeit unter den für sie jeweils gültigen nationalen Regelungen zu erbringen, die nicht immer deutschen Sicherheitsstandards entsprechen. Von der Einbindung in die Nacht-, Sonntags- und Feiertagsversorgung ganz zu schweigen. Beim Mehrbesitz wird sich zeigen, ob die aus Qualitätsgründen unverzichtbare Begrenzung der Zweigstellen auch vor Gerichten Bestand haben wird. Zu befürchten ist, dass hier ein Einfallstor für die Entstehung von kapitalkräftigen Apothekenketten gegeben ist, die die Gefahr beinhalten, dass es den die umfangreiche flächendeckende pharmakotherapeutische Betreuung der Patienten sicherstellenden freiberuflichen Apotheker nicht mehr geben wird.

Im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung zeigt sich besonders deutlich, dass ein falscher Weg eingeschlagen wird. Weder wird damit der in den Eckpunkten geforderte faire Wettbewerb zwischen GKV und PKV beim Zahnersatz geschaffen, noch bringt dies Verbesserungen für die Versicherten mit sich. Eine klare Ausgliederung des Zahnersatzes aus dem gesetzlichen Leistungskatalog, verbunden mit der Möglichkeit einer privaten Absicherung, ist der einzig vernünftige Weg, zumal die private Krankenversicherung zugesichert hatte, Angebote auf der Grundlage befundorientierter Festzuschüsse mit Bonusregelungen anzubieten. Untragbar ist auch der Sachverhalt, dass eine Quersubventionierung aus dem GKV-Bereich in den Bereich Zahnersatz vorprogrammiert ist, da am Ende des Jahres aufgrund von Fehlkalkulationen entstehende Defizite im Zahnersatzbereich durch Gelder aus der GKV ausgeglichen werden müssen.

Der mangelnde Mut zur Ausgrenzung ganzer Leistungskomplexe macht sich auch im Bereich des Krankengeldes bemerkbar. Trotz der Vorgabe des Bundeskanzlers in seiner Rede am 14. März 2003 erfolgt keine Privatisierung des Krankengeldes, die gut und ohne Probleme organisierbar wäre. Stattdessen zahlen Versicherte zukünftig einen Sonderbeitrag, der keiner bestimmten Leistung zugeordnet wird, weil das verfassungsrechtliche Probleme mit sich bringen würde. Damit ist ein Einfallstor für allein die Versicherten betreffende Beitragserhöhungen ohne Diskussion der dahinter stehenden Strukturen weit geöffnet.

Richtig verstandener Wettbewerb setzt bei den Versicherten und Patienten an und gibt ihnen weitgehende Entscheidungsmöglichkeiten. Bei dem neu geschaffenen Bundesausschuss besteht jedoch die Gefahr, dass er zum Nadelöhr

für Innovationen, Vielfalt und Wettbewerb wird und sich zu einer Art großer Gesundheitsbehörde entwickelt, zumal nahezu alles, was der Ausschuss entscheidet, unter staatlichem Genehmigungsvorbehalt steht. Wettbewerb bedeutet nicht, dass nicht dem Kartellrecht unterliegende Körperschaften ihre marktbeherrschende Stellung gegenüber einzelnen Anbietern von Gesundheitsleistungen ausspielen können. Einzelverträge mit Ärzten, Zahnärzten, Apothekern oder Heilmittelerbringern sind deshalb kein Ausdruck von Wettbewerb, sondern der Versuch, die Macht der Krankenkassen und nicht etwa die Macht der Versicherten und Patienten zu stärken.

Nicht einmal das eigen gesetzte Ziel, den Beitragssatz auf unter 13 Prozent zu drücken und gleichzeitig die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern, ist mit dem vorgelegten Maßnahmenpaket erreichbar. Bei der Prognose der finanziellen Entlastung der GKV wird Schönrechnerei betrieben. So wird es durch die Ausgliederung der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der GKV nicht nur zu einer kontraproduktiven Verengung des Therapiespektrums, gerade auch im naturheilkundlichen Bereich kommen. Aufgrund einer Substitution nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel, die im Regelfall teurer sind, wird der erwartete Einspareffekt in Höhe von einer Mrd. Euro nicht ansatzweise zu realisieren sein und sich eventuell ins Gegenteil verkehren. Die Entlastung der GKV für die Erbringung versicherungsfremder Leistungen ist zudem nur zu einem Teil gesichert. Die zur Gegenfinanzierung durch den Bundeshaushalt geplante Erhöhung der Tabaksteuer deckt mittelfristig nicht einmal die Hälfte der notwendigen 4,5 Mrd. Euro ab.

Zusätzliche finanzielle Lasten für die GKV z. B. durch die Einführung der elektronischen Krankenversichertenkarte sowie die Übernahme der Behandlungskosten in Pflegeheimen sind nicht einkalkuliert worden. Die Annahmen über die Entlastung der Beiträge aufgrund erhöhter Zuzahlungen stimmen nicht mehr, weil – wenn auch aus guten und nachvollziehbaren Gründen – unter anderem bei der häuslichen Krankenpflege und den Heilmitteln nachgebessert worden ist. Ob die angenommenen Struktureffekte zu Einsparungen führen werden, ist alles andere als gesichert.

Insofern ist es nicht verwunderlich, dass noch vor Verabschiedung des GKV-Modernisierungsgesetzes die Diskussion über eine Bürgerversicherung entbrannt ist, die jedoch ebenfalls nicht geeignet ist, die Probleme zu lösen, indem sie auch die 10 Prozent der Bevölkerung noch in die GKV presst, die heute schon über Altersrückstellungen Vorsorge für steigende Beiträge im Alter treffen. Umverteilung gehört zudem nicht in die beitragsfinanzierten Sozialversicherungssysteme, sondern in das am Leistungsfähigkeitsprinzip ausgerichtete Steuer- und Transfersystem, wo die einzelnen Maßnahmen untereinander abgestimmt werden können. Zudem muss berücksichtigt werden, dass diejenigen, die zusätzlich in die GKV gezwungen werden sollen, nicht nur Beiträge zahlen, sondern auch Ansprüche hieraus entwickeln. Ein solcher Versuch, den Bürgern jegliche Freiheiten für die Gestaltung ihres Versicherungsschutzes zu nehmen, ist zudem verfassungsrechtlich nicht unproblematisch.

Im Hinblick auf die Qualität setzt man unverantwortlicher Weise darauf, dass staatliche Vorgaben die Grundweisheit außer Kraft setzen könnten, dass Leistungsversprechen und Finanzierungsvolumen einander entsprechen müssen.

Die zu begrüßenden Maßnahmen des Gesetzentwurfs, die im Sinne einer größeren Entscheidungsfreiheit und Mitbestimmungsmöglichkeit der Versicherten und Patienten getroffen worden sind, wie z. B. die Möglichkeit für alle Versicherten die Kostenerstattung zu wählen, die in Richtung Eigenverantwortung und Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten zielen, wie z. B. die Boni und die vom Grundsatz her prozentuale Ausgestaltung der Zuzahlungen reichen nicht aus, die anstehenden Probleme zu bewältigen. Es bedarf vielmehr eines gewaltigen Kraftaktes, um die Zukunftsfähigkeit unseres Gesundheitswesens

wiederherzustellen. Wir brauchen eine Rückbesinnung darauf, was soziale Sicherungssysteme leisten können und sollen.

Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung deshalb auf,

eine Steuerreform auf den Weg zu bringen mit deutlich abgesenkten Steuersätzen von 15 Prozent, 25 Prozent und 35 Prozent, um finanzielle Spielräume für die Bürger zu schaffen sowie eine Gesundheitsreform auf den Weg zu bringen, die trotz der steigenden Zahl älterer Menschen und steigender Kosten durch den medizinischen Fortschritt auch in den nächsten Jahren insbesondere in der Zeit ab dem Jahre 2020 für alle Teile der Bevölkerung einen bezahlbaren Versicherungsschutz für die notwendige medizinische Versorgung im Krankheitsfall sichert und damit dem Grundsatz der Nachhaltigkeit im Sinne von Generationengerechtigkeit beherzigt. Das setzt im Einzelnen folgende Schritte voraus:

1. dafür zu sorgen, dass der gesetzlichen Krankenversicherung durch gesetzgeberische Maßnahmen zu Gunsten anderer sozialer Sicherungssysteme oder des Bundeshaushaltes kein Geld mehr entzogen wird;
2. den Pflichtleistungskatalog der GKV auf einen Kernbereich zu konzentrieren. Die zahnmedizinische Behandlung, private Unfälle und das Krankengeld müssen zukünftig privat abgesichert werden. Bei weiteren vom Gesetzgeber vorgegebenden Leistungskomplexen, wie z. B. Kuren und Fahrkosten, ist es den gesetzlichen Krankenkassen freizustellen, ob sie diese anbieten oder ausgliedern wollen und eventuell in Kooperation mit der PKV anbieten;
3. den Arbeitgeberanteil auf maximal 6,5 Prozent zu begrenzen und vorzusehen, dass er steuerneutral als Lohnbestandteil ausgezahlt wird, damit die Unternehmen die für die Schaffung neuer Arbeitsplätze so wichtige Planungssicherheit erhalten;
4. neue Leistungsansprüche im Pflichtversicherungsteil nur noch dann zuzulassen, wenn im Zuge der Gegenfinanzierung andere Leistungsansprüche zurückgefahren werden;
5. die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel auf den ermäßigten Satz abzusenken;
6. versicherungsfremde Leistungen nicht durch unspezifizierte Zuschüsse, sondern im Rahmen eines Leistungsgesetzes aus dem Bundeshaushalt zu finanzieren;
7. das Sozialgesetzbuch V im Hinblick auf den Abbau bürokratischer Überregulierung auf den Prüfstand zu stellen und insbesondere durch einen Abbau von Kontrollen und durch den Übergang zu einem transparenten Kostenerstattungssystem zu entschlacken;
8. die Strukturen so zu straffen, dass Gesundheitsleistungen möglichst effizient erbracht werden. Einheitliche und gemeinsame Verhandlungen der Krankenkassen müssen der Vergangenheit angehören;
9. mehr Transparenz für Versicherte zu schaffen und das Sachleistungsprinzip durch das Kostenerstattungsprinzip zu ersetzen und damit gleichzeitig auch einen Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern einzuleiten;
10. die Budgets umgehend abzuschaffen und durch einfache, leistungsgerechte Vergütungssysteme mit festen Preisen zu ersetzen;
11. den Grundsatz der Nachhaltigkeit ernst zu nehmen und Vorsorge für die Folgen der Überalterung der Bevölkerung zu treffen. Das heißt: eine umgehende Umschichtung zu kapitalgedeckten Finanzierungselementen vorzunehmen durch die Herausnahme von Leistungskomplexen aus der Umlagefinanzierung und die Herabsetzung der Versicherungspflichtgrenze;

12. ein eindeutiges Votum gegen eine Einbeziehung aller Bürger in die GKV abzugeben, weil das ein gefährlicher Irrweg ist, der die bestehenden Probleme nicht behebt, sondern sie verschärft. Ein schlechtes System wird nicht dadurch besser, dass alle hineingezwungen werden;
13. die Verfeinerung des Risikostrukturausgleichs in Richtung Morbiditätsorientierung aufzugeben und stattdessen das Volumen des heutigen RSA kontinuierlich zurückzufahren;
14. die Freiberuflichkeit als ein wesentliches Element unseres Gesundheitswesens anzuerkennen und Versuche zu unterlassen, diese Form der kostengünstigen patientenfreundlichen Versorgung durch die Bevorzugung institutioneller Lösungen zu untergraben.

Berlin, den 8. September 2003

Dr. Dieter Thomae
Detlef Parr
Dr. Heinrich L. Kolb
Daniel Bahr (Münster)
Rainer Brüderle
Angelika Brunkhorst
Ernst Burgbacher
Ulrike Flach
Otto Fricke
Rainer Funke
Hans-Michael Goldmann
Dr. Christel Happach-Kasan
Christoph Hartmann (Homburg)
Klaus Haupt
Birgit Homburger
Dr. Werner Hoyer
Gudrun Kopp
Jürgen Koppelin
Harald Leibrecht
Ina Lenke
Dirk Niebel
Günther Friedrich Nolting
Hans-Joachim Otto (Frankfurt)
Eberhard Otto (Godern)
Gisela Piltz
Marita Sehn
Dr. Max Stadler
Carl-Ludwig Thiele
Jürgen Türk
Dr. Claudia Winterstein
Dr. Wolfgang Gerhardt und Fraktion

