

Antrag

der Abgeordneten Annette Widmann-Mauz, Andreas Storm, Dr. Wolf Bauer, Monika Brüning, Verena Butalikakis, Dr. Hans Georg Faust, Michael Hennrich, Hubert Hüppe, Volker Kauder, Barbara Lanzinger, Maria Michalk, Matthias Sehling, Jens Spahn, Matthäus Strebl, Gerald Weiß (Groß-Gerau), Wolfgang Zöllner und der Fraktion der CDU/CSU

Für ein freiheitliches, humanes Gesundheitswesen – Gesundheitspolitik neu denken und gestalten

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

1. Rot-grüne Politik: Eine Bilanz des Scheiterns

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Deutschland steckt in einer tiefen Krise. Die Beitragssätze zur gesetzlichen Krankenversicherung sind unter der rot-grünen Bundesregierung von 13,6 % im Jahre 1998 auf 14,4 % gestiegen und haben damit den höchsten Stand seit Bestehen der Bundesrepublik Deutschland erreicht. Trotz höherer Beiträge hat die Verschuldung der Kassen gleichzeitig weiter zugenommen. Verantwortlich für diese Entwicklung ist die katastrophale Politik der amtierenden Bundesregierung, die falsche Akzente in der Steuer-, Arbeitsmarkt- und Wirtschaftspolitik gesetzt und damit für eine Verfestigung der anhaltend hohen Arbeitslosigkeit gesorgt hat.

Hinzu kommen gravierende Fehler in der Gesundheitspolitik. Die unionsgeführte Bundesregierung hatte 1997 eine Konsolidierung der finanziellen Grundlagen der GKV durch einen Richtungswechsel in der Gesundheitspolitik herbeigeführt und damit die Voraussetzungen für eine umfassende Reformdiskussion geschaffen. Nicht Bevormundung durch den Staat oder die Krankenkassen, sondern ein größeres Maß an Selbstbestimmung bei Erhalt einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung war das Ziel einer humanen, patientenorientierten Gesundheitspolitik. Dieses Ziel ist unmittelbar nach Übernahme der Regierungsverantwortung durch SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN aufgegeben worden. Stattdessen wurde beginnend mit

- dem „GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz“ und fortgesetzt mit
- der „GKV-Gesundheitsreform 2000“,
- dem „Arzneimittelbudget-Aufhebungsgesetz“,
- dem „Arzneimittel-Ausgabenbegrenzungsgesetz“,
- dem „Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs“,

- dem „Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser“ und zuletzt
- mit dem „Beitragssatzsicherungsgesetz“

unser freiheitliches Gesundheitswesen schrittweise in ein staatlich gelenktes bürokratisches Gesundheitssystem überführt. Vordergründig populäre Maßnahmen wie die Senkung von Zuzahlungen, die Rücknahme von Eigenverantwortung und die Ausweitung von nicht gegenfinanzierten Leistungen führten unweigerlich zu Mehrausgaben und Mindereinnahmen der Krankenkassen in Milliardenhöhe. Statt die Erosion der Einnahmehöhe wahrzunehmen, wurde einseitig auf der Ausgabenseite über Budgetierung eine Umverteilung der begrenzten Mittel betrieben. Die Vorenthaltung medizinischer Leistungen hat zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität geführt. In der Folgezeit wurde unter der Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung Ulla Schmidt das System durch komplizierte Regelungen verbürokratisiert. Beispiele dafür sind:

- die hastige Einführung von Disease-Management-Programmen und vor allem ihre Verknüpfung mit dem Finanzausgleich der Krankenkassen,
- die Verkomplizierung und Ausweitung des Risikostrukturausgleichs,
- die überstürzte Einführung eines Fallpauschalen-Systems in Krankenhäusern, das weltweit erstmalig alle Indikationen über Fallpauschalen abzubilden sucht und bei den Krankenhäusern einen hohen Sach- und Personalaufwand verursacht, und
- zahlreiche Regelungen im Arzneimittelsektor wie die nicht praktikable „Aut-idem-Regelung“, die Ausweitung der Reimport-Regelung, ungerechte Zwangsrabatte und die Positivliste.

Insgesamt ist festzustellen, dass die zahlreichen dirigistischen Eingriffe die Qualität der Versorgung beeinträchtigt, das Arzt-Patienten-Verhältnis belastet und dennoch keine Einspareffekte erzielt haben. In immer kürzeren Zeitabständen haben selbst ernannte Experten immer abstrusere Vorschläge offeriert, die von der amtierenden Bundesregierung bereitwillig aufgegriffen wurden. Die Folge ist eine ziel- und konzeptionslose Politik, die die Existenz der Gesundheitsberufe bedroht und damit letztlich eine qualitativ hochwertige flächendeckende medizinische Versorgung gefährdet. Durch Bevormundung und Gängelung hat die Bundesregierung Ärzte und Pflegekräfte demotiviert. Die Budgetierung der ärztlichen Honorare gefährdet wegen einer unzureichenden Honorierung zudem ärztliche Praxen und zeigt in den neuen Ländern schon erste Konsequenzen. Immer mehr Ärzte finden keinen Nachfolger für ihre Arztpraxis. Die flächendeckende ambulante Versorgung ist gefährdet. Auf allen Seiten macht sich Resignation breit und das Vertrauen in das System der gesetzlichen Krankenversicherung nimmt Schaden. Es wird allerhöchste Zeit, umzudenken und allen Beteiligten im Gesundheitswesen wieder mehr Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten einzuräumen sowie Planungssicherheit und verlässliche Perspektiven aufzuzeigen.

2. Große Herausforderungen zwingen zu nachhaltigen Reformen

Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen steigt permanent und wird auch in Zukunft weiter ansteigen. Dies hat seinen Grund in der wachsenden Wertschätzung der „Gesundheit“. Vor dem Hintergrund der Erfolge in Medizin und Medizintechnik eröffnen sich neue Möglichkeiten in Diagnostik und Therapie, die mit steigenden Erwartungen und Ansprüchen einhergehen. Ursächlich ist aber auch der demographische Wandel, der einen wachsenden Bedarf an medizinischen und pflegerischen Leistungen bei älteren Menschen verursacht.

Ferner verzeichnet die gesetzliche Krankenversicherung seit Beginn der achtziger Jahre eine Wachstumsschwäche ihrer Finanzierungsbasis. Die Arbeitsentgelte der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung wachsen gemessen am Bruttoinlandsprodukt je Erwerbstätigem nur unterdurchschnittlich, so der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2003. Neben der unterproportionalen Steigerung der Arbeitsentgelte macht der Sachverständigenrat aber auch

- eine steigende Arbeitslosenzahl,
- vorgezogene Verrentungen,
- veränderte Erwerbsbiographien,
- den Druck auf die Arbeitsentgelte infolge der Globalisierung,
- die Zunahme von nicht versicherungspflichtigen Teilen des Arbeitsentgeltes,
- eine weitere Flucht in die Schattenwirtschaft,
- eine längere Lebens- und Rentenbezugsdauer sowie
- politische Entscheidungen, die Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung zugunsten des Bundeshaushalts oder anderer sozialer Sicherungssysteme verschoben haben,

für die Wachstumsschwäche bei den GKV-Einnahmen verantwortlich.

Trotz noch vorhandener Rationalisierungsreserven wird man nach Meinung des Sachverständigenrates angesichts der zu erwartenden Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen bei Wahrung der Beitragssatzstabilität nicht um eine grundlegende Reform der gesetzlichen Krankenversicherung umhin kommen. Die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven und das Bemühen um Verbesserung von Effizienz sind eine ständige Aufgabe, entheben die Politik aber nicht der Pflicht zur Stabilisierung der Finanzgrundlagen der GKV.

Vereinzelte Eingriffe in das System, wie in der Vergangenheit, reichen nicht mehr aus. Insbesondere kann das Gesundheitswesen nicht einfach durch eine weitere Steigerung der paritätisch finanzierten Beitragssätze gesichert werden. Es liegt auf der Hand, dass ein solcher Anstieg der Krankenversicherungsbeiträge zu dramatischen Konsequenzen auf dem Arbeitsmarkt führen würde. Die Ausgaben der GKV werden heute im Wesentlichen aus lohnbezogenen Beiträgen finanziert. Steigende Beiträge führen daher zwangsläufig zu höheren Arbeitskosten und steigender Arbeitslosigkeit; diese wiederum schwächt die Einnahmeseite und erhöht so den Druck auf die Beiträge. Dieser Teufelskreis muss durchbrochen werden. Denn ohne eine grundlegende Reform der Finanzierung unserer sozialen Sicherungssysteme wäre für die nächsten Jahrzehnte eine anhaltend hohe Massenarbeitslosigkeit vorprogrammiert.

3. Prinzipien für die Gestaltung eines freiheitlichen und humanen Gesundheitswesens

Bei dem Bemühen um eine Reform des Gesundheitswesens muss der Patient wieder ins Zentrum der Betrachtungen rücken. Alle Versicherten haben unabhängig von Alter, Geschlecht, Einkommen und Familienstand Anspruch auf eine qualitativ hochwertige, wohnortnahe gesundheitliche Versorgung. Denn Krankheit kann jeden jederzeit treffen. Daher muss die gesetzliche Krankenversicherung die Teilhabe des Einzelnen am gesellschaftlichen Leben sichern und ihn vor Verarmung und Not durch die finanziellen Folgen einer Erkrankung schützen. Die Menschen müssen sich auch in Zukunft darauf verlassen dürfen, dass sie im Falle einer Erkrankung, insbesondere bei schwerer und/oder chronischer Krankheit durch die Solidargemeinschaft abgesichert sind.

Aber Solidarität braucht Verantwortung. Nur durch konsequentes eigenverantwortliches Handeln wird die Solidargemeinschaft vor Überforderung geschützt. Der Solidargedanke ist von allen Beteiligten im Laufe der Zeit überstrapaziert worden und zwar im jeweils eigenen Interesse ohne Rücksicht auf die eigene Verantwortlichkeit. Stichworte hierfür sind die überzogene Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, gestiegene Personal- und Verwaltungsausgaben der Krankenkassen sowie Betrugs- und Korruptionsfälle bei den Leistungserbringern. Was wir brauchen ist daher ein Bekenntnis zur Verantwortung. Denn Solidarität ist nicht ohne Verantwortung zu haben. Dieses Bekenntnis zur Verantwortung setzt voraus, dass sich alle Beteiligten ihrer Verantwortlichkeit bewusst werden.

In einem freiheitlichen Gesundheitssystem müssen Patienten und Versicherte eine aktivere Rolle übernehmen als in der Vergangenheit. Das bedingt nicht nur eine Bewusstseins- und Verhaltensänderung respektive Einsicht in den Wert „Gesundheit“ durch Patienten und Versicherte und eine dementsprechende Lebensführung, sondern auch Mitsprache und -wirkung bei der Behandlung sowie Mitbestimmung in den Selbstverwaltungsgremien der GKV. Beteiligungs-gerechtigkeit bedeutet aber auch, den Patienten und Versicherten die aktive und verantwortliche Teilhabe an der Sorge um ihre „Gesundheit“ einzuräumen und ihnen mehr Wahl- und Gestaltungsmöglichkeiten an die Hand zu geben. Darüber hinaus sind dem Patienten verständliche und aussagekräftige Informationen über seinen Gesundheitszustand und in Betracht kommende Therapien zugänglich zu machen. Gesundheitsförderung und Prävention kommen unter dem Aspekt der Eigenverantwortung und der Nachhaltigkeit, insbesondere mit Blick auf die Vermeidung altersbedingten Erkrankungen, besondere Bedeutung zu.

In einem humanen Gesundheitswesen müssen Kranke weiterhin davon ausgehen dürfen, von einem Arzt ihres Vertrauens entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen behandelt zu werden. Die freie Arztwahl ist daher ebenso unverzichtbar wie die ärztliche Therapiefreiheit. Mehr Wettbewerb und Verbesserung der Transparenz in leistungsfähigen durch Freiberuflichkeit und Selbständigkeit geprägten Strukturen gewährleisten am besten Qualität und Wirtschaftlichkeit in der medizinischen Versorgung. Ein einfaches und transparentes Gesundheitssystem fördert zudem seine Akzeptanz und beugt Missbräuchen vor.

Angesichts des demographischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts erfordert ein leistungsfähiges Gesundheitswesen nachhaltige und gerechte Finanzierungsgrundlagen.

4. Rot-grünes Reformprojekt: Irrweg in die Staatsmedizin

Der von den Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vorgelegte Entwurf eines „Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes“ genügt diesen Maßstäben nicht. Statt Freiheit und Verantwortlichkeit im System der gesetzlichen Krankenversicherung zu stärken und mehr Gestaltungsmöglichkeiten für alle Beteiligten zu schaffen, setzen die Bundesregierung und die sie tragenden Koalitionsfraktionen ihren Weg der Bevormundung, Bürokratisierung und Staatsmedizin fort.

- Durch finanziellen Druck in Gestalt verdoppelter Zuzahlungen und Praxisgebühren bei Facharztbesuchen werden Patienten, vor allem sozial Schwache und chronisch Kranke zur Teilnahme an Hausarztmodellen und Disease-Management-Programmen gezwungen und der direkte Zugang zum Facharzt massiv erschwert. Mit der Abkehr vom Prinzip der freien Arztwahl ist ein vertrauensvolles Miteinander zwischen Arzt und Patient unter diesen Umständen nicht möglich. Erfahrungen belegen zudem, dass mit dem Hausarztmodell weder Kosteneinsparungen zu erzielen sind noch eine Verbesserung der Qualität der Versorgung zu erreichen ist. Im Gegenteil, das in den Niederlanden praktizierte Primärversorgungsmodell durch Hausärzte in

Kombination mit der Öffnung der Krankenhäuser für die fachärztliche Versorgung hat dort zu langen Wartezeiten geführt, die im Einzelfall unzumutbar und ethisch nicht mehr vertretbar sind. Viele Patienten ziehen es deshalb vor, über die Grenze nach Deutschland zu gehen, weil sie hier einen Facharzt in kurzer Zeit aufsuchen können.

- Das vorgesehene „Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin“ atmet den Geist der Bevormundung und der Bürokratie und ist nicht geeignet, eine am Individuum ausgerichtete medizinische Versorgung herbeizuführen. Die medizinische Behandlung eines Kranken darf sich nicht nach einem standardisierten Schema vollziehen. Vielmehr muss der Arzt auf der Grundlage der allgemein anerkannten Regeln der ärztlichen Heilkunst unter Berücksichtigung des Standes der Medizinwissenschaften orientiert an den Umständen des Einzelfalls die Behandlung erbringen. Der kranke Mensch darf nicht zum Objekt einer industrialisierten Medizin degradiert werden. Diese Gefahr besteht aber, wenn künftig durch ein derartiges Institut Behandlungsstandards vorgegeben werden. Die bestehenden Organe der Selbstverwaltung sind vielmehr zu stärken und nicht durch eine neue Behörde zu ergänzen oder gar zu ersetzen.
- Die angekündigte Stärkung der Patienten und Versicherten bleibt leere Rhetorik. Statt deren Rechte in den Organen der Selbstverwaltung zu erweitern, werden sie über einen Patientenschutzbeauftragten auf Bittsteller-Niveau reduziert. Die unterschiedlichen Regelungen bei den Zuzahlungen erhöhen die Undurchsichtigkeit des gesamten Selbsteteiligungssystems und sorgen gerade bei älteren Menschen für Verwirrung.
- Die vorgeschlagenen Einkaufsmodelle zerschlagen bewährte medizinische Versorgungsstrukturen. Durch die Aufhebung des Mehrbesitzverbotes und die Zulassung des Versandhandels bei Apotheken sowie die Neuregelung der fachärztlichen Zulassung in Kombination mit der Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung und der Zulassung von Gesundheitszentren mit angestellten Ärzten werden mittelständisch geprägte, freiberufliche Existenzen gezielt zerstört. Der sich bereits abzeichnende Ärztemangel in den neuen Ländern wird sich unter diesen Bedingungen ungebremst fortsetzen. Die Einkaufsmodelle werden die Krankenkassen zudem in der Realität überfordern. Schon heute ist absehbar, dass die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen wegen Personalmehrbedarfs weiter ansteigen werden.
- Entgegen den Wahlaussagen von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN werden die Zuzahlungen bei Arzneimitteln und stationären Behandlungen sogar über den Stand von 1998 erhöht. Bei Sehhilfen, Fahrkosten und nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten können die Patienten sich nicht mehr auf die Unterstützung der Solidargemeinschaft verlassen, sondern müssen die kompletten Kosten selbst tragen. Bei bestimmten Indikationen hat dies inakzeptable Konsequenzen für die Versorgung mit notwendigen Arzneimitteln. Zu den nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln gehören z. B. auch Infusionslösungen zur ambulanten Krebsbehandlung. Gleichzeitig ist bei einem nur 50 %igen Substitutionseffekt nicht mit Einsparungen trotz hundertprozentiger Selbstbeteiligung der Patienten zu rechnen.
- Die vom Bundeskanzler in seiner Regierungserklärung vom 14. März 2003 anvisierte Senkung des allgemeinen durchschnittlichen Beitragssatzes auf unter 13 % ist mit dem vorgelegten Gesetzentwurf nicht zu erreichen. Es ist schon fraglich, ob es gelingen wird, auf dieser Grundlage eine weitere Verschuldung der Kassen und damit einen weiteren Anstieg der Beitragssätze zu vermeiden. Mit dem vorgelegten Gesetzentwurf ist keine grundsätzliche und dauerhaft wirksame Lösung der Finanzierungsproblematik zu erreichen. Die gemachten Finanzierungsvorschläge belasten einseitig die Patienten und sind sozial unausgewogen. Das Krankengeld verbleibt in der gesetzlichen

Krankenversicherung, obwohl der Bundeskanzler eine private Absicherung angekündigt hatte. Anders als der Öffentlichkeit vorgegaukelt wird, senkt diese Maßnahme die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung nicht, steigert jedoch durch die Verschiebung der Parität die Beitragsbelastung der Arbeitnehmer. Auch die angekündigte Umfinanzierung versicherungsfremder Leistungen mit einem Umfang von 4,5 Mrd. Euro wird mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht erreicht, da die Finanzierung über die Erhöhung der Tabaksteuer nicht gesichert ist.

5. Das Zukunftskonzept der Union: Für ein freiheitliches und humanes Gesundheitswesen

Die gesetzliche Krankenversicherung neu denken und gestalten bedeutet:

- Freiheit, Verantwortlichkeit und Humanität in der gesetzlichen Krankenversicherung zu stärken,
- das System zu vereinfachen,
- Bürokratie abzubauen,
- die Transparenz bei Qualität und Kosten zu erhöhen,
- Einfluss- und Mitwirkungsmöglichkeiten der Patienten und Versicherten zu verbessern sowie
- Ärzte und Pflegekräfte wieder in die Lage zu versetzen, eine am Patienten ausgerichtete medizinische Versorgung vorzunehmen.

Das Eigeninteresse der unmittelbar Beteiligten an Effizienz und Qualität der gesundheitlichen Versorgung muss gestärkt und ihre Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten müssen erweitert werden. Zugleich ist zu bekräftigen, dass der medizinische Fortschritt für die gesamte Bevölkerung zugänglich bleiben und der soziale Ausgleich zwischen jungen und alten, gesunden und kranken Menschen, zwischen Beziehern höherer und niedrigerer Einkommen sowie zwischen Alleinstehenden und Familien aufrechterhalten werden muss.

5.1 Prävention stärken – Krankheit verhindern

Im Mittelpunkt einer Reform der gesetzlichen Krankenversicherung muss der mündige und eigenverantwortliche Patient stehen. Die Menschen messen der Erhaltung und Verbesserung ihrer Gesundheit einen sehr hohen Stellenwert bei und sind bereit, viel für das Erreichen dieses Ziels zu tun. Sie sind auch bereit, Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen. Insgesamt ist unser Gesundheitswesen zu sehr auf die Behandlung von Krankheiten und zu wenig auf die Vermeidung von Krankheit ausgerichtet. Die Verbesserung und der Ausbau der Prävention und Gesundheitsförderung sind eine unerlässliche Voraussetzung, um die Zunahme der großen Volkskrankheiten zu reduzieren, die Lebensqualität und Gesundheit der Bevölkerung zu steigern und somit letztlich die Ausgaben im Gesundheitsbereich sinnvoller zu gestalten. Notwendig ist die Entwicklung und Umsetzung einer vernetzten Konzeption zur Prävention und Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Aus diesem Grund muss u. a. den gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt werden, die Bemühungen der Versicherten zur Erhaltung ihrer Gesundheit auch finanziell zu honorieren. Es sind daher Bonusregelungen für gesundheitsbewusstes und rationales Inanspruchnahmeverhalten der Patienten vorzusehen. Das Verhältnis der von der Krankenkasse erzielten Einsparung zu Gewährung der Boni muss in einem angemessenen Zeitraum überprüft werden, um eine Auszehrung der Finanzgrundlagen der Kassen zu verhindern.

5.2 Beteiligungs- und Gestaltungsrechte für Patienten und Versicherte ausbauen

In unserem Gesundheitswesen sind die Möglichkeiten der Mitwirkung und Einflussnahme von Patienten und Versicherten immer noch unterentwickelt. Die Fraktion der CDU/CSU fordert zur Stärkung der Patientensouveränität vermehrte Gestaltungsmöglichkeiten der Versicherten bei den Versichertenkonditionen und bessere Informationsrechte bei der Behandlung und Mitwirkungsbefugnisse in den Gremien der Selbstverwaltung.

Die Versicherten erhalten bei der Gestaltung ihres Versicherungsumfangs mehr Wahlmöglichkeiten. Den Kassen wird die Befugnis eingeräumt, den für alle Kassen und Versicherten verbindlichen Leistungskatalog durch eigene Wahlleistungen aufzustocken. Voraussetzungen, Umfang und Finanzierung dieser Leistungen werden in der Satzung der betreffenden Krankenkasse festgelegt. So kann es beispielsweise unterschiedliche Tarife für integrierte Versorgungsangebote geben.

Die Möglichkeit, Kostenerstattung zu wählen, wird wieder für alle Versicherten – nicht nur für freiwillig Versicherte – eingeführt. Für die Entscheidung zwischen Kostenerstattung und Sachleistung sind gleiche Zugangsbedingungen zu schaffen. Alle Versicherten erhalten die Möglichkeit, auf Kostenerstattungsbasis ambulante Leistungen im europäischen Ausland in Anspruch zu nehmen. Die Kostenübernahme durch die Krankenkassen ist auf die im Inland geltenden Kostensätze begrenzt, abzüglich der Selbstbeteiligung und einer wegen aufwändigerer Prüfpflichten erhöhten Verwaltungsgebühr.

Versicherte haben künftig einen Anspruch darauf, von der Krankenkasse, bei der sie versichert sind, über die Verwendung ihrer Beitragsmittel in verständlicher Form einmal im Jahr informiert zu werden. Dabei hat die Krankenkasse Auskunft darüber zu geben, wie hoch das Beitragsaufkommen der Versicherungsgemeinschaft war und wie sich dieses auf die einzelnen Leistungsarten sowie die Verwaltungs- und Personalausgaben im Jahr verteilt hat.

Die bisher praktizierte Sozialwahl ist durch eine Versichertenwahl abzulösen. Dazu sind neben Gewerkschaften in Zukunft auch Patienten-, Selbsthilfe- und Versichertenorganisationen zuzulassen. Der Vorstand der Krankenkasse wird durch die Versichertenversammlung entlastet.

Für alle Sozialhilfeempfänger sind künftig Beiträge in die GKV zu entrichten. Damit werden Sozialhilfeempfänger und GKV-Versicherte gleich behandelt.

Patienten haben gegenüber Leistungserbringern, insbesondere gegenüber Ärzten und Krankenhäusern, Anspruch darauf, vor Eintritt in die Therapie über die Diagnose, Therapie und damit verbundene Kosten eingehend und verständlich informiert zu werden. Nach Beendigung der Behandlung haben Patienten Anspruch auf einen Abrechnungsbeleg, aus dem in Anspruch genommene Leistungen und damit verbundene Kosten ersichtlich werden.

Vertretern der Patienten- und Selbsthilfeorganisationen ist ein Initiativrecht beim Koordinierungsausschuss einzuräumen, damit dieses Gremium und die Bundesausschüsse sich u. a. schneller mit neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden befassen, die bereits in anderen Staaten zum Stand der medizinischen Erkenntnis gehören. Außerdem sind Vertretern von Patienten und Selbsthilfeorganisationen qualifizierte Anhörungsbefugnisse bei den genannten Organen der Selbstverwaltung zu geben, d. h. aus der Entscheidung der Ausschüsse muss die Befassung mit den Argumenten der Patienten und deren Würdigung erkennbar werden.

5.3 Selbstständigkeit und Freiberuflichkeit als Garanten einer qualitativ hochwertigen Versorgung

Die Ärzte haben primär den Auftrag, eine am Bedarf des einzelnen Patienten ausgerichtete dem anerkannten Stand der Medizin entsprechende gesundheitliche Versorgung zu erbringen. Statt Ärzte, Pflegekräfte und Apotheker ständig zu diffamieren, gilt es, die Menschen, die diese Gesundheitsberufe ergriffen haben oder ergreifen werden, von überflüssigen Verwaltungsaufgaben und Gängelung zu befreien, damit sie sich wieder ihrer eigentlichen Aufgabe, der medizinischen und pflegerischen Betreuung der Patienten, zuwenden können. Bei ihrer Entscheidung, in die Selbstständigkeit zu gehen, brauchen sie zuverlässige Rahmenbedingungen und langfristige Planungssicherheit. Dazu gehört auch eine leistungsgerechte und kalkulierbare Honorierung. Nur so bleibt die Qualität der medizinischen Versorgung auf Dauer gesichert.

In den neuen Ländern sind die Honorare der Ärzte an das Westniveau bis zum Jahr 2006 anzupassen, um dem sich schon jetzt abzeichnenden Ärztemangel entgegenzuwirken.

5.4 Stärkung der Selbstverwaltung an Stelle von staatlichem Dirigismus

Das kollektive Vertragssystem zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern hat sich grundsätzlich bewährt. Die vertragliche Steuerung verdient den Vorzug gegenüber staatlichem Dirigismus. Deshalb sind die individuellen Wahlmöglichkeiten der Versicherten und die solidarischen Wettbewerbselemente auszubauen.

Um ein gleichmäßiges Versorgungsniveau für alle Versicherten zu gewährleisten und kostentreibenden Wettbewerb zu verhindern, ist innerhalb der solidarisch finanzierten GKV ein einheitlicher Leistungsrahmen unabdingbar. Auch in Zukunft muss daher eine klare rechtliche Vorgabe die einheitliche Definition dieses Leistungsrahmens über alle Träger der GKV hinweg sichern. Die indikationsgerechte Präzisierung des Leistungskataloges sollte weiterhin durch damit beauftragte Institutionen der gemeinsamen Selbstverwaltung erfolgen. Dabei sind den Patienten und Versicherten Anhörungs- und Mitwirkungsbefugnisse einzuräumen.

Der Gesetzgeber hat dafür zu sorgen, dass die Selbstverwaltung diese Aufgabe auf einer rechtlich sicheren Grundlage erfüllen kann. Die Gründung eines Zentrums für Qualität in der Medizin an Stelle der bisher bestehenden Institutionen der Selbstverwaltung ist abzulehnen. Die bestehenden Organe der Selbstverwaltung sind vielmehr zu stärken. Der Koordinierungsausschuss, der Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen, der Bundesausschuss Zahnärzte und Krankenkassen und der Ausschuss Krankenhaus müssen die Möglichkeit erhalten, sich bei ihren Entscheidungen wissenschaftlichen Sachverständigen zu bedienen.

5.5 Qualitätswettbewerb statt Einkaufsmodell

Der Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung dient der Verbesserung der Versorgung für die Patienten in qualitativer, humaner und wirtschaftlicher Hinsicht. In diesem Sinne ist ein Qualitätswettbewerb anzustreben. Statt eines Wettbewerbs um Ärzte muss ein Wettbewerb um das beste Versorgungskonzept in Gang gesetzt werden. Dieser Qualitätswettbewerb ruht auf drei Säulen:

1. In der ersten Säule (Basis) vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen künftig einen Versorgungsauftrag für die Versicherten. Der Versorgungsauftrag definiert die Qualitätsanforderungen, die erfüllt sein müssen, um an der Versorgung teilnehmen zu können. Er legt ferner die zu erwartende Menge der vertragsärztlichen Leis-

tungen zur Versorgung fest. Dabei ist die Morbiditätsstruktur der Versicherten zu berücksichtigen. An der Versorgung kann teilnehmen, wer über eine Zulassung und die Qualifikation in der ärztlichen Weiterbildung verfügt sowie den im Versorgungsauftrag festgelegten Qualitätsanforderungen genügt.

2. In der zweiten Säule (Leistungsstufe) können die Vertragspartner zur Förderung des Qualitäts-Wettbewerbs Versorgungsaufträge mit besonderen Qualitätsanforderungen vereinbaren, die z. B. für die Teilnahme an integrierten Versorgungsangeboten oder Disease-Management-Programmen erforderlich sind. Die Teilnahme an diesen Versorgungsaufträgen erfolgt über Ausschreibungen und ist für Vertragsärzte und Versicherte freiwillig.
3. Alternativ zu den kollektivvertraglichen Vereinbarungen über Versorgungsaufträge in der zweiten Säule können Krankenkassen und deren Verbände Direktverträge (dritte Säule) zur Förderung kooperativer Versorgungsformen abschließen. Dazu gehören z. B. Verbundsysteme von vertragsärztlichen Praxen und Krankenhäusern oder strukturierte Behandlungsprogramme, die mindestens den hausärztlichen, fachärztlichen und stationären Versorgungsbereich umfassen.

Der Versicherte ist von seiner Krankenkasse über Inhalte und Unterschiede der einzelnen Versorgungsangebote zu informieren.

5.6 Leistungsgerechte Honorierung

Für die Wahrnehmung des Versorgungsauftrages (Säule eins) wird eine arztgruppenbezogene Gebührenordnung eingeführt. Besondere Versorgungsaufträge (Säule zwei) werden durch Vergütungszuschläge gefördert. Die Vergütung im Rahmen der Direktverträge (dritte Säule) ist Verhandlungssache. Entscheidet sich ein Versicherter unterjährig für die Teilnahme an einem Versorgungsangebot in Säule drei, sind die Vereinbarungen über Leistungsmengen um den Versorgungsaufwand für den Versicherten zu reduzieren.

Bei der zahnärztlichen Versorgung ist, dort wo es Behandlungsalternativen gibt, auf ein befundorientiertes Festzuschusskonzept umzustellen.

5.7 Stationäre Versorgung sichern, ambulanten und stationären Versorgungsbereich optimierend verzahnen

Eine weitgehende Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante fachärztliche Versorgung – wie sie im Gesetzentwurf für ein Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz vorgesehen ist –, lehnt die Fraktion der CDU/CSU ab. Wie die Erfahrungen in den europäischen Nachbarländern zeigen, bewirkt dies keine Effizienzsteigerung und Qualitätsverbesserung. Im Gegenteil, Wartelisten und eine Zwei-Klassen-Medizin sind die Folge. Jedoch ist eine institutionelle Ermächtigung der Krankenhäuser zur Teilnahme an der ambulanten fachärztlichen Versorgung bei hochspezialisierten Leistungen nach der für die fachärztliche Versorgung geltenden Gebührenordnung zu erteilen.

Die integrierte Versorgung ist durch Schaffung von Handlungsmöglichkeiten für die Selbstverwaltung zu fördern. Zur finanziellen Förderung integrierter Versorgungsstrukturen kommt ein prozentualer Zuschlag pro Fallpauschale für Krankenhäuser, die sich an der integrierten Versorgung beteiligen, in Frage.

Die Einführung des neuen Vergütungssystems hat erhebliche Auswirkungen auf die Krankenhauslandschaft. Einzelnen bisher zugelassenen Krankenhäusern wird aufgrund der Kostenstrukturen keine Gewähr mehr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung geboten. Um Krankenhausplanung und individuelle Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser in Übereinstimmung zu bringen, muss diesen veränderten Bedingungen Rechnung getragen werden. Diese soll durch eine Krankenhausrahmenplanung der Länder

geschehen. Dabei werden nur noch Standorte und an den Indikationen ausgerichtete Versorgungsbedarfe festgelegt.

Eine Novellierung des Arbeitszeitgesetzes ist anzustreben, die das Urteil des Europäischen Gerichtshofes zur Anerkennung des Bereitschaftsdienstes als Arbeitszeit berücksichtigt.

5.8 Öffentliche Apotheken als Garant für Arzneimittelsicherheit und flächendeckende Versorgung

Die Qualität der Arzneimittelversorgung zu verbessern und Versorgungsstrukturen weiterzuentwickeln muss permanentes Ziel der Gesundheitspolitik sein. Dabei sind die Apotheker in die wirtschaftliche Verantwortung einer optimalen und preiswerten Versorgung mit Arzneimitteln stärker als bisher einzubeziehen.

Öffentliche Apotheken sind an Strukturen der „integrierten Versorgung“ zu beteiligen, wenn sie den Strukturanforderungen genügen.

Die Arzneimittelpreisverordnung ist dergestalt zu modifizieren, dass es im Bereich der höherpreisigen Arzneimittel langfristig zu einer Abflachung sowohl des Großhandels als auch des Apothekenzuschlags kommt.

Telematik gestaltet das Arzneimittelmanagement effizienter und effektiver. Hierzu müssen sowohl Notfall- und Medikamentendaten als auch Unverträglichkeiten und Interaktionen auf einer intelligenten Patientenkarte gespeichert werden. Die Voraussetzungen für ihren Einsatz sind zu schaffen.

Die Aufhebung des Mehrbesitzverbotes führt zwangsläufig zur Aufhebung des Fremdbesitzverbotes. In Verbindung mit der Einführung des Versandhandels gefährdet dies eine flächendeckende Versorgung mit Arzneimitteln und wird deshalb von der Fraktion der CDU/CSU abgelehnt.

Bei den Arzneimitteln ist eine Umorientierung von einer an der Packungsgröße orientierten Zuzahlung auf eine am Preis orientierte prozentuale Zuzahlung geboten. Eine am Einkommen orientierte Überforderungsklausel stellt den sozialen Schutz sicher.

5.9 Arznei- und Hilfsmittelversorgung wirtschaftlich gestalten

Im Arzneimittel- und Hilfsmittelsektor hat sich das Festbetragskonzept als wettbewerbsförderndes Modell der begrenzten Leistungszusage für die Versicherten erwiesen und bewährt. Es definiert die Kernleistungszusage der GKV gegenüber ihren Versicherten und lässt die preislich teurere Wahlleistung offen. Freie Preisverhandlungen, Festbeträge und dirigistische Maßnahmen wie die Positivliste und die Aut-idem-Regelung stehen unkoordiniert nebeneinander und führen zu einem Wirrwarr. Die vielen nicht aufeinander abgestimmten Instrumente bergen die Gefahr einer Verschlechterung bei gleichzeitig möglicher Verteuerung der Arzneimittelversorgung insgesamt.

5.10 Entsolidarisierung vermeiden und Risikostrukturausgleich vereinfachen und begrenzen

Im Wettbewerb der Kassen um Mitglieder ist es Aufgabe der Politik, eine Entwicklung zu verhindern, die Entsolidarisierung und Risikoselektion ermöglicht. Deshalb kann auf einen Risikostrukturausgleich vorerst noch nicht verzichtet werden. Er ist so zu modifizieren, dass von ihm keine fehlsteuernden Anreize ausgehen, die Morbidität der Versicherten differenzierter als im geltenden Recht berücksichtigt und sein Volumen nicht weiter ausgedehnt wird.

6 Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig sichern

6.1 Lohnnebenkosten senken und Lasten gerecht verteilen

Eine Stabilisierung der Finanzgrundlagen der GKV ist maßgeblich vom Wachstum unserer Volkswirtschaft abhängig. Daher müssen wir alle unsere Bemühungen auf die Schaffung von Rahmenbedingungen konzentrieren, die ein dauerhaftes Wirtschaftswachstum ermöglichen. Nur so wird es uns möglich sein, die viel zu hohe Arbeitslosigkeit zu beseitigen. Dazu ist eine Senkung der Gesamt-Sozialbeiträge unter die 40-Prozent-Marke erforderlich. Das ist eine gewaltige Aufgabe, die zwar nicht allein auf die GKV beschränkt bleibt, aber gerade auch von ihr besondere Anstrengungen erfordert. Der GKV-Beitrag muss daher innerhalb kurzer Zeit von heute 14,4 % auf durchschnittlich 13 % abgesenkt und auf diesem Niveau nachhaltig stabilisiert werden. Es liegt auf der Hand, dass eine solche Anstrengung weder alleine von den Patienten noch von den Versicherten und Leistungserbringern oder von den Steuerzahlern erbracht werden kann. Vielmehr muss diese Last gerecht auf alle Schultern verteilt werden. Deshalb ist es geboten, die Finanzierung „versicherungsfremder Leistungen“ aus der gesetzlichen Krankenversicherung herauszunehmen und die Finanzierung des Zahnersatzes durch private Pflichtversicherung zu gewährleisten. Um Wachstumspotentiale auf dem Markt für Gesundheit nicht zu behindern, gleichzeitig aber bei begrenzten Finanzmitteln der Solidargemeinschaft einem überzogenen Inanspruchnahmeverhalten der Patienten zu begegnen, ist eine Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags und die Verknüpfung der Selbstbeteiligung der Patienten mit der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen sinnvoll. Auf der anderen Seite muss die gesetzliche Krankenversicherung von überbordenden bürokratischen Strukturen befreit werden. Deshalb sind die Verwaltungsaufwendungen bei Kassen und Leistungserbringern innerhalb der nächsten drei Jahre erheblich zu reduzieren.

6.2 Verantwortungsbewusste Leistungsanspruchnahme durch Selbstbeteiligung der Patienten

Um ein rationales Inanspruchnahmeverhalten der Patienten zu fördern und ihnen damit auch die unmittelbare Verantwortung für die Folgen ihres Handelns zu verdeutlichen, wird über alle Leistungsbereiche hinweg eine 10 %ige Selbstbeteiligung eingeführt, mindestens jedoch 5 Euro, bei einer Begrenzung auf maximal 2 % des jährlichen Bruttoeinkommens. Ausgenommen von der Selbstbeteiligung sind beitragsfrei mitversicherte Kinder sowie alle Maßnahmen der Vorsorge und Früherkennung.

6.3 Mehrwertsteuer auf Arzneimittel absenken und „versicherungsfremde Leistungen“ umfinanzieren

Auf Arzneimittel wird – wie auch bei anderen Gütern des Grundbedarfs – der ermäßigte Mehrwertsteuersatz erhoben. Dadurch werden die Beitragszahler um 1,5 Mrd. Euro jährlich entlastet.

Unter dem Aspekt einer gerechten Lastenverteilung ist es geboten, die Finanzierung „versicherungsfremder Leistungen“ aus der gesetzlichen Krankenversicherung herauszunehmen und einer sachgerechten Finanzierung zuzuführen.

Insgesamt beläuft sich das Entlastungsvolumen auf 6,0 Mrd. Euro.

6.4 Neuordnung der Lasten zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern

Im Bereich des Zahnersatzes besitzt die Eigenverantwortung der Versicherten für ihre Gesundheit einen hohen Stellenwert. Durch regelmäßige Zahnpflege und Prophylaxemaßnahmen können Erkrankungen und nachfolgende aufwändige Behandlungen in aller Regel vollständig vermieden werden. Von wenigen

medizinisch begründeten Ausnahmen (z. B. Missbildungen und Krebserkrankungen) sowie von Unfallfolgen abgesehen haben es die Versicherten also selbst in der Hand, welche Aufwendungen die Erhaltung oder Verbesserung ihrer Mundgesundheit erfordert. Diese Überlegungen liegen auch dem in der GKV bereits seit Jahren erfolgreich praktizierten präventionsorientierten Ansatz zugrunde, nach dem die Versicherten grundsätzlich eine Eigenbeteiligung zur Versorgung mit Zahnersatz zu leisten haben, deren Höhe von den eigenen Anstrengungen zur Gesunderhaltung der Zähne abhängt. Die Versicherten sind hier also bereits seit Jahren mit dem Gedanken einer auch finanziell verstandenen Eigenverantwortung für ihren Gesundheitszustand vertraut.

Diesen richtigen Ansatz gilt es nun konsequent fortzuführen, indem der Bereich des Zahnersatzes in die vollständige Eigenverantwortung der Versicherten überführt wird. Gleichzeitig könnte der Beitragssatz zur GKV insgesamt um bis zu 0,36 Prozentpunkte abgesenkt werden. Alle GKV-Versicherten werden im Gegenzug verpflichtet, eine ergänzende private Versicherung für den Zahnersatz abzuschließen. Die monatlichen Prämien für eine solche Versicherung lägen bei ca. 7,50 Euro im Monat. Die private Absicherung des Zahnersatzes erfolgt ohne Risikoprüfung und Risikozuschläge. Es besteht Kontrahierungszwang. In der Kalkulation ist das heutige Leistungsspektrum der GKV zu Grunde gelegt. Die bereits erworbenen Bonusansprüche werden in die Erstattungssätze der privaten Krankenversicherung übernommen. Kinder sind weiterhin beitragsfrei mitversichert. Durch die Einführung einer Versicherungspflicht für den Zahnersatz ist zugleich sichergestellt, dass kein bisher in der GKV Versicherter in Zukunft ohne einen ausreichenden Versicherungsschutz auskommen muss.

6.5 Abbau von Bürokratie zur Entlastung der Beitragszahler

Zum Abbau bürokratischer Strukturen in der GKV werden die Aufwendungen für Verwaltung in einem Umfang von 3 Mrd. Euro innerhalb der nächsten drei Jahre reduziert, z. B. durch eine Verbesserung der Organisationsstruktur der Krankenkassen (Zulassung von Fusionen, jedoch nicht kassenartenübergreifend), eine drastische Vereinfachung der Regelungen zu den Disease-Management-Programmen, der integrierten Versorgung und den DRGs (Diagnostic Related Groups) sowie einer deutlichen Reduktion der staatlichen Interventionen über Institute und Listenmedizin.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

einen Gesetzentwurf in den Deutschen Bundestag einzubringen, der die wechselseitige Wirkung zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und wirtschaftlichen sowie gesellschaftlichen Rahmenbedingungen beachtet und die vorstehend genannten Inhalte berücksichtigt, insbesondere:

- Optimierung von Qualität, Effizienz und Wirtschaftlichkeit anstelle von Rationierung, Gängelung und staatlichem Dirigismus im Gesundheitswesen;
- Verbesserung von Prävention und Gesundheitsförderung (Bonussystem);
- mehr Entscheidungsfreiheiten der Versicherten bei den Versicherungskonditionen;
- Stärkung der Mitwirkungs- und Beteiligungsrechte von Patienten und Versicherten, vor allem in den Selbstverwaltungsgremien der Krankenkassen;
- Verbesserung der Transparenz von Qualität und Kosten der Gesundheitsleistungen durch einen Abrechnungsbeleg und die Wahlmöglichkeit zur Kostenerstattung;
- Erhalt der freien Arzt- und Krankenhauswahl;

- fairen Vertragswettbewerb, der kein ruinöser Wettbewerb mit gravierenden Nachteilen für die Versorgung der Patienten ist, sondern das Ziel einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung hat;
- stärkere Orientierung der Leistungsvergütung an Qualitätsmerkmalen;
- Abbau des Ärzte- und Pflegekräftemangels in Krankenhäusern und Heimen;
- Verbesserung der Arbeitsbedingungen für motivierte und qualifizierte Leistungserbringer;
- einfache, gerechte und transparente Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs bei anzustrebender Begrenzung;
- Abbau der Bürokratie und Rückführung der Verwaltungskosten;
- Gleichbehandlung von GKV-Versicherten und Sozialhilfeempfängern, die Krankenhilfe erhalten;
- Halbierung des Mehrwertsteuersatzes bei Arzneimitteln;
- private Absicherung von Zahnersatz sowie Herausnahme versicherungsfremder Leistungen aus der GKV;
- sozial begrenzte, verhaltenssteuernde, prozentuale Selbstbeteiligungen bei Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen;
- Festschreibung des Arbeitgeberbeitrages;
- zeit- und wirkungsgleiche Anpassung der Maßnahmen in der Beihilfe.

Berlin, den 17. Juni 2003

Annette Widmann-Mauz

Andreas Storm

Dr. Wolf Bauer

Monika Brüning

Verena Butalikakis

Dr. Hans Georg Faust

Michael Hennrich

Hubert Hüppe

Volker Kauder

Barbara Lanzinger

Maria Michalk

Matthias Sehling

Jens Spahn

Matthäus Strebl

Gerald Weiß (Groß-Gerau)

Wolfgang Zöllner

Dr. Angela Merkel, Michael Glos und Fraktion

