



Für heute.
Für morgen.
Für alle.

ReForm⁺
mit Langzeitwirkung.

Die liberale Gesundheitsreform.
Bekämpft die Ursachen, nicht nur die Symptome.

FDP
Die Liberalen

Informationspaket Liberale Gesundheitspolitik

BESCHLUSS

des 55. Ord. Bundesparteitages der FDP, Dresden, 5. – 6. Juni 2004

Privater Krankenversicherungsschutz mit sozialer Absicherung für alle – die auf Wettbewerb begründete liberale Alternative

I. Woran krankt das heutige Gesundheitssystem?

Das deutsche Gesundheitswesen verliert zunehmend an Leistungsfähigkeit. Das umlagefinanzierte, auf dem Arbeitseinkommen basierende System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), in dem zur Zeit neun von zehn Bundesbürgern versichert sind, ist aus sich heraus nicht mehr reformierbar. Es ist nicht geeignet, die Herausforderungen aufgrund der demografischen Entwicklung, des medizinischen Fortschritts und des abnehmenden Anteils der Lohneinkommen am Bruttosozialprodukt zu bewältigen:

- Die an den Faktor Arbeit gekoppelte Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung führt zu einer starken Konjunkturabhängigkeit sowie angesichts eines sinkenden Anteils der Einkommen aus abhängiger Beschäftigung zu rückläufigen Einnahmen.
- Die Lohnabhängigkeit belastet die Wettbewerbsfähigkeit regulärer Beschäftigung in Deutschland und verschärft damit das Problem der strukturellen Arbeitslosigkeit.
- Die demografische Entwicklung und der medizinisch-technische Fortschritt führen ohne Reform zu massiv steigenden Beitragssätzen und einer weiteren Verschärfung der heute schon bedrohlichen Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung.
- Die Grenzen einer auf Kostendämpfung ausgerichteten Politik sind überall deutlich sichtbar. Das System ist durch die ungeheure Vielzahl von Vorschriften undurchschaubar geworden.
- Die Budgetierung hat zu einer immer offener zu Tage tretenden Rationierung geführt. Reglementierung und Regulierung verhindern, dass Versicherte und behandelnde Ärzte bestimmen, welche Leistungen im Krankheitsfall erfolgen und von der Versicherung getragen werden. Gesetzgeber bzw. stellvertretend die Selbstverwaltung maßen sich eine exzessive und wenig transparente Bevormundungskompetenz an. Mit jedem Reformtrippelschritt entfernen wir uns weiter und weiter vom Leitbild des mündigen Patienten.

II. Die angeblichen Alternativen lösen die Probleme nicht

Auch die derzeit in der Öffentlichkeit diskutierten Reformvorschläge der anderen Parteien lösen die eigentlichen Probleme nicht. Weder die von SPD und Grüne geforderte sog. Bürgerversicherung, noch die Kopfpauschalen, wie die CDU sie will, sind zukunftsweisende Modelle, die das Gesundheitswesen nachhaltig stabilisieren können. Sie führen über kurz oder lang zu einer Einheitszwangversicherung, die die Bürger bevormundet.

Die einkommensabhängige Bürgerversicherung von Rot-Grün verdient diesen Namen nicht. Sie ist alles andere als eine Versicherung. Sie hat den Charakter einer zweiten zusätzlichen Einkommensteuer, da sie an die gleiche Bemessungsgrundlage wie die herkömmliche Einkommensteuer anknüpft. Eine solche zweckgebundene Einkommensteuer ist verfassungsrechtlich unzulässig. Der Begriff „Bürgerversicherung“ ist reiner Etikettenschwindel. Die einkommensabhängige Bürgerversicherung verschärft die Problematik des demografischen Wandels, statt sie zu lösen. Die Konjunktur- und Lohnabhängigkeit des Gesundheitssystems bleibt zudem in vollem Umfang bestehen.

Die Kopfpauschalen der CDU heben zwar die Lohnanbindung auf und kommen dem Gedanken einer Versicherung näher. Sie werden der demografischen Entwicklung jedoch ebenfalls nicht ausreichend gerecht und führen zu einer Einschränkung von Wettbewerb und Wahlmöglichkeiten, weil der Mut zu einem echten Versicherungsmodell fehlt.

III. Die FDP will den privaten Krankenversicherungsschutz mit sozialer Absicherung für alle

Die FDP sieht in der Privatisierung des gesamten Krankenversicherungssystems, die sozial flankiert werden muss, den besten Garanten dafür, dass die Herausforderungen an ein zukunftsfestes Gesundheitssystem erfolgreich bewältigt werden können. Sie will ein Gesundheitssystem, das den Versicherten in den Mittelpunkt rückt. Der Bürger muss die weitgehende Wahlfreiheit haben, wie er seinen Versicherungsschutz gestalten will. Vertragsfreiheit, Therapiefreiheit und freie Arztwahl müssen selbstverständlich werden. Die FDP will ein leistungsfähiges Gesundheitssystem durch mehr Wettbewerb, Wahlfreiheit und Eigenverantwortung. Sie will, dass die Chancen des medizinischen Fortschritts auch künftig voll genutzt werden können. Sie steht für die Fairness zwischen den Generationen. Die FDP will die Wachstumskräfte mobilisieren und das Problem der Arbeitslosigkeit wirksam lösen.

Die FDP ist deshalb gegen die Fortführung des Reparaturbetriebes und für einen grundsätzlichen Systemwechsel beim Krankenversicherungsschutz. Der Systemwechsel muss bewirken, dass die Menschen ihren Versicherungsschutz weitgehend selbst gestalten können und gleichzeitig im Hinblick auf den demografischen Wandel vorsorgen. Bürokratische Vorschriften müssen auf ein unabdingbares Minimum reduziert werden. Die staatliche Regulierung muss auf eine Rahmensetzung begrenzt werden, die sicherstellt, dass jeder Bürger im Krankheitsfall eine qualitativ gute medizinische Versorgung hat, auch wenn er über wenig Geld verfügt. Durch den frischen Wind von Wettbewerb und Wahlfreiheit werden Effizienz und Effektivität im Gesundheitssektor nachhaltig erhöht. Vielfalt und

Gestaltungsmöglichkeiten statt einer Einheitsversicherung bieten für eine an den Bedürfnissen der Menschen orientierte Versorgung die besten Voraussetzungen.

Die FDP spricht sich deshalb für ein freiheitliches Gesundheitssystem mit einem sozial flankierten privaten Krankenversicherungsschutz für alle aus:

Eine Pflicht zur Versicherung für medizinisch notwendige Leistungen

Jeder Bürger ist verpflichtet bei einem Krankenversicherer seiner Wahl einen Gesundheitsversicherungsschutz abzuschließen, der zumindest die vom Gesetzgeber vorgegebenen Regelleistungen umfasst. Bei den Regelleistungen handelt es sich um medizinisch unbedingt notwendige Leistungen. Sie entsprechen in etwa dem heutigen um bestimmte zahnmedizinische Leistungen und Krankengeldleistungen reduzierten GKV-Leistungskatalog. Die Versicherten haben bezüglich der Aufwendungen für die in Anspruch genommenen Regelleistungen eine sozial verträglich ausgestaltete Eigenbeteiligung zu zahlen.

Altersrückstellungen verhindern steigende Beiträge wegen der älter werdenden Bevölkerung

Alle Versicherungsanbieter kalkulieren ihre Prämien nach versicherungstechnischen Kriterien. Altersrückstellungen sorgen dafür, dass die Finanzierung der Gesundheitskosten über den gesamten Lebenszeitraum hinweg gleichmäßiger verteilt wird.

Freie Wahl des Versicherungsschutzes für alle Bürger

Aufgrund dieser Kalkulationsweise haben die Versicherten die Möglichkeit, ihren Versicherungsschutz frei zu wählen. Jeder Versicherte kann oberhalb des Katalogs von Regelleistungen zwischen verschiedenen Paketen von Leistungen wählen, auf die er im Versicherungsfall zusätzlich Anspruch hat. Er zahlt dann eine entsprechende Zusatzprämie. Die Versicherten sind frei darin, die Höhe der Eigenbeteiligung im Rahmen der privaten Tarife selbst zu bestimmen.

Alle Krankenkassen werden private Versicherungsunternehmen

Alle Versicherungsanbieter sind private Versicherungsunternehmen. Für die heutigen gesetzlichen Krankenkassen werden die notwendigen gesetzlichen Rahmenbedingungen geschaffen, damit sie sich in private Versicherungsunternehmen umwandeln können. In diesem Zusammenhang ist u.a. zu prüfen, ob und in welchem Umfang den Krankenversicherern das Recht eingeräumt werden sollte, für die ehemals gesetzlich Krankenversicherten, für die in der Vergangenheit keine Altersrückstellungen gebildet wurden, Ausgleichsforderungen gegenüber dem Bund in ihre Bilanzen einzustellen. Diese Ausgleichsforderungen müssten dann über die Zeit bedarfsabhängig aus dem Bundeshaushalt getilgt werden.

Finanzierung der Gesundheitskosten von den Arbeitskosten trennen

Ein nach den Vorstellungen der FDP reformiertes Steuersystem mit Tarifen von 15, 25 bzw. 35 Prozent sorgt dafür, dass die Bürger den notwendigen finanziellen Spielraum für ihre Wahlentscheidungen haben.

Die Arbeitgeberzuschüsse zur Krankenversicherung werden als steuerpflichtiger Lohnbestandteil ausgezahlt. Dadurch wird erreicht, dass steigende Beiträge zur Krankenversicherung nicht mehr die Arbeitskosten erhöhen.

Wettbewerb und Wahlfreiheit als Kernelemente eines effizienten Gesundheitssystems

Wettbewerb ist ein Gestaltungselement auf allen Ebenen des Gesundheitswesens, das vor allen Dingen der Sicherstellung von Effizienz und Versorgungsqualität dient. Er muss weitaus stärker als heute auf der Ebene der Krankenversicherer und der Leistungserbringer zum Vorteil der Versicherten und Patienten zum Tragen kommen.

Auch *zwischen* den Versicherungsunternehmen muss Wettbewerb bestehen. Das setzt eine Wechselmöglichkeit ohne Nachteile für die Versicherten wegen der Altersrückstellungen voraus.

Die Versicherungsunternehmen haben kein Kündigungsrecht, damit lebenslanger Versicherungsschutz garantiert ist.

Kostenerstattung sorgt für Transparenz und Mitsprache

Die FDP will den Übergang vom Sachleistungs- zum Kostenerstattungsprinzip. Für die medizinische Leistung erhält der Patient künftig eine Rechnung. Dem Versicherten wird frei gestellt, nach Überprüfung der Rechnung diese selbst zu bezahlen oder seine Versicherung damit zu beauftragen. Dieses schafft die Grundlage für eine faire und transparente Vertragsbeziehung zwischen Patient und Leistungserbringer.

Durch die Direktbeziehung zwischen Patient und Leistungserbringer ermöglicht die Kostenerstattung eine freie Entscheidung für eine frei wählbare Versorgungsform. Die jetzige, seit 1.1.2004 geltende, halbherzige Ermöglichung der Wahl der Kostenerstattung für alle gesetzlich Versicherten ist eine Farce. Die damit verbundenen, restriktiven Regelungen verhindern die freie Wahl der Versorgung durch die Versicherte, weil niemand wagt, die Kostenerstattung frei zu wählen

Notwendiger Gesundheitsschutz für jeden Bürger garantiert

Jeder Bürger hat bei Geburt einen Anspruch darauf, zumindest im Umfang der Regelleistungen unabhängig von seinem Gesundheitszustand ohne Risikozuschläge versichert zu werden. Die Regelleistungsprämie für die Kinder wird über das Steuersystem, ebenso finanziert, wie Kosten, die mit Schwangerschaft und Mutterschaft verbunden sind.

Jeder Bürger muss in der Lage sein, eine Versicherung abzuschließen, die zumindest die Regelleistungen umfasst. Aus diesem Grund sind zwei sozialpolitische Maßnahmen erforderlich:

Zum einen muss jedes Versicherungsunternehmen mit Kontrahierungszwang einen Pauschaltarif anbieten, der diese Regelleistungen abdeckt und der weder nach Geschlecht noch nach sonstigen Kriterien differenziert. Risikoprüfungen und Risikozuschläge sind in diesem Tarif nicht zulässig.

Zum zweiten muss jeder Bürger durch staatliche Transfers in dem Umfange unterstützt werden, in dem er nicht in der Lage ist, die Prämie für den Pauschaltarif und den Selbstbehalt aus eigenen Kräften aufzubringen.

IV. Der Weg hin zu einem freiheitlichen Gesundheitssystem erfordert entschlossenes Handeln

Die FDP zielt mit ihrem Vorschlag auf die Ursachen der Probleme statt auf ihre Symptome. Dies macht einen grundlegenden Wechsel hin zu einem neuen System und nicht nur eine bessere Einstellung vorhandener Stellschrauben notwendig. Der Umstieg von einem umlagefinanzierten System, das von der Hand in den Mund lebt, hin zu einem kapitalgedeckten System, das Vorsorge für den höheren Bedarf an Gesundheitsleistungen im Alter trifft und die notwendigen Spielräume für die Nutzung des medizinischen Fortschritts eröffnet, ist mit gravierenden Umstellungsmaßnahmen verbunden und nicht ohne zusätzliche Belastungen der heute lebenden Bürgerinnen und Bürger möglich.

Es kommt darauf an, diese Belastungen durch Effizienzgewinne und die nachhaltige Belebung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung möglichst gering zu halten und zwischen wie innerhalb der Generationen gerecht zu verteilen.

Die FDP spricht sich auf dieser Grundlage dafür aus, mit dem schrittweisen Übergang zu einem freiheitlichen Gesundheitssystem mit Pflicht zur Versicherung und sozialer Absicherung unter Berücksichtigung der notwendigen rechtlichen und organisatorischen Anpassungsmaßnahmen so schnell wie möglich zu beginnen.

BESCHLUSS

des Präsidiums der FDP, Berlin, 3. Juli 2006

Das Präsidium der Freien Demokratischen Partei hat auf seiner Sitzung am 3. Juli 2006 beschlossen:

Chancen für ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem nutzen

Die schwarz-rote Koalition ist dabei, in trauter Eintracht das deutsche Gesundheitssystem zu ruinieren, ohne etwas Besseres an seine Stelle zu setzen. Es wird teurer, ohne daß Geld für die Zukunft zurückgelegt wird. Eine Reform als bloße koalitionäre Gesichtswahrung wird den gravierenden Problemen nicht gerecht. Weder Gesundheitsfonds noch Steuerfinanzierung der Gesundheitsausgaben lösen die aktuellen arbeitsmarktpolitischen Probleme. Sie schaffen nicht die Voraussetzungen für mehr Effizienz und tragen nicht dazu bei, Generationengerechtigkeit zu garantieren. Den Weg in eine Einheitsversicherung mit Bundesoberbehörde und Krankenkassendachverband für zwangsfusionierte Krankenkassen wird die FDP vehement bekämpfen.

Die Bundesregierung verabschiedet sich von ihrem zigfach beteuerten Ziel, die Lohnnebenkosten senken zu wollen. Eine Beitragserhöhung von 0,5 Prozent wird das erwartete Defizit nicht ausgleichen können, es ist mit einer noch höheren Beitragssteigerung in 2007 zu rechnen. Die drohende Steuererhöhung ist bestenfalls vertagt. Der Gesundheitsfonds ist der Weg in die Planwirtschaft im Gesundheitswesen. Er bedeutet Kassensozialismus. Das deutsche Gesundheitswesen braucht stattdessen Wahlfreiheit, Transparenz und Wettbewerb, um zukunftssicher werden zu können. Diesem Anspruch werden die Pläne der Bundesregierung in keinsten Weise gerecht.

Die FDP bekräftigt ihre Forderung nach einer grundlegenden Strukturreform im Gesundheitswesen, die folgende Bedingungen erfüllt: Sie muss Vorsorge für die demografische Entwicklung treffen, die den Menschen einen hohen Freiheitsgrad bei gleichzeitigem lückenlosen Krankenversicherungsschutz für die allein nicht tragbaren finanziellen Folgen bei Erkrankung oder Behinderung garantiert. Sie muss den Arbeitsmarkt entlasten und damit auch die Voraussetzungen dafür schaffen, medizinischen Fortschritt weiter finanzieren zu können. Sie muss für ein hohes Maß an Effizienz, Transparenz und Qualität sorgen. Die FDP spricht sich deshalb dafür aus:

- die Arbeitgeberbeiträge dauerhaft von den Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zu entkoppeln, d. h. die Arbeitgeberbeiträge als Lohnbestandteil auszus zahlen,
- echten Wettbewerb zuzulassen und zwar sowohl auf der Seite der Leistungserbringer als auch auf der Seite der zu organisierenden Versicherer, das heißt: die Krankenversicherer sind Unternehmen, die mit optimierten Lösungen um ihre Kunden werben. Es gibt tarifliche und vertragliche Vielfalt mit zahlreichen Wahl- und Gestaltungsmöglichkeiten für Versicherte und Patienten,
- das per Gesetz verpflichtend abzusichernde Krankenversicherungspaket auf die medizinisch notwendigen Leistungen zu begrenzen. Die für notwendig erachtete Einkommensumverteilung gehört bei einem Systemwechsel ins Steuer- und Transfersystem ebenso wie die Finanzierung der aus familien- oder sozialpolitischen Gründen gewünschten Leistungen,
- die Solidarität mit den Schwachen auf eine dauerhaft tragfähige Basis zu stellen durch Organisation der notwendigen finanziellen Unterstützung über das Steuer- und Transfersystem,
- die Solidarität mit den nachwachsenden Generationen durch den Aufbau von Altersrückstellungen zu sichern und damit dem Grundsatz der Nachhaltigkeit zu genügen.

FDP-Bundestagsfraktion

Positionspapier

Liberales Erwartungen an die Gesundheitsreform 2006

Ausgangslage

Das deutsche Gesundheitssystem ist in seinen derzeitigen Strukturen nicht geeignet, einen bezahlbaren Versicherungsschutz für den Krankheitsfall auf hohem Niveau für die nächsten Jahrzehnte zu gewährleisten. Entgegen der Annahmen der letzten Reform von SPD, Grünen und CDU/CSU von 2003 liegen die Beitragssätze der GKV in diesem Jahr bereits mit 13,2 Prozent plus 0,9 Prozent allein vom Versicherten zu tragender Sonderbeitrag, zusammengekommen also 14,1 Prozent, höher als prognostiziert. Eigentlich sollten es 12,15 Prozent plus 0,85 Prozent, also zusammen 13 Prozent sein. Die Grenzen einer auf bloße Kostendämpfung ausgerichteten Politik werden deutlich sichtbar. Wahlfreiheit und Wettbewerb sind Schlagworte, denen die substantielle Verankerung im System fehlt.

Die Koalition hat durch ihre eigenen Entscheidungen die Situation verschärft. Die Mehrwertsteuererhöhung zum 1.1.2007 sowie der wegfallende Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen entziehen der gesetzlichen Krankenversicherung jährlich mindestens 5 Mrd. €.

Die übermäßige Bürokratie mit einer Vielzahl von Gesetzen, Vorschriften, Kontrollen und Bestimmungen macht die Abläufe undurchschaubar und wird selbst zu einem nicht zu vernachlässigenden Kostenfaktor.

Die Art der Vergütung über das Sachleistungsprinzip schaltet ein Kostenbewusstsein der Versicherten von vornherein aus und verursacht im Zusammenspiel mit der Budgetierung ein Ohnmachtsgefühl der Behandler, die nicht mehr verstehen können, warum sie wann welche Beträge überwiesen bekommen.

Die Beteiligten im Gesundheitswesen klagen zu Recht über Planungsunsicherheit und Zusatzbelastungen. Institutionalisierte Entscheidungen ersetzen zunehmend die Therapiefreiheit.

Die Unternehmen sehen sich mit der Problematik konfrontiert, dass sich steigende Beitragssätze, sei es aufgrund gestiegener Gesundheitsausgaben oder wegen des Wegfalls versicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse automatisch in Form von höheren Lohnkosten niederschlagen. Das hat Auswirkungen auf Wettbewerbsfähigkeit und Arbeitsplätze.

Die GKV ist konjunkturanfällig, weil sich die Beiträge anhand der Löhne und Gehälter bemessen. Die Bürger fühlen sich ausgeliefert, weil viele von ihnen, die Pflichtversicherten, keine echten Wahlmöglichkeiten haben, weder zwischen GKV und PKV noch zwischen verschiedenen Leistungspaketen oder unterschiedlichen Tarifen.

Die demografische Entwicklung führt in diesem System zu einer immer stärkeren Belastung der aktiv Beschäftigten, die bereits heute die Ausgaben der Rentner mit ca. 35 Milliarden Euro jährlich subventionieren. Hätte die GKV in Analogie zur PKV hierfür Kapitalrückstellun-

gen gebildet, müsste dort eine Summe von ca. 800 Milliarden Euro zur Verfügung stehen. Das nennen Wissenschaftler die implizite Verschuldung, die nirgendwo explizit offen gelegt wird, aber dennoch vorhanden ist.

Ohne Reform führt der medizinische Fortschritt ab dem Jahr 2020 in Verbindung mit der demografischen Entwicklung zu stark steigenden Beitragssätzen. Das Wachstum, das in anderen Wirtschaftszweigen begrüßt wird, stößt im Gesundheitswesen nicht immer auf ungeteilte Zustimmung, weil ein Großteil über Zwangsbeiträge finanziert wird, man also nicht sicher sein kann, ob das wirklich Ausdruck der Präferenzen der Bürger ist. Marktmechanismen sind weitgehend außer Kraft gesetzt. Das führt zu Ineffizienzen.

Notwendig ist deshalb ein Paradigmenwechsel wie ihn die FDP in ihrem Reformvorschlag vorsieht.

Vorstellungen der FDP

Jeder Bürger soll sich bei einem Anbieter seiner Wahl zu einem Tarif versichern, der seinen Bedürfnissen entspricht. Für die medizinisch notwendigen Leistungen, die den Einzelnen im Bedarfsfall überfordern würden, gibt es eine Pflicht, sich zu versichern, die für diesen Bereich einhergeht mit einem Kontrahierungszwang für die Krankenversicherer, dem Verzicht auf Risikozuschläge sowie mit freien Wechselmöglichkeiten. Altersrückstellungen sorgen für eine gerechtere Lastenverteilung zwischen den Generationen. Tarife mit und ohne Selbstbehalt, Selbstbeteiligungen, Beitragsrückgewähr, die Festlegung auf besondere Versorgungsformen, auf bestimmte Medikamente oder Anbieter sind möglich. In einem solchen Rahmen kann sich der den kartellrechtlichen Bedingungen unterworfenen Wettbewerb auf der Versicherungs- und auf der Leistungsseite frei entfalten. Preissignale werden wahrgenommen und führen zu Verhaltensänderungen. Die soziale Umverteilung, die garantiert, dass jeder Bürger einen Versicherungsschutz für das medizinisch Notwendige auch bezahlen kann, findet kompatibel mit anderen Umverteilungsleistungen über das Steuer- und Transfersystem statt und damit nach den Kriterien der Leistungsfähigkeit und Bedürftigkeit. In einem solchen System können sich bei gleichzeitiger sozialer Sicherheit die marktwirtschaftlichen Kräfte im Hinblick auf effiziente Lösungen entfalten.

Anforderungen an die schwarz / rote Gesundheitsreform

Die FDP wird die schwarz-rote Koalition daran messen, ob sie die Weichen für die Bewältigung der grundlegenden Probleme richtig stellt:

1. Das Leitbild des mündigen Bürgers erfordert die Freiheit, Entscheidungen über den gewünschten Versicherer und die angebotenen Tarife treffen zu können. Das heißt: freie

Wahl für alle Bürger, ob sie sich in der GKV oder in der PKV versichern wollen, freie Wahl des gewünschten Tarifes, ob z. B. mit oder ohne Festlegung auf bestimmte Behandler, Behandlungsformen oder Selbstbehalte, freie Entscheidung über den Umfang des Versicherungsschutzes. Eine Pflicht sich zu versichern, darf es nur für Grundleistungen geben, die den Einzelnen im Krankheitsfall finanziell überfordern.

2. Im Hinblick auf die knappen Ressourcen muss dafür gesorgt werden, dass jeder Euro zielgenau eingesetzt wird. Das bedeutet: Anreize für alle Beteiligten, sich wirtschaftlich zu verhalten und Schaffung von Effizienz durch Belebung des Wettbewerbs in einem kartellrechtlich vorgegebenen Ordnungsrahmen.
3. Sparsames, wirtschaftliches Verhalten setzt Transparenz voraus. Eine Rechnung auf der Grundlage fester Preise für klar umrissene Leistungen gehört dazu ebenso, wie umfassende, verständliche Informationen für Versicherte und Patienten.
4. Die Bürokratie muss zurückgefahren werden. Alle heutigen Instrumente und Maßnahmen gehören auf den Prüfstand.
5. Angesichts der immens hohen Arbeitslosigkeit muss sich jede Reform daran messen lassen, ob sie die Situation auf dem Arbeitsmarkt verbessert und dazu beitragen kann, Arbeitsplätze zu sichern und neu entstehen zu lassen. Die Koalition muss deshalb die Gesundheitsausgaben von den Lohnkosten entkoppeln und zumindest für eine Festschreibung, besser noch Auszahlung der Arbeitgeberbeiträge sorgen.
6. Die gebotene Fairness gegenüber den nachfolgenden Generationen verlangt, dass jede Generation die konsumtiven Ausgaben trägt, die sie verursacht. Generationengerechtigkeit bedeutet die Notwendigkeit, in jüngeren Jahren Reserven für die Zeit zu bilden, in der mehr Gesundheitsleistungen benötigt werden.
7. Die Krankenversicherung muss im Rahmen des allgemeinen Wettbewerbsrechts mehr Gestaltungsmöglichkeiten bekommen als das im heutigen öffentlichen Recht möglich ist. Der Status der Körperschaften öffentlichen Rechts sollte deshalb entfallen. Im gleichen Zuge muss der Wettbewerb auf der Seite Leistungsanbieter gestärkt werden. Effizienzreserven sind nach all den Jahren der Kostendämpfung nicht mehr über Budgetierungsvorgaben des Gesetzgebers zu realisieren, sondern durch die Verbesserung von Behandlungsabläufen und Behandlungsstrukturen.
8. Das Gesundheitssystem muss nach der nächsten Reform einfacher, transparenter und gerechter sein. Die für notwendig erachtete Einkommensumverteilung gehört ins Steuer- und Transfersystem ebenso wie die Finanzierung der aus familien- oder sozialpolitischen Gründen gewünschten Leistungen.

Das, was sich bisher als mögliche Kompromisslinie abzeichnet, erfüllt die Bedingungen nicht. Statt über den notwendigen Paradigmenwechsel wird darüber diskutiert, ob man die Bürger besser über eine Anhebung der Einkommenssteuer oder einen Gesundheitssolidaritätszuschlag zusätzlich belastet. Das verwundert angesichts der Ausgangspositionen der Koalitionäre, die nun in Übereinstimmung gebracht werden sollen, nicht. Die Bürgerversicherung als kollektives Zwangssystem für alle Bürger mit all ihren Einkünften ausgestaltet, beseitigt den Wettbewerb und nimmt dem System mit den PKV-Versicherten den kleinen Teil, der heute an demografischer Komponente vorhanden ist. Sie beseitigt weder die Konjunkturanfälligkeit der GKV, noch sorgt sie für eine Entlastung der Lohnkosten. Sie setzt keine Anreize zu sparsamem Verhalten und reduziert die Wahlmöglichkeit aller Bürger auf die Entscheidung, ob die gleichen Leistungen zu gleichen Bedingungen bei Kasse A oder Kasse B abgesichert werden sollen.

Die einheitliche Gesundheitspauschale der Union kann zwar in die richtige Richtung gehen, bleibt aber auf halbem Wege stehen. Nach wie vor handelt es sich um ein demografieanfälliges Umlagesystem, das nur sehr bedingt unterschiedliche Tarifangebote zulässt. Jede Lohnsteigerung führt bei einer prozentualen Festschreibung des Beitragssatzes, den der Arbeitgeber zu zahlen hat, unweigerlich zu einem höheren Krankenversicherungsbeitrag.

Im Endeffekt münden beide Modelle in eine Einheitsversicherung. Beitragsdifferenzen sind vor allem das Ergebnis unterschiedlicher Risikomischungen der Versicherten, die spätestens mit Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches vollständig nivelliert werden. Am Ende steht damit ein System von Krankenkassen mit gleichen Leistungen zu nahezu gleichen Beiträgen.

Ein Kompromiss aus diesen beiden Konzepten birgt die große Gefahr, dass es die Nachteile beider Modelle in einem noch viel komplexeren System in sich vereint, ohne dass die entscheidenden Probleme konsistent und dauerhaft gelöst werden. Die Einrichtung des in der Diskussion befindlichen Gesundheitsfonds, in den Arbeitgeber und Arbeitnehmer einzahlen müssen und aus dem das Geld an die einzelnen Krankenkassen weiterverteilt wird, ist ein bürokratisches Ungetüm, das echte Wahlfreiheit nicht zulässt, die Gesundheitsausgaben nicht dauerhaft von Löhnen und Gehältern abkoppelt, die Arbeitskosten insbesondere bei Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze verteuert, den Bezug von Leistung und Gegenleistung aufweicht, den Krankenkassen ihre Beitragsautonomie nimmt, zu einer Einheitsversicherung führt und die Probleme des demografischen Wandels ignoriert.

Wenn das Gesundheitssystem dauerhaft auf eine stabile Grundlage gestellt werden soll, muss in den Verhandlungen ein deutliches Umdenken stattfinden.

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 Regelungen 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 vorzugebenden 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

Antrag

der Abgeordneten Michael Kauch, Horst Friedrich (Bayreuth), Birgit Homburger, Jan Mücke, Otto Fricke, Angelika Brunkhorst, Horst Meierhofer, Christian Ahrendt, Uwe Barth, Rainer Brüderle, Ernst Burgbacher, Patrick Döring, Jörg van Essen, Dr. Edmund Peter Geisen, Joachim Günther, Dr. Christel Happach-Kasan, Heinz-Peter Haustein, Elke Hoff, Jürgen Koppelin, Sibylle Laurischk, Harald Leibrecht, Patrick Meinhardt, Burkhardt Müller-Sönksen, Dirk Niebel, Detlef Parr, Gisela Piltz, Jörg Rohde, Dr. Max Josef Stadler, Carl-Ludwig Thiele, Florian Toncar, Dr. Volker Wissing, Hartfrid Wolff, Dr. Wolfgang Gerhardt und der Fraktion der FDP

Das Fluglärmgesetz unverzüglich und sachgerecht modernisieren

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Der Schutz der Bürgerinnen und Bürger vor Verkehrslärm ist eine große umweltpolitische Herausforderung. Dauerhafter Lärm erhöht oberhalb gewisser Schallpegel nach aktuellen Studien u.a. signifikant das Herzinfarktrisiko – mit Folgen nicht nur für die Gesundheit der Betroffenen, sondern auch für die Kosten im Gesundheitswesen.

Im Luftverkehr hat es in den letzten Jahrzehnten erhebliche Fortschritte beim aktiven Schallschutz gegeben. Der Luftfahrtindustrie ist es gelungen, immer leisere Flugzeuge zu bauen, so dass die Einzelschallereignisse weniger stark ausfallen. Gleichzeitig ist aber das Verkehrsaufkommen erheblich gewachsen, so dass die Verbesserung des passiven Schallschutzes z.B. durch den Einbau von Lärmschutzfenstern weiter auf der Tagesordnung bleibt. Beim Fluglärm wird der passive Schallschutz derzeit durch das Gesetz zum Schutz gegen Fluglärm (FluglärmG) geregelt. Dieses Gesetz stammt aus dem Jahr 1971 und ist seitdem nahezu unverändert geblieben. Die Grenzwerte des Fluglärmgesetzes beruhen teilweise auf Untersuchungen aus den 1950er-Jahren und entsprechen nicht mehr den heutigen Erkenntnissen der Lärmwirkungsforschung.

Das geltende Fluglärmgesetz wird den heutigen Ansprüchen nicht mehr gerecht. Das Gesetz bietet weder einen ausreichenden Gesundheitsschutz für die Flughafenanwohner noch Planungssicherheit für die Flughafenbetreiber. Es ist zudem nicht in der Lage, die Siedlungsentwicklung im Flughafenumland angemessen zu steuern. Aufgrund von Auflagen der Betriebsgenehmigung wird an vielen Flughäfen bereits heute weit mehr an passivem Schallschutz geleistet als nach dem veralteten Fluglärmgesetz verlangt wird. Für Ausbaufälle hat

sich so Richterrecht entwickelt, wobei die Gerichte lediglich für den Einzelfall und dabei einheitlich entschieden haben. Rechtssicherheit und Wettbewerbsgleichheit für die Flughafenstandorte gibt das geltende Gesetz damit schon lange nicht mehr. Eine Novellierung der gegenwärtigen Gesetzeslage ist daher aus der Sicht aller Betroffenen überfällig. Auch die Betreiber der deutschen Verkehrsflughäfen bekennen sich zu den Erfordernissen eines zeitgerechten Lärmschutzes, plädieren für Rechtssicherheit und Wettbewerbsgleichheit und fordern daher seit langem eine Novellierung.

Bereits in den letzten beiden Wahlperioden hatte die damalige rot-grüne Bundesregierung wiederholt angekündigt, ein neues Fluglärmgesetz auf den Weg zu bringen. Zu einem Ergebnis haben die Ankündigungen nicht geführt. Ein erster Versuch scheiterte an der Abstimmung zwischen den beteiligten Bundesministerien. Zwar verabschiedete die Bundesregierung dann im Mai 2005 den „Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung des Schutzes vor Fluglärm in der Umgebung von Flugplätzen“. Jedoch wurde der Gesetzesentwurf dem Deutschen Bundestag aufgrund der vorgezogenen Neuwahl nicht mehr vorgelegt.

Dagegen hat sich die FDP-Bundestagsfraktion in der vergangenen Wahlperiode mit ihrem Antrag „Lärmschutz ist Gesundheitsschutz - Fluglärmgesetz endlich modernisieren“ (Bundestagsdrucksache 15/2862) frühzeitig für eine Novellierung des Fluglärmgesetzes eingesetzt und Leitlinien für eine Neuregelung formuliert.

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 11. November 2005 erklärt die Regierungskoalition die Absicht, das Fluglärmgesetz zu novellieren. In inhaltlicher Hinsicht wurde es jedoch versäumt, zumindest Eckpunkte zu benennen. Die Regierungskoalition ist nun gefordert, im Interesse aller Betroffenen diese Ankündigung unverzüglich umzusetzen und dabei auf eine sachgerechte Ausgestaltung zu achten.

Keinesfalls darf der Plan der früheren rot-grünen Bundesregierung aufrecht erhalten werden, durch unterschiedliche Grenzwerte für Ausbau- und Bestandsflughäfen sowie Verkehrs- und Militärflughäfen Anwohner erster, zweiter und dritter Klasse zu schaffen. Alle Anwohner haben den gleichen Anspruch auf Schutz vor Gesundheitsgefahren.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, unverzüglich einen Entwurf zur Novellierung des geltenden FluglärmG vorzulegen, der nachstehenden Leitlinien entspricht:

- Zentrale Orientierung für das Fluglärmgesetz müssen wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse für den Gesundheitsschutz sein. Darüber hinaus muss ein fairer und angemessener Ausgleich zwischen den Interessen und Eigentumsrechten der betroffenen Anwohner, der Nutzer des Flugverkehrs, der Luftfahrtgesellschaften und den Flughafenbetreibern geschaffen werden. Die internationale Wettbewerbssituation der deutschen Flughäfen ist hierbei zu berücksichtigen.
- Der Anwendungsbereich soll Verkehrsflughäfen und größere Verkehrslandeplätze umfassen. Militärflugplätze sollen im Geltungsbereich des Fluglärmgesetzes verbleiben. Ziviler und militärischer Fluglärm werden gleichbehandelt. Diese Gleichbehandlung betrifft den passiven Schallschutz im Fluglärmgesetz, nicht eventuelle Verkehrsbeschränkungen im Luftverkehrsrecht.
- Es sollen neue, niedrigere und für alle Standorte einheitliche Schutzzonen-Grenzwerte festgelegt werden, die dem aktuellen Stand der Lärmwirkungsforschung entsprechen. Besondere Regelungen beim Neu- und Ausbau von Flughäfen sind im Luftverkehrsrecht zu treffen, da sie vorrangig dem Interessenausgleich im Planungsverfahren dienen.
- Es sind Nachtschutzzonen mit strengeren Schallschutz-Anforderungen einzurichten. Dabei sollen die Grenzwerte auf dem derzeitigen Stand der Lärmwirkungsforschung

beruhen. Bei der Festlegung der Grenzwerte für Nachtschutzzonen soll insbesondere auf nächtliche Einzelschallereignisse abgestellt werden, da vor allem diese zu Aufweckreaktionen führen, die Regenerationsphase des Körpers stören und eine besondere Gefahr für die Gesundheit der Betroffenen darstellen.

- Der Mittelungspegel des Fluglärms ist durch ein Verfahren zu berechnen, das zeitgemäßen und anerkannten Standards der Wissenschaft entspricht.
- Es müssen realistische Berechnungsgrundlagen zur Ermittlung der Belastung durch Fluglärm festgelegt werden, die auf der tatsächlichen Verkehrssituation in den verkehrsreichsten Monaten beruhen. Insbesondere sollen nicht die sog. 100/100-Regelung oder vergleichbare, auf theoretische Ausnahmesituationen ausgerichtete Berechnungen zugrunde gelegt werden.
- Für die Erstattung von Aufwendungen für bauliche Schallschutzmaßnahmen sind unbürokratische Regelungen zu treffen.
- Ausnahmeregelungen zum Bauverbot innerhalb der Schutzzone 1, wie es derzeit § 5 Abs. 3 FluglärmG a.F. vorsieht, sind nicht vorzusehen.
- Die untergesetzlichen Regelungen, insbesondere der „Verordnung über bauliche Schallschutzanforderungen nach dem Gesetz zum Schutz gegen Fluglärm“ vom 5. April 1974 (BGBl. S. 903), sind an das novellierte FluglärmG anzupassen.

Berlin, den 13. Dezember 2005

**Michael Kauch,
Horst Friedrich (Bayreuth),
Birgit Homburger,
Jan Mücke,
Otto Fricke,
Angelika Brunkhorst,
Horst Meierhofer,
Christian Ahrendt,
Uwe Barth,
Rainer Brüderle,
Ernst Burgbacher,
Patrick Döring,
Jörg van Essen,
Dr. Edmund Peter Geisen,
Joachim Günther,
Dr. Christel Happach-Kasan,
Heinz-Peter Haustein,
Elke Hoff,
Jürgen Koppelin,
Sibylle Laurischk,
Harald Leibrecht,
Patrick Meinhardt,
Burkhardt Müller-Sönksen,
Dirk Niebel,
Detlef Parr,
Gisela Piltz,
Jörg Rohde,
Dr. Max Josef Stadler,
Carl-Ludwig Thiele,
Florian Toncar,
Dr. Volker Wissing,
Hartfrid Wolff,**

Dr. Wolfgang Gerhardt und der Fraktion der FDP

Antrag

der Abgeordneten Heinz Lanfermann, Birgit Homburger, Daniel Bahr (Münster), Dr. Konrad Schily (Witten), Jens Ackermann, Michael Kauch, Detlef Parr, Dr. Karl Addicks, Uwe Barth, Rainer Brüderle, Angelika Brunkhorst, Ernst Burgbacher, Patrick Döring, Mechthild Dyckmans, Jörg van Essen, Ulrike Flach, Otto Fricke, Horst Friedrich (Bayreuth), Dr. Edmund Peter Geisen, Hans-Michael Goldmann, Miriam Gruß, Dr. Christel Happach-Kasan, Elke Hoff, Dr. Heinrich Leonhard Kolb, Hellmut Königshaus, Gudrun Kopp, Jürgen Koppelin, Sibylle Laurischk, Harald Leibrecht, Ina Lenke, Sabine Leutheusser-Schnarrenberger, Michael Link, Horst Meierhofer, Patrick Meinhardt, Jan Mücke, Burkhardt Müller-Sönksen, Dirk Niebel, Hans-Joachim Otto, Cornelia Pieper, Jörg Rohde, Frank Schäffler, Marina Schuster, Dr. Hermann Otto Solms, Dr. Max Josef Stadler, Dr. Rainer Stinner, Carl-Ludwig Thiele, Florian Toncar, Christoph Waitz, Dr. Claudia Winterstein, Dr. Volker Wissing, Martin Zeil und der Fraktion der FDP

Entbürokratisierung der Pflege vorantreiben - Qualität und Transparenz der stationären Pflege erhöhen

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Ziel eines Abbaus von Bürokratie muss es vorderrangig sein, den Pflegenden mehr Zeit für Pflege und soziale Betreuung des Pflegebedürftigen zu ermöglichen. Durch das zurzeit bestehende Übermaß an Bürokratie kommt die eigentliche Pflege am Menschen jedoch zu kurz.

Die stationäre Pflege ist mit Gesetzen und Verordnungen überfrachtet. Für den Betrieb einer Pflegeeinrichtung sind Hunderte Vorschriften relevant. Hinzu kommen ein erheblicher Aufwand durch Doppel- und Mehrfachprüfungen, steigende Dokumentationspflichten sowie widersprüchliche Regelungen in Heimgesetz (HeimG) und Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI). Laut Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VdAB) können nur 50 Prozent der Bruttoarbeitszeit von Pflegekräften als effektive Pflegezeit genutzt werden.

Die Pflegeeinrichtungen sind mit der Tatsache konfrontiert, dass die Struktur- und Prozessqualität detailliert festgelegt wird. Die Ergebnisqualität hingegen wird kaum beschrieben und überprüft. In der Folge müssen die Einrichtungen mit erheblichem Aufwand ihre Strukturen

und Prozesse beschreiben. Zeit zur Optimierung der entscheidenden Qualitätsdimension, der Ergebnisqualität, und zur Pflege am Menschen bleibt so immer weniger. Ein hohes Qualitätsniveau soll demnach über Gesetze und Verordnungen in die Einrichtungen quasi hineinreguliert werden. Unternehmerische Kreativität und Eigenverantwortung, auch um Antworten auf die demografischen Herausforderungen der nächsten Jahrzehnte zu entwickeln, werden in diesem Ansatz nicht gefordert und schon gar nicht gefördert. Pflegeeinrichtungen werden genauso wenig als Dienstleister betrachtet wie Pflegebedürftige als Kunden und Nachfrager.

Mehr als 40 Instanzen sind zur Prüfung in den Einrichtungen berechtigt. Die Prüfungen sind zwischen den Instanzen weder abgestimmt, noch einem gemeinsamen Katalog unterworfen, wobei die Prüfungsinhalte jedoch Schnittmengen aufweisen. Erhebliche Widersprüche bei der Bewertung identischer Sachverhalte und damit unterschiedliche Prüfungsergebnisse sind die Folge. In einigen Fällen kommt persönliche Willkür des jeweiligen Prüfers hinzu. Die erhebliche zeitliche Beanspruchung für die Vorbereitung, Begleitung und Nachbereitung der zahlreichen Prüfungen bindet allerdings Personal und verkürzt somit die Zeit, die zur Pflege am Pflegebedürftigen selbst verbleibt.

Pflegende sind aufgrund der Vielzahl der Regelungen für ihren Bereich, die meist zusätzlich einen breiten Interpretationsspielraum in der Anwendung lassen bzw. als Bundesgesetze länderspezifisch ausgelegt werden, verunsichert. Die Folgen der Unsicherheit sind in der Pflegedokumentation besonders gut ersichtlich. Es wird „überdokumentiert“, teilweise ohne Bezug auf das zu erreichende Ziel Informationen über den zu Pflegenden gesammelt und jede am Pflegebedürftigen vorgenommene Leistung einzeln abgezeichnet. Das vermeintliche Ziel ist es, sich für den Fall eines durch eine der zahlreichen prüfberechtigten Instanzen festgestellten Mangels, auch haftungsrechtlich, abzusichern. Dabei bezweifeln einige Experten sogar, dass eine rechtliche Absicherung durch das bisherige Dokumentationsverfahren überhaupt möglich ist.

Die Dokumentation kann und wird so nicht als Arbeits- und Hilfsinstrument genutzt, beispielsweise um einen Pflegebedarf und den daraus resultierend Behandlungsbedarf zu ermitteln. Studien zeigen auch, dass insbesondere die Zielformulierung im Rahmen des Pflegeprozesses den Pflegenden Schwierigkeiten bereitet. Lösung kann es jedoch nicht sein, von politischer Seite eine Standardisierung der Pflegedokumentation, womöglich in föderalen Insellösungen, zu fordern. Über eine Entschlackung gesetzlicher Vorgaben für die Pflege muss hier ebenso nachgedacht werden wie über eine Steigerung der Professionalität der Pflege und der Pflegenden.

Die starre gesetzliche Festlegung bestimmter Anforderungen an Strukturen und Prozesse in der Hoffnung, auf diesem Weg ein höheres Qualitätsniveau zu erreichen, zeigt sich ebenfalls in der Überreglementierung des Personaleinsatzes. Die so genannte „Fachkraftquote“ (nach § 5 Abs. 1 HeimPersV) und die enge Definition der Pflegefachkraft (nach § 71 Abs. 3 SGB XI) fußen auf der Annahme eines kausalen Zusammenhangs zwischen Qualifikation und Qualität. Wer als Fachkraft gilt, ist wieder von Bundesland zu Bundesland verschieden. Ebenso variiert der Bezugswert der Fachkraftquote, Tag oder Schicht, zwischen den Bundesländern. Durch eine starre Fachkraftquote wird ein auf den individuellen Pflegebedarf abgestimmter Personaleinsatz nicht ermöglicht, die Sicherung von Qualität und ein effizientes unternehmerisches Handeln der Einrichtung sogar erschwert.

Die im Heimgesetz (§ 7 Abs. 3 und 4) und der Heimmitwirkungsverordnung (§§ 29 bis 33) vorgesehenen Mitwirkungs- und Informationsrechte sollen die Mitwirkung der Bewohner si-

chern und für mehr Transparenz im Betrieb der Pflegeeinrichtungen sorgen. In der Praxis wird jedoch kritisiert, dass in der bisherigen Form vielmehr der Aufwand gesteigert wird, als dass den Bewohnern wirkliche Mitentscheidungsrechte eingeräumt werden. Durch den gestiegenen Abstimmungsaufwand zwischen Heim und Heimbeirat werden die Pflegesatzverhandlungen einerseits erschwert und verlängert. Andererseits verfügt der Heimbeirat über keinerlei Rechte, Maßnahmen der Einrichtungsleitung zu verhindern oder eigene Maßnahmen durchzusetzen. Die Bewohner sind in der Folge eher verunsichert. Inhalt ihrer Stellungnahmen vor Aufnahme von Vergütungsvereinbarungen (nach § 7 Abs. 4 HeimG) sind auch vielmehr alltäglichere Forderungen, wie nach mehr Obst auf dem Speiseplan.

Der scheinbare Bedarf, Prozesse und Strukturen in der Pflege bis in das letzte Detail zu regeln, setzt die Pflegenden letztlich einem deutlichen Misstrauensvorbehalt aus, dass sie selbst nicht in der Lage wären, Leistungen mit hoher pflegerischer Qualität zu erbringen. Auf Grund weniger „schwarzer Schafe“, die in der Öffentlichkeit und in den Medien jedoch verstärkt wahrgenommen werden, entsteht das Bild, dass Einrichtungen und ihre Pflegemitarbeiter grundsätzlich Pflege minderer Qualität, wenn nicht gar gefährliche Pflege, leisten. Dieses Image ist für die Wachstumsbranche Pflege kontraproduktiv und verlangt, auch von Seiten der Politik, ein entschlossenes Gegensteuern. Der viel diskutierte „Pflegenotstand“, im Sinne eines insbesondere zukünftigen Fehlens qualifizierter Fachkräfte, hat auch hier seine Ursachen.

Die im Herbst letzten Jahres vorgelegten Ergebnisse des Runden Tisches Pflege erfüllten nur teilweise die hohen Erwartungen der Fachwelt. Der Abschlussbericht der Arbeitsgruppe Entbürokratisierung enthält zwar einige richtige und wichtige Empfehlungen, greift die Notwendigkeit der Entbürokratisierung jedoch nicht grundsätzlich genug auf. Wir brauchen in der Pflege dringend einen Paradigmenwechsel hin zu mehr Transparenz über die Qualität des Pflegeergebnisses verbunden mit unternehmerischer Eigenverantwortung und –initiative.

II. Vor diesem Hintergrund fordert der Deutsche Bundestag die Bundesregierung auf,

- die Prüfkompetenzen von Medizinischem Dienst der Krankenkassen (MDK) und Heimaufsicht zu konkretisieren sowie auf eine verbesserte inhaltliche und terminliche Zusammenarbeit der Prüfinstanzen hinzuwirken: Als ordnungsrechtliche Instanz prüft die Heimaufsicht die Strukturqualität nach dem Heimgesetz. Sachverhalte die durch die Heimaufsicht geprüft werden, werden nicht mehr durch den MDK geprüft. Der MDK prüft vorderrangig die Ergebnisqualität. Außerdem muss sich die Heimaufsicht mit den weiteren zur Prüfung berechtigten Instanzen abstimmen. Die Heimaufsicht und die weiter an einer Prüfung beteiligten Instanzen erstellen ein gemeinsames Ergebnis der Prüfung.
- Maßnahmen zu ergreifen, um die Transparenz über die Qualität der Pflegeleistungen zu erhöhen. Die Pflegeeinrichtungen müssen viel mehr als heute die Möglichkeit haben, sich als „weiße Schafe“, als Dienstleister, die eine hohe Pflegequalität im Sinne einer Verbesserung der pflegeinduzierten Lebensqualität ihrer Bewohner, anbieten, darstellen zu können. Aus diesem Grund sollte ein Benchmarking zwischen den Einrichtungen nach bundeseinheitlichen Qualitätskriterien eingeführt

werden: Die Qualitätskriterien sind unter Mitarbeit der Leistungsträger in Abstimmung mit den Prüfinstanzen zu erarbeiten und sollen sich möglichst eng an dem Ergebnis des Pflegeprozesses orientieren. Für die einzelnen Qualitätskriterien sind zwischen Leistungsträgern und Prüfungsinstanzen Grenzwerte zu vereinbaren. Ein Verletzen der Grenzwerte löst eine Prüfung durch den MDK aus. Die durch die Einrichtungen realisierten Ergebnisse in den einzelnen Qualitätskriterien sind zu veröffentlichen, um den Pflegebedürftigen, ihren Angehörigen oder dem gesetzlichen Vertreter die Möglichkeit zu geben, eine Pflegeeinrichtung auch nach (Ergebnis-) Qualitätsgesichtspunkten auswählen zu können.

- die Regelungen des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes (PQsG) auf ihre Erforderlichkeit und Praxistauglichkeit zu überprüfen. Sollten sie zu mehr Bürokratie beitragen, als dass sie zu spürbaren Qualitätsverbesserungen für die Pflegebedürftigen führen, ist durchaus auch ein Streichen (beispielsweise der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV) und der Leistungs- und Qualitätsnachweise (LQN)) sinnvoll.
- schwerpunktmäßig zu anlassbezogenen und unangemeldeten ergebnisqualitätsorientierten Prüfungen im SGB XI überzugehen.
- Maßnahmen zur stärkeren Professionalisierung der Pflege und der Pflegenden einzuleiten. Dazu gehört unter anderem eine Ausweitung der Definition der Pflegefachkraft nach § 71 Abs. 3 SGB XI.
- die Felder der Mitwirkung der Bewohner dahingehend zu überprüfen, ob eine Steigerung der Beteiligung erreicht werden konnte und gegebenenfalls zu überarbeiten.
- von einander abweichende Regelungen im SGB XI und im Heimgesetz zu harmonisieren.
- die Erforderlichkeit und Praxistauglichkeit der §§ 12 und 13 HeimG (Anzeige-, Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflichten) zu überprüfen und als nicht erforderlich und praxisuntauglich identifizierte Pflichten zu streichen.
- die Regelungen des Heimgesetzes und der Heimmindestbauverordnung (HeimMinBauV) daraufhin zu überprüfen, ob und inwieweit sie das Entstehen neuer Wohnformen (betreutes Wohnen, generationenübergreifendes Wohnen, Alten-Wohngemeinschaften etc.) erschweren oder gar verhindern und gegebenenfalls die gesetzlichen Regelungen entsprechend anzupassen.

Heinz Lanfermann
Birgit Homburger
Daniel Bahr
Dr. Konrad Schily (Witten)
Jens Ackermann
Michael Kauch
Detlef Parr
Dr. Karl Addicks
Uwe Barth
Rainer Brüderle
Angelika Brunkhorst
Ernst Burgbacher
Patrick Döring
Mechthild Dyckmans
Jörg van Essen
Ulrike Flach
Otto Fricke
Horst Friedrich (Bayreuth)
Dr. Edmund Peter Geisen
Hans-Michael Goldmann
Miriam Gruß
Dr. Christel Happach-Kasan
Elke Hoff
Dr. Heinrich Leonhard Kolb
Hellmut Königshaus
Gudrun Kopp
Jürgen Koppelin
Sibylle Laurischk
Harald Leibrecht
Ina Lenke
Sabine Leutheusser-Schnarrenberger
Michael Link
Horst Meierhofer
Patrick Meinhardt
Jan Mücke
Burkhardt Müller-Sönksen
Dirk Niebel
Hans-Joachim Otto
Cornelia Pieper
Jörg Rohde
Frank Schäffler
Marina Schuster
Dr. Hermann Otto Solms
Dr. Max Josef Stadler
Dr. Rainer Stinner
Carl-Ludwig Thiele
Florian Toncar
Christoph Waitz
Dr. Claudia Winterstein
Dr. Volker Wissing
Martin Zeil
Dr. Wolfgang Gerhardt und Fraktion

Antrag

der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, Dr. Konrad Schily (Witten), Dr. Heinrich Leonhard Kolb, Jens Ackermann, Dr. Karl Addicks, Christian Ahrendt, Uwe Barth, Rainer Brüderle, Angelika Brunkhorst, Ernst Burgbacher, Patrick Döring, Mechthild Dyckmans, Jörg van Essen, Otto Fricke, Paul Klemens Friedhoff, Horst Friedrich (Bayreuth), Dr. Edmund Peter Geisen, Hans-Michael Goldmann, Miriam Gruß, Joachim Günther, Dr. Christel Happach-Kasan, Elke Hoff, Michael Kauch, Gudrun Kopp, Jürgen Koppelin, Sibylle Laurischk, Harald Leibrecht, Ina Lenke, Sabine Leutheusser-Schnarrenberger, Michael Link, Horst Meierhofer, Patrick Meinhardt, Jan Mücke, Burkhardt Müller-Sönksen, Dirk Niebel, Hans-Joachim Otto, Detlef Parr, Cornelia Pieper, Gisela Piltz, Jörg Rohde, Frank Schäffler, Marina Schuster, Dr. Hermann Otto Solms, Dr. Max Josef Stadler, Carl-Ludwig Thiele, Florian Toncar, Christoph Waitz, Dr. Claudia Winterstein, Dr. Volker Wissing, Martin Zeil und der Fraktion der FDP

Ausgleich für neue Arbeitszeitmodelle in Krankenhäusern vorziehen

Der Bundestag wolle beschließen:

§ 6 Abs. 5 Bundespflegesatzverordnung und § 4 Abs. 13 Krankenhausentgeltgesetz werden so geändert, dass die bis zum Jahr 2009 vorgesehenen zusätzlichen Mittel zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen in den Krankenhäusern bereits ab dem Jahr 2006 vollständig abgerufen werden können. Voraussetzung für die Vereinbarung soll dabei bleiben, dass das Krankenhaus nachweist, dass ihm aufgrund einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen tatsächlich zusätzliche Personalkosten zur Einhaltung der Regelungen des Arbeitszeitrechts entstehen.

Berlin, den 15. Februar 2006

Daniel Bahr (Münster)
Heinz Lanfermann
Dr. Konrad Schily (Witten)
Dr. Heinrich Leonhard Kolb

**Jens Ackermann
Dr. Karl Addicks
Christian Ahrendt
Uwe Barth
Rainer Brüderle
Angelika Brunkhorst
Ernst Burgbacher
Patrick Döring
Mechthild Dyckmans
Jörg van Essen
Otto Fricke
Paul Klemens Friedhoff
Horst Friedrich (Bayreuth)
Dr. Edmund Peter Geisen
Hans-Michael Goldmann
Miriam Gruß
Joachim Günther
Dr. Christel Happach-Kasan
Elke Hoff
Michael Kauch
Gudrun Kopp
Jürgen Koppelin
Sibylle Laurischk
Harald Leibrecht
Ina Lenke
Sabine Leutheusser-Schnarrenberger
Michael Link
Horst Meierhofer
Patrick Meinhardt
Jan Mücke
Burkhardt Müller-Sönksen
Dirk Niebel
Hans-Joachim Otto
Detlef Parr
Cornelia Pieper
Gisela Piltz
Jörg Rohde
Frank Schäffler
Marina Schuster
Dr. Hermann Otto Solms
Dr. Max Josef Stadler
Carl-Ludwig Thiele
Florian Toncar
Christoph Waitz
Dr. Claudia Winterstein
Dr. Volker Wissing
Martin Zeil
Dr. Wolfgang Gerhardt und Fraktion**

Begründung

Mit dem Gesetz zu Reformen am Arbeitsmarkt war unter der Federführung des Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit das Arbeitszeitgesetz zum 1.1.2004 dahingehend angepasst worden, dass

Bereitschaftsdienst in Gänze als Arbeitszeit zu bewerten und auf die gesetzliche Höchstarbeitszeit von 48 Stunden die Woche anzurechnen sei. Um die Umsetzung insbesondere auch in den Krankenhäusern zu erleichtern wurde eine Übergangsfrist bis zum 31. Dezember 2005 für die Umsetzung im Gesetz aufgenommen. Diese Übergangsfrist ist durch das 5. Gesetz zur Änderung des dritten Buches Sozialgesetzbuch für bis zum 1. Januar 2004 bestehende oder nachwirkende Tarifverträge noch einmal bis zum 31.12.2006 verlängert worden. Bis dahin müssen die entsprechenden Arbeitszeitenregelungen umgesetzt sein, so dass Eile geboten ist.

Mittlerweile liegt zudem ein Urteil des Bundesarbeitsgerichtes vom 24. Januar 2006 (1 ABR 6/05) vor, das eventuell noch schnelleren Handlungsbedarf begründet. Danach darf die Arbeitszeit einschließlich Arbeitsbereitschaft und Bereitschaftsdienst auch bei Alt-Tarifverträgen im Durchschnitt von 12 Monaten 48 Wochenstunden nicht überschreiten. Zwar blieben nach § 25 Satz 1 ArbZG Tarifverträge, die am 1. Januar 2004 bereits galten, von der Einhaltung bestimmter gesetzlicher Höchstgrenzen bis zum 31. Dezember 2006 unberührt. Entgegen einem weit verbreiteten Verständnis werde von dieser Übergangsregelung die 48-Stunden-Grenze jedoch nicht erfasst. Das ergebe die gebotene europakonforme Auslegung der Vorschrift. Insofern ist dringender Handlungsbedarf in den Krankenhäusern gegeben.

Mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung, das am 1.1.2004 in Kraft getreten ist, ist durch Artikel 14 in § 6 Abs. 5 eine Regelung in die Bundespflegesatzverordnung sowie das Krankenhausentgeltgesetz aufgenommen worden, die den Krankenhäusern die Umstellung auf das neue Arbeitszeitrecht erleichtern sollte. Danach können die Vertragsparteien zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen für die Jahre 2003 bis 2009 jährlich einen zusätzlichen Betrag bis zur Höhe von 0,2 vom Hundert des Gesamtbetrages vereinbaren. Das entspricht jährlich etwa 100 Millionen Euro. Ab dem Jahr 2009 könnten den Krankenhäusern somit zusätzlich für die Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen etwa 700 Millionen Euro zur Verfügung stehen. Die Umsetzung der neuen Arbeitszeitmodelle muss jedoch umgehend erfolgen und duldet keinen Aufschub. Sie kann nicht bis zum Jahre 2009 gestreckt werden. Es ist deshalb folgerichtig, die im Endeffekt vorgesehenen finanziellen Mittel für die Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen in den Krankenhäusern, die nach derzeitigem Stand erst im Jahr 2009 erreicht würden, entsprechend vorzuziehen. Die Finanzaufstockung soll wie bisher daran geknüpft werden, dass den Krankenhäusern durch die Umsetzung tatsächlich Mehrkosten entstehen. Das bewahrt die Flexibilität des Instruments im Hinblick auf eventuelle Änderungen, die sich aus einer Neuformulierung der zur Grunde liegenden EU-Richtlinie ergeben könnten.

Entschließungsantrag

der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, Detlef Parr, Dr. Konrad Schily (Witten), Jens Ackermann, Dr. Karl Addicks, Christian Ahrendt, Uwe Barth, Rainer Brüderle, Angelika Brunkhorst, Ernst Burgbacher, Patrick Döring, Mechthild Dyckmans, Jörg van Essen, Otto Fricke, Paul Klemens Friedhoff, Horst Friedrich (Bayreuth), Dr. Edmund Peter Geisen, Hans-Michael Goldmann, Miriam Gruß, Joachim Günther, Dr. Christel Happach-Kasan, Elke Hoff, Birgit Homburger, Dr. Werner Hoyer, Michael Kauch, Dr. Heinrich Leonhard Kolb, Gudrun Kopp, Jürgen Koppelin, Sibylle Laurischk, Harald Leibrecht, Ina Lenke, Michael Link, Horst Meierhofer, Patrick Meinhardt, Jan Mücke, Burkhardt Müller-Sönksen, Dirk Niebel, Hans-Joachim Otto, Cornelia Pieper, Gisela Piltz, Jörg Rohde, Frank Schäffler, Marina Schuster, Dr. Hermann Otto Solms, Dr. Max Josef Stadler, Dr. Rainer Stinner, Carl-Ludwig Thiele, Florian Toncar, Christoph Waitz, Dr. Claudia Winterstein, Dr. Volker Wissing, Martin Zeil und der Fraktion der FDP

**zu der dritten Beratung des Gesetzentwurfs der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
- Drucksache 16/194**

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung

Der Bundestag wolle beschließen:

Das Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelverordnung (AVWG) wird zurückgezogen. Statt der dringend notwendigen Deregulierung fügt es den heute schon im Übermaß vorhandenen dirigistischen Instrumenten weitere hinzu und beschleunigt die Interventionsspirale. Zwangsrabatte, Preisregulierungen und willkürliche Vorgaben für die Festsetzung der Festbeträge mit der Gefahr von Aufzählungen auf breiter Front gefährden nicht nur insbesondere die mittelständische Pharmaindustrie, sondern sie behindern ebenso Innovationen und führen zu Belastungen der Patienten. Die Einengung der therapeutischen Möglichkeiten für die niedergelassenen Ärzte durch ausschließlich an Kosten orientierte „Verordnungskorridore“ im Rahmen von „Durchschnittskosten je definierter Dosiereinheit“, deren Befolgung oder Nichtbefolgung Boni bzw. Mali nach sich zieht, belastet das Arzt-Patienten-Verhältnis. Sie führt in die Standardisierung von Behandlungen und gefährdet eine individuell am Patienten ausgerichtete Versorgung, die auch den medizinischen Fortschritt berücksichtigt.

Die Bundesregierung wird aufgefordert, im Rahmen der längst überfälligen Strukturreform auch eine konsistente Neuordnung des Arzneimittelmarktes vorzunehmen mit dem Ziel, Transparenz zu schaffen, Innovationen im Sinne der Patienten zu befördern und ihnen Versorgungssicherheit zu gewährleisten sowie den Unternehmen die dringend benötigte Planungssicherheit für ihre Entscheidungen zu geben.

Berlin, den 16. Februar 2006

Daniel Bahr (Münster)
Heinz Lanfermann
Detlef Parr
Dr. Konrad Schily (Witten)
Jens Ackermann
Dr. Karl Addicks
Christian Ahrendt
Uwe Barth
Rainer Brüderle
Angelika Brunkhorst
Ernst Burgbacher
Patrick Döring
Mechthild Dyckmans
Jörg van Essen
Otto Fricke
Paul Klemens Friedhoff
Horst Friedrich (Bayreuth)
Dr. Edmund Peter Geisen
Hans-Michael Goldmann
Miriam Gruß
Joachim Günther
Dr. Christel Happach-Kasan
Elke Hoff
Birgit Homburger
Dr. Werner Hoyer
Michael Kauch
Dr. Heinrich Leonhard Kolb
Gudrun Kopp
Jürgen Koppelin
Sibylle Laurischk
Harald Leibrecht
Ina Lenke
Michael Link
Horst Meierhofer
Patrick Meinhardt
Jan Mücke
Burkhardt Müller-Sönksen
Dirk Niebel
Hans-Joachim Otto
Cornelia Pieper
Gisela Piltz
Jörg Rohde
Frank Schäffler
Marina Schuster
Dr. Hermann Otto Solms

Dr. Max Josef Stadler
Dr. Rainer Stinner
Carl-Ludwig Thiele
Florian Toncar
Christoph Waitz
Dr. Claudia Winterstein
Dr. Volker Wissing
Martin Zeil
Dr. Wolfgang Gerhardt und Fraktion

Begründung

Mit dem AVWG sollen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Arzneimittel zurückgefahren werden. Begründet wird das damit, dass im Jahr 2005 gegenüber dem Jahr 2004 ein drastischer Ausgabenanstieg zu verzeichnen gewesen wäre, der den Einsatz von weiteren staatlichen Reglementierungen rechtfertige. Bei einem solchen Vergleich muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Arzneimittelausgaben im Jahr 2004 aufgrund beispielsweise der Vorzieheffekte im Jahr 2003 sowie des Wegfalls des um zehn Prozent erhöhten Herstellerrabatts für einen aussagekräftigen Vergleich zu niedrig bemessen sind. Festzustellen ist, dass sich die Preise in diesem Bereich nicht überproportional entwickelt haben. Weder die Naturalrabatte, noch die Generika sind für die Ausgabensteigerung verantwortlich. Das AVWG setzt aber sehr stark darauf, diese Faktoren zu regulieren. Auf diese Weise soll vermutlich die zum 1.1.2007 geplante Mehrwertsteuererhöhung kompensiert werden, die sich über die Arzneimittelpreise mit ca. 700 Millionen Euro bei der GKV niederschlagen wird.

Der deutsche Arzneimittelmarkt ist bereits heute durch eine Vielzahl unterschiedlicher Instrumente hochgradig überreguliert:

1. **Arzneimittelrichtlinien:**
Gemäß § 92 SGB V beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss Richtlinien über die Verordnung von Arzneimitteln. Er nimmt darin eine Spezifikation der Verordnungsmöglichkeiten vor und definiert auch Arzneimittel, die nicht zu Lasten der GKV abrechnungsfähig sein sollen.
2. **Gesetzlich ausgeschlossene Arzneimittel**
Gemäß § 34 SGB V gehören nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel grundsätzlich nicht zum Leistungskatalog der GKV (Ausnahme: Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr). Darüber hinaus sind verschreibungspflichtige Arzneimittel bei bestimmten Indikationen wie z. B. Erkältungskrankheiten, Reisekrankheit usw. nicht zu Lasten der GKV abrechenbar.
3. **Festbeträge für Arzneimittel**
Gemäß § 35 SGB V bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss, für welche Gruppen von Arzneimitteln Festbeträge festgesetzt werden können.
Für die Festbetragsgruppen werden von den Spitzenverbänden nach einem komplizierten Verfahren Festbeträge festgesetzt, die im Allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten sollen.
4. **Nutzenbewertung von Arzneimitteln**
Gemäß § 35 b SGB V bewertet das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen den Nutzen von Arzneimitteln. Diese Nutzenbewertungen werden dem Gemeinsamen Bundesausschuss als Empfehlung für die Verwendung im Rahmen der Arzneimittelrichtlinien zugeleitet.
5. **Arzneimittelvereinbarung und Arzneimittelrichtgrößen**
Landesverbände der Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen schließen jeweils für das folgende Jahr eine Arzneimittelvereinbarung ab, die das Ausgabenvolumen vorgibt, Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele und konkrete, auf die Umsetzung dieser Ziele ausgerichtete Maßnahmen.

men (Zielvereinbarung), insbesondere zur Information und Beratung umfasst sowie Kriterien für Sofortmaßnahmen zur Einhaltung des vereinbarten Ausgabenvolumens enthält.

6. Aut-Idem-Regelung

Gemäß § 129 Abs. 1 SGB V ist der Apotheker zur Abgabe eines preisgünstigen Arzneimittels in den Fällen verpflichtet, in denen der verordnende Arzt ein Arzneimittel nur unter seiner Wirkstoffbezeichnung verordnet hat oder die Ersetzung des Arzneimittels durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel nicht ausgeschlossen hat. Nach Aussagen sowohl der Pharmaindustrie als auch z. B. der Betriebskrankenkassen hat sich diese Regelung nicht bewährt. Sie hat vielmehr dazu geführt, dass einige Apotheken mit umfangreichen Naturalrabatten bedacht worden sind. Eine solche Regelung könnte man deshalb auch wieder abschaffen, statt die Naturalrabatte zu verbieten.

7. Importförderung

Gemäß § 129 Abs. 1 SGB V sind die Apotheken zur Abgabe von preisgünstigen importierten Arzneimitteln verpflichtet, wenn der für den Versicherten maßgebliche Arzneimittelabgabepreis mindestens 15 Prozent oder mindestens 15 Euro niedriger ist als der Preis des Bezugsarzneimittels.

8. Preisvergleichsliste

Gemäß § 92 Abs. 2 SGB V sind die Arzneimittelrichtlinien so zusammenzustellen, dass dem Arzt der Preisvergleich und die Auswahl therapiegerechter Verordnungsmengen möglich ist. Die Zusammenstellung der Arzneimittel ist dabei nach Indikationsgebieten und Stoffgruppen zu gliedern. Zu den einzelnen Indikationsgebieten sind Hinweise aufzunehmen, aus denen sich für Arzneimittel mit pharmakologisch vergleichbaren Wirkstoffen oder therapeutisch vergleichbarer Wirkung eine Bewertung des therapeutischen Nutzens auch im Verhältnis zum jeweiligen Apothekenabgabepreis damit zur Wirtschaftlichkeit der Verordnung ergibt.

9. gesetzliche Zwangsrabatte

Die Krankenkassen erhalten gemäß § 130 SGB V von den Apotheken für verschreibungspflichtige Arzneimittel einen Rabatt von zwei Euro je Arzneimittel. Von dem Fixzuschlag für jedes Arzneimittel in Höhe von 8,10 Euro verbleiben dem Apotheker damit noch 6,10 Euro.

Die Krankenkassen erhalten darüber hinaus einen Abschlag in Höhe von sechs Prozent des Herstellerabgabepreises (im Jahr 2004 betrug dieser Rabatt 16 Prozent für festbetragsfreie Präparate).

Darüber hinaus können die Krankenkassen oder ihre Verbände mit pharmazeutischen Unternehmen zusätzlich Rabatte für die zu ihren Lasten abgegebenen Arzneimittel vereinbaren (§ 130 Abs. 8 SGB V).

10. Sonderregelungen im Zusammenhang mit der integrierten Versorgung

Gemäß § 129 Abs. 5 b SGB V können sich Apotheken an vertraglich vereinbarten Versorgungsformen beteiligen. Die Angebote sind dabei öffentlich auszuschreiben. In den Verträgen kann das Nähere über Qualität und Struktur der Arzneimittelversorgung für die an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten auch abweichend von den Vorschriften des SGB V vereinbart werden. Bestehen bleibt allerdings die Arzneimittelpreisverordnung.

Statt die vorhandenen Instrumente auf ihre Sinnhaftigkeit zu überprüfen und auf das notwendige Minimum zu beschränken, erweitert das AVWG dieses Arsenal noch und trägt dazu bei, die Überregulierung des Arzneimittelmarktes weiter voranzutreiben.

1. Ein Beispiel: Bonus-/Malus-Regelungen auf der Basis von Durchschnittskosten je definierter Dosiereinheit. Abgesehen von der Gefahr, dass das Arzt-Patienten-Verhältnis hierdurch belastet und die Therapiefreiheit weiter eingeschränkt wird, stellt sich die Frage nach der Sinnhaftigkeit des Nebeneinanders von Arzneimittelrichtgrößen mit entsprechenden Vereinbarungen und der Bonus-/Malus-Regelung auf der Basis von aufwändig zu ermittelnden Tagestherapiekosten für bestimmte Indikationen. Die Änderungsanträge haben dieses Problem nicht gelöst. Auf Bundesebene werden nun Einsparpotentiale vorgegeben, die den regionalen Unterschieden in der Morbidität und der Mentalität nicht Rechnung tragen können. Die Ärzte brauchen klare, deutliche Informationen über die Wirkungsweise von Arzneimitteln und ihre Preise sowie zeitnahe Unterrichtungen über ihre Verordnungsweise im Vergleich zu ihren Kollegen. Informationsgespräche wie sie heute zum

Teil schon stattfinden, können dabei hilfreich sein. Keinesfalls aber darf ein verantwortlich handelnder Arzt in die Situation kommen, die Kosten für notwendige Medikamente zum Teil aus der eigenen Tasche bezahlen zu müssen. Ethisch problematisch ist ebenso, wenn der Arzt von einer übermäßig zurückhaltenden Arzneimitteltherapie profitiert.

2. Als ein weiteres Beispiel kann der Umgang mit den Naturalrabatten herangezogen werden. Sie wären auf einfache Art und Weise aus der Welt zu schaffen, indem das Instrument des Aut-idem abgeschafft würde, das sich nicht bewährt hat, dafür aber diese Rabatte erst attraktiv macht. Stattdessen werden sie nun verboten – mit gravierenden Konsequenzen für Arzneimittel, die die gesetzliche Krankenversicherung gar nicht tangieren: die nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel und die Tierarzneimittel. Das kann zu steigenden Preisen für die Konsumenten führen. In anderen Bereichen z. B. bei den Impfstoffen und bei den Arzneimitteln, die in Krankenhäusern Verwendung finden, führen diese Maßnahmen zu einer Mehrbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung und damit von Versicherten und Arbeitgebern.
3. Ein drittes Beispiel: der Umgang mit Preisen und Rabatten. Die Entwicklung der letzten Jahre hat gezeigt, dass die Preise sich moderat entwickelt haben. Sie stellen nicht das Problem dar. Dennoch wird mit dem zweijährigen Preismoratorium und dem zusätzlichen Herstellerrabatt im generikafähigen Bereich in die Preisfestsetzung eingegriffen. Es ist nicht nachvollziehbar, dass die Generikahersteller, die bisher für einen funktionierenden Preiswettbewerb auch unterhalb der Festbeträge gesorgt haben, nun mit einem Zwangsrabatt belegt werden. Ebenso wenig ist verständlich, dass Hersteller patentfreier Alt-Originale, die keine Naturalrabatte gegeben haben, nun einen Zwangsrabatt leisten müssen. Für festbetragsfreie Arzneimittel, für die die gesetzlichen Krankenkassen gem. § 130 a Abs. 1 Satz 1 SGB V bereits heute einen Herstellerrabatt von sechs Prozent erhalten, kann sich der Gesamtabschlag auf 16 Prozent summieren. Diese Kumulation gefährdet die Existenz insbesondere der mittelständischen Pharmaunternehmen. Der Rabatt trifft diejenige besonders hart, die ihre Geschäftspolitik auf niedrige Preise und nicht auf Naturalrabatte ausgerichtet haben.
4. Viertes Beispiel: Die auch von den Spitzenverbänden der Krankenkassen kritisierte Verschärfung der Festbetragsfestsetzung droht dazu zu führen, dass Patienten Arzneimittel zukünftig nicht mehr überwiegend zum Festbetrag erhalten, sondern neben der gesetzlichen Zuzahlung Aufzahlungen in zum Teil nicht unerheblichem Maße fällig werden, für die die Überforderungsregelung nicht zur Anwendung kommt. Statt unter Schaffung der notwendigen Rahmenbedingungen darauf zu vertrauen, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen bei Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven eine solche Situation mit dem notwendigen Fingerspitzengefühl angehen, wird das Instrument gesetzlich noch verschärft. Bei Arzneimitteln, deren Preise oberhalb des Festbetrages liegen, soll es möglich sein, Rabatte für die Arzneimittel zu vereinbaren, die bei entsprechender Höhe dazu führen, dass die Patienten keine Aufzahlung leisten müssen. Diese Regelung schafft Intransparenz. Sie ist aufgrund der notwendigen EDV-Umstellung nicht zeitnah und dann auch nur mit unverhältnismäßig hohem bürokratischem Aufwand administrierbar. Ob sie angesichts der offenen zu legenden Rabattvereinbarungen zumindest den Zweck erfüllen wird, die Referenzpreise für andere Länder zu stabilisieren, darf zumindest bezweifelt werden.
5. Fünftes Beispiel: die Zertifizierungspflicht durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung für Softwareprogramme, die Ärzte für die Verordnung von Arzneimitteln verwenden. Die damit angestrebte Gewährleistung des Verbotes irreführender Werbung kann sehr viel besser dadurch erreicht werden, dass die Kriterien für die Software, die Ärzte bei der Verordnung von Arzneimittel verwenden dürfen, im Sozialgesetzbuch V geregelt werden. Der enorme Verwaltungsaufwand, der durch eine Zertifizierung aller Softwareprogramme durch die KBV entsteht, könnte damit vermieden werden, ohne das angestrebte Ziel zu gefährden.
6. Sechstes Beispiel: Verpflichtung der Krankenhäuser bei Entlassung des Patienten Arzneimittel anzuwenden, die auch bei der Verordnung in der Vertragsärztlichen Versorgung zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Die Krankenhäuser werden damit quasi verpflichtet, die im vertragsärztlichen Bereich geltenden Arzneimittelvorschriften zu beachten. Das wird zu erheblichen Problemen führen. Es ist fraglich, inwiefern dann noch innovative Arzneimittel zum Einsatz kommen können, die zunächst nur im Krankenhaus Verwendung finden. Es ist nicht klar, ab welchem Zeitpunkt „Entlassungspatienten“ mit niederlassungskonformen Arzneimitteln versorgt werden müssen. Die Regelung hat zudem gravierende Auswirkungen auf die Einkaufspolitik. Es ist absehbar, dass

hieraus neben dem Verbot der Naturalrabatte weitere Kostensteigerungen resultieren werden, die sich in den Fallpauschalen niederschlagen dürften.

Die Arbeit an einem in sich stimmigen Konzept für den Arzneimittelsektor steht noch aus. Das Ergebnis wird je nachdem für welchen Weg man sich bei der anstehenden Gesundheitsreform entscheidet, anders aussehen müssen. Es ist deshalb geboten, die anstehenden Fragen im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform im Sinne von Verlässlichkeit, Innovationsfreundlichkeit, marktkonformer Lösungen und Versorgungssicherheit zu regeln und nicht ein Präjudiz durch das AVWG zu schaffen bzw. zu riskieren, dass sich alle Marktteilnehmer bereits ein Dreivierteljahr später wieder auf neue Vorgaben einstellen müssen.

Antrag

der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, Dr. Konrad Schily (Witten), Dr. Heinrich Leonhard Kolb, Detlef Parr, Jens Ackermann, Dr. Karl Addicks, Christian Ahrendt, Uwe Barth, Rainer Brüderle, Angelika Brunkhorst, Ernst Burgbacher, Patrick Döring, Mechthild Dyckmans, Jörg van Essen, Otto Fricke, Horst Friedrich (Bayreuth), Dr. Edmund Peter Geisen, Hans-Michael Goldmann, Miriam Gruß, Heinz-Peter Hausteil, Elke Hoff, Birgit Homburger, Dr. Werner Hoyer, Michael Kauch, Hellmut Königshaus, Jürgen Koppelin, Sibylle Laurischk, Harald Leibrecht, Michael Link, Horst Meierhofer, Patrick Meinhardt, Burkhardt Müller-Sönksen, Hans-Joachim Otto, Cornelia Pieper, Gisela Piltz, Jörg Rohde, Frank Schäffler, Dr. Hermann Otto Solms, Dr. Max Josef Stadler, Dr. Rainer Stinner, Carl-Ludwig Thiele, Florian Toncar, Christoph Waitz, Dr. Claudia Winterstein, Dr. Volker Wissing, Martin Zeil, Dr. Guido Westerwelle und der Fraktion der FDP

Für Nachhaltigkeit, Transparenz, Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen

Der Bundestag wolle beschließen:

Der Bundestag stellt fest:

Das deutsche Gesundheitssystem ist in seinen derzeitigen Strukturen nicht geeignet, einen bezahlbaren Versicherungsschutz für den Krankheitsfall auf hohem Niveau für die nächsten Jahrzehnte zu gewährleisten. Entgegen der Annahmen der letzten Reform von SPD, Grünen und CDU/CSU von 2003 liegen die Beitragssätze der GKV in diesem Jahr bei 14,1 Prozent (13,2 Prozent plus 0,9 Prozent allein vom Versicherten zu tragender Sonderbeitrag), statt wie prognostiziert bei 13 Prozent (12,15 Prozent plus 0,85 Prozent). Große Krankenkassen haben bereits weitere Beitragserhöhungen beschlossen bzw. angekündigt.

Die Koalition hat durch ihre eigenen Entscheidungen die Situation weiter verschärft. Die Mehrwertsteuererhöhung zum 1.1.2007 sowie der wegfallende Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen entziehen der gesetzlichen Krankenversicherung jährlich mehr als 5 Mrd. €. Die gesetzlichen Krankenkassen befürchten, dass der Fehlbetrag im nächsten Jahr ohne Reform 8 bis 10 Mrd. € betragen wird. Die Grenzen einer auf bloße Kostendämpfung ausgerichteten Politik werden deutlich sichtbar. Wahlfreiheit und Wettbewerb sind Schlagworte, denen die substanzielle Verankerung im System fehlt.

Notwendig ist ein grundlegendes Umsteuern, das die Schwächen des derzeitigen Systems auch im Hinblick auf die demografische Entwicklung und den medizinisch-technischen Fortschritt beseitigt:

- die mangelnde Flexibilität, den Versicherungsschutz der eigenen Lebenssituation anpassen zu können, weil zu vieles mit gesetzlichem Zwang versehen ist und Gestaltungsspielräume viel zu gering sind,
- den nur sehr rudimentär vorhandenen Wettbewerb auf der Versicherungs- und der Leistungsanbieterseite,
- die fehlende Solidarität gegenüber den nachwachsenden Generationen,
- den mangelnden Bezug von Leistung und Gegenleistung in der gesetzlichen Krankenversicherung mit der Gefahr einer zu sorglosen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen,
- die Ungerechtigkeiten, die daraus entstehen, dass in dem System der gesetzlichen Krankenversicherung nicht Leistungsäquivalenz, sondern Umverteilung im Vordergrund steht,
- die Lohngebundenheit der Beiträge, die die GKV-Einnahmen konjunkturanfällig macht,
- die Koppelung der GKV-Einnahmen an Löhne und Gehälter, die die Arbeitsplätze in Deutschland gefährdet,
- die mangelnde Transparenz über die Preise der Versicherungsleistung und der in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen.

Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf:

Das Gesundheitssystem muss anhand folgender Kriterien reformiert werden:

1. Das Leitbild des mündigen Bürgers erfordert die Freiheit, Entscheidungen über den gewünschten Versicherer und die angebotenen Tarife treffen zu können. Das heißt: freie Wahl für alle Bürger, ob sie sich in der GKV oder in der PKV versichern wollen, freie Wahl des gewünschten Tarifes, ob z. B. mit oder ohne Festlegung auf bestimmte Behandler, Behandlungsformen oder Selbstbehalte, freie Entscheidung über den Umfang des Versicherungsschutzes.
2. Im Hinblick auf die knappen Ressourcen muss dafür gesorgt werden, dass jeder Euro zielgenau eingesetzt wird. Das bedeutet: Anreize für alle Beteiligten, sich wirtschaftlich zu verhalten und Schaffung von Effizienz durch Belebung des Wettbewerbs in einem kartellrechtlich vorgegebenen Ordnungsrahmen.
3. Sparsames, wirtschaftliches Verhalten setzt Transparenz voraus. Eine Rechnung für die in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen auf der Grundlage fester Preise für klar umrissene Leistungen gehört dazu ebenso wie umfassende, verständliche Informationen für Versicherte und Patienten.
4. Die Bürokratie muss zurückgefahren werden. Alle heutigen Instrumente und Maßnahmen gehören auf den Prüfstand.
5. Angesichts der immens hohen Arbeitslosigkeit muss sich jede Reform daran messen lassen, ob sie die Situation auf dem Arbeitsmarkt verbessert und dazu beitragen kann, Arbeitsplätze zu sichern und neu entstehen zu lassen. Die Gesundheitsausgaben müssen deshalb von den Lohnkosten entkoppelt und der Arbeitgeberbeitrag soll festgeschrieben und als Lohnbestandteil ausgezahlt werden.
6. Die gebotene Fairness gegenüber den nachfolgenden Generationen verlangt, dass jede Generation die konsumtiven Ausgaben trägt, die sie verursacht. Generationengerechtigkeit bedeutet die Notwendigkeit, in jüngeren Jahren Reserven für die Zeit zu bilden, in der mehr Gesundheitsleistungen benötigt werden.
7. Die Krankenversicherung muss im Rahmen des allgemeinen Wettbewerbsrechts mehr Gestaltungsmöglichkeiten bekommen als das im heutigen öffentlichen Recht möglich ist. Der Status der Körperschaften öffentlichen Rechts sollte deshalb entfallen. Im gleichen Zuge muss der Wettbewerb auf der Seite der Leistungsanbieter gestärkt werden. Effizienzreserven sind nach all den Jahren der Kostendämpfung nicht mehr über Budgetierungsvorgaben des Gesetzgebers zu realisieren, sondern durch mehr Eigenverantwortung und die Verbesserung von Behandlungsabläufen und Behandlungsstrukturen.

8. Das Gesundheitssystem muss nach der nächsten Reform einfacher, transparenter und gerechter sein. Die für notwendig erachtete Einkommensumverteilung gehört bei einem Systemwechsel ins Steuer- und Transfersystem ebenso wie die Finanzierung der aus familien- oder sozialpolitischen Gründen gewünschten Leistungen.

Berlin, den 28.06.2006

Daniel Bahr (Münster)
Heinz Lanfermann
Dr. Konrad Schily (Witten)
Dr. Heinrich Leonhard Kolb
Detlef Parr
Jens Ackermann
Dr. Karl Addicks
Christian Ahrendt
Uwe Barth
Rainer Brüderle
Angelika Brunkhorst
Ernst Burgbacher
Patrick Döring
Mechthild Dyckmans
Jörg van Essen
Otto Fricke
Horst Friedrich (Bayreuth)
Dr. Edmund Peter Geisen
Hans-Michael Goldmann
Miriam Gruß
Heinz-Peter Haustein
Elke Hoff
Birgit Homburger
Dr. Werner Hoyer
Michael Kauch
Hellmut Königshaus
Jürgen Koppelin
Sibylle Laurischk
Harald Leibrecht
Michael Link
Horst Meierhofer
Patrick Meinhardt
Burkhardt Müller-Sönksen
Hans-Joachim Otto
Cornelia Pieper
Gisela Piltz
Jörg Rohde
Frank Schäffler
Dr. Hermann Otto Solms
Dr. Max Josef Stadler
Dr. Rainer Stinner
Carl-Ludwig Thiele

Florian Toncar
Christoph Waitz
Dr. Claudia Winterstein
Dr. Volker Wissing
Martin Zeil
Dr. Guido Westerwelle und Fraktion

Gesundheitscheck

Lenin und der Kassenarzt

Warum Geld das Gesundheitssystem steuern muss – und nicht der Staat

von Carlos A. Gebauer

Fotos von SPD und Pixelquelle.de



SPD-Gesundheitschefleninist Karl Lauterbach lacht Ärzte und Versicherte einfach aus

Mittlerweile ist es hierzulande unmöglich, „Gesundheit“ zu sagen, ohne zugleich auch „Reform“ zu denken. Seriösen Angaben zufolge hat der Gesetzgeber in den vergangenen 25 Jahren mehr als 7.000 Einzelbestimmungen in der gesetzlichen Krankenversicherung geändert. Demnach fällt es schwer, überhaupt noch von einem „System“ zu reden. Eher angemessen erscheint, terminologisch auf Begrifflichkeiten der Chaostheorie zurückzugreifen.

Es kann also nicht verwundern, dass auch die letzte gesundheitspolitische Gesetzesreform 2003 lediglich erneut eine Vielzahl von Einzelbestimmungen änderte. Ebenso sicher war damit aber schon im Vorhinein, dass jedwede Modernisierung auch dieses Mal wiederum nur die Grundlage für die nächste Reform würde schaffen können. So kam es. Und also gilt wie stets: Nach der Reform ist vor der Reform. Folglich besteht zunehmend Anlass, hinter die Symptome des seit Jahrzehnten dauerhaft multimorbiden

Systems zu blicken. Mit anderen Worten: Es besteht Anlass, nach der Ursache seiner permanenten Funktionsschwäche zu fragen.

Angesichts des schier undurchdringlichen Dschungels von Vorschriften scheint es zunächst vermessen, nach nur einer einzigen Ursache für alle Probleme fragen zu wollen. Näher liegt, gleich eine Vielzahl von Ursachen finden zu müssen. Näher liegt auch, zuvor ein unentwirrbares Knäuel von Schwierigkeiten im einzelnen betrachten zu müssen, seinerseits verheddert in den wieder und wieder geänderten gesetzlichen Regelungen. Näher liegt schließlich, die weitere Suche nach Problemlösungen getrost denen überlassen zu können, die mit profunder Sachkenntnis und spezialisiertem Detailwissen bekanntermaßen zuletzt jene 7.000 Gesetze geändert haben.

Gegen den ersten Anschein lauert der gesundheitspolitische Teufel im vorliegenden Falle aber gerade nicht im Detail. Vielmehr liegt die Kernursache der Dauermalaise – wie zu zeigen sein wird – in einer Grundprämisse des Gesamtsystems. Der gleichsam axiomatische Fehler findet sich im Dogma vom sogenannten Sachleistungsprinzip, also in der Technik, Geld als Zahlungsmittel im System abgeschafft zu haben. Mit diesem Prinzip ist innerhalb des Gesundheitswesens faktisch das für jede Wirtschaftsordnung maßgebliche Steuerungs- und Kontrollelement abgeschafft. Alle übrigen Probleme des Systems lassen sich – wie zu zeigen sein wird – aus diesem einen Geburtsfehler ohne weiteres herleiten. Die Theorie vom abgeschafften Geld als zentraler Problemursache im Gesundheitssystem lässt sich mit einigen Betrachtungen belegen.

Grundsätzlich gilt in Deutschland das elementarste Marktprinzip. Wer eine Leistung in Anspruch nimmt, der muss für sie bezahlen. Leistungserbringer und Leistungsempfänger schließen also einen Vertrag. Die vertraglich vereinbarte Leistung wird erbracht und der Leistungsempfänger zahlt als Gegenleistung den vertraglich vereinbarten Preis in Geld.

Im staatlichen Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland gilt jedoch anderes. Ein Kassenpatient, der seinen Arzt aufsucht, tritt zu ihm nicht in eine vertragliche Be-

Diese Maßstäbe stellen häufig nichts anderes dar als Fiktionen gegen empirische Tatsachen. Der beschriebene fiktiv kranke Gutverdiener und der fiktiv gesunde Schlechtverdiener sind Beispiele dieser Realitätsferne.

ziehung. Er legt lediglich seine Versichertenkarte – als eine Art Bezugsschein seiner Kasse für das laufende Quartal – vor. Die Bezahlung des Arztes wird ausschließlich von seiner Krankenkasse übernommen. Damit ist nicht nur das vertragliche Band zwischen Arzt und Patient zerschnitten. Zugleich ist damit die Chance einer ersten unmittelbaren Kontrolle über die Wertbalance zwischen Leistung und Gegenleistung – nämlich durch den Patienten selbst und seine eigene Zahlungspflicht – vergeben. Diese erste Ablösung des Gesundheitssystems von der eingangs beschriebenen elementaren Marktregel führt zu dem Ergebnis: Der Patient kann nicht wissen, welchen Wert die erhaltene ärztliche Leistung in Geld hat. Es zahlt – vermeintlich – stets ein anderer.

Aber auch der Arzt weiß nicht, was er mit einer bestimmten Behandlung umgesetzt oder gar verdient hat. Denn der ihm vorgelegte Bezugsschein für das Quartal ermöglicht ihm nur, einen bestimmten Punktwert für die Behandlung zu vermerken. Welchen Wert dieser Punkt im Ergebnis seiner Quartalsabrechnung in Geld haben wird, erfährt er erst einige Monate nach der Behandlung. Dann nämlich rechnet seine Kassenärztliche Vereinigung mit ihm ab. Sie verteilt hierbei die an sie von den Krankenkassen für ambulante Versorgung in diesem Quartal treuhänderisch gezahlte Gesamtvergütung.

Wie hoch diese Gesamtvergütung ist, weiß allerdings auch die Kassenärztliche Vereinigung des Kassenarztes zum Zeitpunkt der ärztlichen Behandlung nicht. Denn die Höhe auch dieser Gesamtvergütung richtet sich nicht nach dem Umfang aller erbrachten Leistungen, sondern nach den jeweiligen Einnahmen der Krankenkassen. Diese wiederum bemessen sich nach dem Umfang der aus Arbeitsverhältnissen eingezogenen Krankenversicherungsbeiträge. Folglich sind nicht nur das Verhältnis von Leistung und Gegenleistung zwischen konkretem Arzt und konkretem Patienten voneinander abgelöst. Auch die Menge aller ärztlichen Leistungen insgesamt steht in keiner direkten Wertrelation zu der Menge aller erbrachten Geldleistungen. In der Konsequenz dieses Modells liegt, dass ein Punkt im Winter prinzipiell weniger wert ist als im Sommer. Denn im Winter sind mehr Menschen krank und es werden mehr ärztliche Leistungen in Anspruch genommen. Zugleich folgt aus saisonbedingt höherer Arbeitslosigkeit im Winter ein geringeres Beitragsaufkommen. Umgekehrt treffen im Sommer weniger Krankheiten auf saisonbedingt mehr Arbeitsverhältnisse und damit auf höhere Beitragseinnahmen: Der Punkt-

wert steigt. Es herrscht mithin im Ergebnis auch auf dieser Ebene eine greifbare weitere, zweite Ablösung von der elementaren Marktregel eines Gleichgewichts von Leistung und Gegenleistung.

Innerhalb der Gruppe der Versicherten findet sich eine dritte derartige Ablösung von Leistung und Gegenleistung. Während im übrigen Geschäft der Versicherungswirtschaft nämlich ein Gleichgewicht von einerseits Beitragshöhe und andererseits Wahrscheinlichkeit des eintretenden Versicherungsfalles herrscht, hängt die Beitragshöhe im System der gesetzlichen Kassen von der Höhe des individuellen Arbeitseinkommens ab. Damit fingiert das System versicherungsmathematisch gleichsam eine höhere Krankheitswahrscheinlichkeit bei einem gut Verdienenden, während der schlechter Verdienende wie ein geringeres Versicherungsrisiko taxiert wird. Schon die Rede von dem gesetzlichen Gesundheitssystem als von einem „Versicherungs“-System ist daher im Prinzip mindestens ungenau, eher aber schlicht falsch: Tatsächlich sind Krankenkassen keine „Versicherung“ im eigentlichen Sinne, sie arbeiten nach völlig anderen Maßstäben und Regularien. Diese Maßstäbe stellen häufig nichts anderes dar als Fiktionen gegen empirische Tatsachen. Der soeben beschriebene fiktiv kranke Gutverdiener und der fiktiv gesunde Schlechtverdiener sind nur erste Beispiele dieser Realitätsferne.

Die GKV ist keine Versicherung

Zudem führen diese versicherungstechnischen Eigenesetzlichkeiten zu weiteren, absurden Fehlsteuerungen mit immer neuen Ablösungen im beschriebenen Sinne: Das individuelle Gesundheitsverhalten und die individuelle Kostenverantwortung beispielsweise sind ebenfalls voneinander abgelöst. Mit anderen Worten: Es fehlt jeder wirtschaftliche Anreiz zu gesunder Lebensführung. Denn der monatlich für Gesundheitsschutz geschuldete Beitrag steht bekanntlich ausschließlich in Relation zur Höhe des Arbeitseinkommens, nicht aber in Relation zum eigenen Gesundheitszustand. Wer weniger Kassenbeiträge bezahlen wollte, dem hilft es nicht, gesünder zu leben, sondern er müsste weniger Arbeitseinkommen erzielen.

Es bedarf keiner vertieften systemtheoretischen Erklärungen, um zu erkennen, dass ein jedes System ausschließlich dann überlebensfähig ist, wenn es sich an seinen Rändern und Außenseiten dem dort gegebenen und vorgefundenen Umfeld – also den Gegebenheiten jenseits des eigenen Systems – anpasst. Mit anderen, bildhafteren Worten:

Alleine die internen Verwaltungskosten der deutschen Krankenkassen erreichen inzwischen einen Umfang, der bald den Gesamtkosten aller deutschen Apotheken entspricht.

Der beste Bergsteiger in einer Steilwand wird ersichtlich massive Probleme haben voranzukommen, wenn er Boxhandschuhe und Taucherflossen trägt. Es wird ihm auch nicht ansatzweise helfen, mit besonders proteinreicher Kost ernährt und durch ein Satelliten-Navigationssystem informiert zu sein: Ihm fehlt schlicht der Halt an der Wand, weil er an die Umgebung außerhalb seines eigenen Körpers unzureichend angepasst ist.

Wenn aber die Einnahme von Geld einerseits und das Ausgeben andererseits nicht ineinandergreifen und aufeinander abgestimmt sind wie die Steilwand und das Haltezeug eines Bergsteigers, dann kommt es irgendwann unausweichlich zum Verlust jedes Haltes. In dem bestehenden System der Gesetzlichen Krankenversicherung sind Leistung und Gegenleistung aber – wie dargestellt – gänzlich voneinander abgelöst und mithin voneinander entfremdet.

Während der niedergelassene Kassenarzt seine eigenen Einnahmen vorläufig nur in gewissen Punkten nach behördlich dekretierten Bewertungsmaßstäben vergütet erhält, muss er umgekehrt seine eigenen Ausgaben – Löhne, Mieten, Strom, Gas, Wasser – mit richtigem Geld bezahlen. Hier klafft also ein Spalt zwischen der externen, wirklichen Welt und der internen Welt des Staatsgesundheitsystems. Ein ebensolcher Spalt tut sich an den Landesgrenzen zu jedem Nachbarland auf. Denn der ausländische Arzt, der diesem besonderen, nationalstaatlichen Punktesystem nicht angeschlossen ist, akzeptiert verständlicherweise keine derartigen Punkte als Honorar. Folglich ist jeder Kassenpatient genötigt, vor dem Verlassen Deutschlands eine besondere Abstimmung mit seiner Kasse über die Gewährung von Versicherungsschutz auch im Ausland vorzunehmen. Es ist dies eine bemerkenswerte Konstruktion angesichts auch internationaler Freizügigkeit und einem ersichtlich alles andere als beitragsgünstigen System.

Preisfindung, Leistungskontrolle und Qualitätsüberwachung werden in diesem System also nicht durch Geld geregelt. Stattdessen sind hierfür im bundesrepublikanischen Staatsgesundheitswesen eigene, besondere Kontrollmechanismen geschaffen.

Wie dargelegt, bezahlt nicht der Patient selbst seine Rechnung, sondern eine Krankenkasse. Alle gesetzlichen Kassen sind Behörden. Jede Behörde in einem Rechtsstaat arbeitet ausschließlich auf der Grundlage von Erlaubnistatbeständen aus Ermächtigungsvorschriften. Was der Behörde nicht ausdrücklich gesetzlich erlaubt ist, ist ihr verboten. Daraus resultieren notwendig gewisse Schwerfälligkeiten in der

Erledigung des täglichen Geschäfts. Denn der Gesetzgeber kann nie vorab alle Fälle erfassen, die sich möglicherweise in der Zukunft ereignen und die eine Behörde zu regeln hat.

Hunderte Behörden verwalten Millionen Vorschriften

Aber nicht nur die Krankenkassen, auch die Kassenärztlichen Vereinigungen als grundsätzlich selbstverwaltete Zusammenschlüsse aller Kassenärzte sind Behörden. Über jedem Behandlungsgeschehen zwischen Arzt und Patient wölbt sich demgemäß eine Art veraltungstechnischer Vergütungsabwicklungs-Überbau, der ausschließlich aus Behörden besteht. Und da Behörden nicht immer ohne weiteres über den bei der Vergütungsorganisation erforderlichen Sachverstand verfügen, hilft ihnen hierbei bisweilen der so bezeichnete Medizinische Dienst der Krankenkassen – eine weitere Behörde. Das Zusammenspiel dieser Behörden ist seinerseits nicht diffusen freien Kräften überlassen. Alle diese Behörden werden ihrerseits kontrolliert. Kontrollorgane sind diverse Aufsichtsbehörden auf Landes- und Bundesebene. Das, was Sozialministerien, Datenschützer, Medizinische Dienste, interne Wirtschaftlichkeitsprüfungen innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen und so weiter bislang noch nicht ausreichend geprüft haben oder prüfen konnten, soll nach derzeitigen Plänen demnächst von einer neuen „Stiftung Warentest im Gesundheitswesen“ kontrolliert werden. Es sollte keiner weiteren Erläuterung bedürfen, dass die Hoffnung trügerisch ist, die Probleme des Systems ließen sich, wenn nicht mit den sämtlichen bereits bestehenden, so aber nun ausgerechnet mit einer solchen weiteren Behörde lösen. Die gesamte Konstruktion gleicht eher einem Brei, der selbst nach immer neuen Köchen ruft.

Wer sich eingangs noch gefragt haben mag, was in einem Gesundheitssystem mit tausenden von wieder und wieder geänderten Vorschriften geregelt werden müsse, der wird in Ansehung dieser Verwaltungs-Exzesse verstehen, wo die Probleme liegen. Die vorgefundene Regelungsdichte erklärt sich geradezu aus sich selbst. Gleiches gilt für die Kostenintensität des Handelns dieser Behörden-Agglomerationen. Alleine die internen Verwaltungskosten der deutschen Krankenkassen erreichen inzwischen einen Umfang, der bald den Gesamtkosten aller deutschen Apotheken entspricht. Spätestens das relativ neue Krankenhaus-Abrechnungssystem dürfte die Verwaltungskosten schon mittelfristig weiter nachhaltig in die Höhe treiben.

Aber die skizzierten Ablösungen des Systems aus seiner Umwelt und sein Eintauchen in ein Universum der reali-



tätsfernen Eigengesetzlichkeiten beschreiben das Phänomen Gesundheitswesen noch nicht annähernd abschließend. Auch in seinem Inneren herrschen Regeln, die – im Vergleich zur sonstigen Welt außerhalb – schlichtweg paradox sind. Diejenigen Krankenkassen nämlich, die bezogen auf ihre eigene, individuelle Haushaltsslage mehr Geld durch Beiträge einnehmen, als sie für Gesundheitsleistungen ausgeben, haben hieraus keinerlei Vorteil. Insbesondere können sie diesen Vorteil auch nicht an ihre versicherten Mitglieder weitergeben. Denn mit einem weiteren Konstrukt namens „Risikostrukturausgleich“ müssen sie ihre Mehreinnahmen an diejenigen anderen Krankenkassen abführen, die mehr ausgeben, als sie einnehmen. Böse formuliert heißt dies nichts anderes als: Von Misswirtschaft kann man profitieren. Niemand hat je Verantwortung über eigenes Geld, weil jeder immer alles aus einer fremden Tasche bezahlt.

Das gesundheitspolitische Experiment der Bundesrepublik, Geld aus Gründen der vermeintlich höheren Gerechtigkeit abschaffen zu wollen, damit sich der Arme genauso viel Medizin leisten kann wie der Reiche, ist aus historischer Sicht allerdings ebenso verwunderlich wie gefährlich. Denn nicht das erste Mal in der jüngeren Geschichte wird damit versucht, einen besseren, gerechteren politischen Zustand durch die Abschaffung von Geld herbeizuführen.

Die Fehler Lenins werden wiederholt

Allerdings befindet sich die Bundesrepublik bei diesem Versuch in wenig schmeichelhafter Gesellschaft. Genau der gleiche Gedanke von der Abschaffung des Geldes lag nämlich auch den politischen Aktionen der Russischen Revolution zugrunde.

Der sogenannte Kriegskommunismus zwischen 1918 und 1921 zentralisierte die Produktion und Verteilung von Gütern vollständig. Privater Handel wurde verboten und das Geld abgeschafft. Landwirtschaftliche Erzeugnisse mussten bei staatlichen Stellen abgegeben werden. Von dort wurden sie nach Bedürfniskriterien verteilt. Um das Eintreiben der Lebensmittel sicherzustellen, setzte der Staat Beschaffungskommandos ein. Mit allgemeiner Arbeitspflicht versuchte er, die infolge abgeschafften Geldes fehlende individuelle Motivation zur Produktion zu ersetzen. Denn das Problem war schnell, dass Bauern, denen regelmäßig entschädigungslos ihre Ernte requiriert wurde, nicht mehr weiter anbauen wollten – wozu auch? Ihr persönlicher Bedarf wurde ja seinerseits durch Zuteilung gedeckt.

Erst nachdem buchstäblich Millionen Menschen verhungert waren, führte Lenin höchstselbst unter der Bezeichnung „Neue Ökonomische Politik“ wieder marktwirtschaftliche Spielregeln – und insbesondere Geld als Steuerungsmechanismus der Güterverteilung – ein. Die systematischen Parallelen zu den gegenwärtigen Schwierigkeiten des deutschen Staatsgesundheitsystems sind ebenso augenfällig wie erschreckend. Hier wie dort ist Geld als Steuerungsfunktion im Verteilungsmechanismus eliminiert, das Sachleistungsprinzip ersetzt die unmittelbare Bezahlung. Hier wie dort ist privater Handel verboten, der Kassenarzt darf keinen privatrechtlichen Vertrag mit einem Kassenpatienten über Behandlungsleistungen schließen. Hier wie dort zentralisiert sich der betroffene Markt in staatlicher Hand. Ärzte, die ohne Kassenzulassung arbeiten wollen, haben praktisch keine Existenzmöglichkeit. Schon jetzt sind 90 Prozent aller Patienten Kassenangehörige. In der Diskussion steht, ausnahms-

Der zwangsweise Krankenversicherte wird der Möglichkeit beraubt, zu Lasten seiner von ihm finanzierten Kasse Medikamente zu erhalten, die er und sein Arzt als für die Therapie seiner Krankheit geeignet erachten.

los die gesamte Bevölkerung in das Staatsgesundheitswesen zu überführen. Die Verteilung der Leistungen erfolgt hier wie dort nach Bedürfniskriterien. Der Kassenpatient erhält medizinische Leistungen dann und nur dann, wenn sie objektiv erforderlich sind. Hier wie dort ist die Verteilung staatlich kontrolliert. Behörden überwachen die Notwendigkeit von Behandlungen und die Angemessenheit der Vergütung. Experten für medizinische, verwaltungswissenschaftliche und mikroökonomische Details schwärmen derzeit von der qualitätsoptimierenden Wirkung extensiver Totalkontrollen. Im sogenannten Hausarzt-Modell soll die freie Arztwahl des Patienten eingeschränkt werden. Man stelle sich vor, die Regierung erlasse ein Gesetz, mit dem die freie Wahl des Friseurs eingeschränkt würde. Welcher Protest erhöhe sich wohl? Dass das Volk noch schweigt, erstaunt. Hier wie dort fehlt die durch Geld angestoßene individuelle Motivation für den Leistungsanbieter, seine Leistungen zu erbringen. An die Stelle von Geld als Leistungsanreiz treten Zwangsmaßnahmen wie die Drohung, bei budget-taktisch geschlossener Arztpraxis gegen Quartalsende die Zulassung entzogen zu bekommen.

Die Totalitarisierung derartiger Systeme entspringt ebenso zwangsläufig ihren eigenen Prämissen. Ebenso, wie das Sowjetsystem seinen Bürgern die Ausreise verbot, droht das staatliche Gesundheitssystem der Bundesrepublik seinen Kassenärzten inzwischen mit mehrjährigen Berufs- und Kontrahierungsverboten, wenn sie ihre Kassenarzt-Zulassung konzertiert zurückgeben. Selbst ganze Kassenärztliche Vereinigungen, die im Rahmen ihrer Selbstverwaltungsmöglichkeiten organisierten Protest üben, können nach geltendem Recht der Bundesrepublik Deutschland bereits liquidiert werden. Ebenso wie das Sowjet-System mit weltrevolutionärem Anspruch expansive Politik betrieb, diskutieren Gesundheitsexperten nunmehr sogar die totale zwangsweise Ausweitung der gesetzlichen Versicherungspflicht auf die ausnahmslos gesamte Bevölkerung. Folgerichtig ist daher auch, dass offen darüber diskutiert wird, private Krankenversicherungen schlicht zu verbieten.

Wer so denkt und redet, der muss wissen, dass solche Eingriffe sowohl in die Gesundheits- und Finanzdispositionen des Einzelnen, als auch in die Vertrags- und Eigentumspositionen der privaten Krankenversicherer nicht ohne massivste Auswirkungen auf das staatliche und verfassungsrechtliche System der Republik bleiben können.

Denn der aus juristischer und namentlich staatsrechtlicher Sicht wohl faszinierendste Aspekt dieser Phänomene

ist, dass die Ausbreitung jenes planwirtschaftlichen Gesundheitssystems sich schlechterdings überhaupt nicht in den verfassungsmäßigen Rahmen des Grundgesetzes fügt oder auch nur fügen ließe.

Mit dem Grundgesetz nicht vereinbar

Während die Wirtschafts-Theoretiker der Russischen Revolution mit ihrem Kriegskommunismus in einen vergleichsweise rechtsfreien Raum vordrangen, müssen sich die Vordenker eines extensiven und expansiven Staatsgesundheitswesens in der Bundesrepublik eigentlich in den ihnen von der Verfassung gesetzten Grenzen bewegen. Die an jedem Berührungspunkt zwischen diesem Gesundheitssystem und der grundgesetzlichen Rechtswirklichkeit entstehenden Konflikt- und Kollisionspunkte sind jedoch von immenser Größe. Jeder Versuch, diese Kollisionen verfassungsgemäß abzufedern und unter Wahrung der Grundrechte einer gangbaren Konkordanz zuzuführen, produziert notwendig seinerseits einen ganz umfangreichen gesetzgeberischen Aufwand. Es bedarf erheblicher Eingriffe in den Gesamtorganismus der Rechtsordnung, um deren Abstofsreaktionen gegen den sich ausweitenden Fremdkörper eines wirtschaftspolitischen Sondersystems im Gesundheitswesen zu unterdrücken. Die Pirouetten der Rechtsprechung zum Kassenarztrecht geben über dieses Phänomen eloquent Auskunft.

Die jahrzehntelange Novellierung von täglich einer Vorschrift ist demgemäß nicht mehr erstaunlich, sondern geradezu von vornherein in der Systematik angelegt. Die Sicherung der Existenzbedingungen eines derartigen Gesundheitssystems als einer Art virtueller DDR inmitten einer rechtsstaatlich und prinzipiell marktwirtschaftlich organisierten Umgebung generiert zwangsläufig die ungeheuerlichsten normativen Probleme. Der Versuch, das Inkompatible kompatibel zu machen, kann aber tatsächlich allenfalls immer nur wiederholt werden. Gelingen kann ein solches Projekt nie.

Denn wie wollte man beispielsweise die verstaatlichte Bezahlung von Gesundheitsdienstleistungen organisieren, ohne dass die bezahlende Behörde eigene Kenntnis von dem einzelnen Behandlungsgeschehen hätte? Wenn sie aber solcher Kenntnis bedarf: Wie ist das Interesse des behandelten Bürgers an seinen intimen Gesundheitsdaten gegenüber dieser staatlichen Behörde effektiv zu schützen? Darf der Staat des Grundgesetzes alle Krankheiten seiner Bürger in allen Einzelheiten kennen? Wenn zutrifft, dass das Informations-



interesse des Fürsorgestaates größer ist als das eines Polizeistaates, dann muss gefragt werden: Ist das noch das System der Bundesrepublik?

Nicht weniger problematisch ist: Körper und Gesundheit des einzelnen genießen den Schutz der Grundrechte. Wenn man den einzelnen aber zwingt, so viel Mittel seiner Arbeitskraft – also: Geld – in ein auf nur notwendige und ausreichende medizinische Zuteilungs-Versorgung beschränktes System einzuzahlen, dass ihm zuletzt nicht genug Geld übrig bleibt, um zusätzlich selbst weitere Vorsorge für individuell gewünschte, optimierte Hilfe zu treffen, dann ist auch das verfassungswidrig. Denn es stellt nichts anderes dar, als eine Art körperlicher Teileignung des einzelnen.

Bezeichnend ist in diesem Zusammenhang namentlich auch die sogenannte „Positivliste“ für Medikamente. Sie besagt bekanntlich nichts anderes, als dass staatlich dekretiert wird, welche Medikamente helfen und welche nicht. Diejenigen Medikamente, die nicht positiv auf der Liste aufgeführt werden, dürfen von Kassenärzten nicht zur Kostenlast der Krankenkasse verordnet werden. Der zwangsweise gesetzlich Krankenversicherte wird damit der Möglichkeit beraubt, zu Lasten seiner eigenen – von ihm mit erheblichen Teilen seines Einkommens finanzierten! – Kasse Medikamente zu erhalten, die er und sein Arzt über-

einstimmend als für die Therapie seiner Krankheit geeignet erachten.

Arzt und Patient: Aus Vertrauten werden Gegner

Geradezu perfide ist eine weitere Auswirkung dieser Konstruktion: Die Kampflinie im Streit um die Ressourcenverteilung im Gesundheitssystem verläuft nämlich damit nun exakt durch das ärztliche Behandlungszimmer. In das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten wird das Misstrauen über die kostenunabhängige Verschreibung des richtigen Medikaments hineingetragen. Die Positivliste verkehrt damit das Prinzip des Grundgesetzes wiederum in sein Gegenteil: Gestattet ist nicht mehr alles, was nicht verboten ist, sondern nur noch, was ausdrücklich erlaubt ist. Wer einen Kassenarzt nach alledem noch als Freiberufler mit Therapiefreiheit bezeichnet, der hat entweder nicht verstanden, oder er redet in Träumen. Gesundheitspolitik wird damit zur Nahtstelle, an der die gesamte Republik aufzuplatzen droht.

Selbstverständlich haben auch unter der Geltung des Grundgesetzes die Wahrung von Freiheits- und Eigentumsrechten nicht ausschließliche Priorität. Die Bundesrepublik ist auch ein sozialer Staat, das heißt, in Freiheitsrechte darf gesetzlich eingegriffen werden, um soziale Ziele zu verwirk-

Die Mehrzahl der Bevölkerung beginnt zu erkennen, dass sie ihr eigenes Leben selbst besser und effektiver regeln kann als mit Hilfe einer staatlichen Behörde und deren zuteilenden Beamten.

lichen. Indes stößt diese Einschränkungsmöglichkeit ihrerseits an Grenzen, wenn die Erreichung des sozialen Zieles schlicht unmöglich ist, absehbar verfehlt wird und nur unter Einführung von weiteren Paradoxa gelingt.

So ist beispielsweise nicht einzusehen, warum der Geschäftsführer einer GmbH mit einem Jahresarbeitsentgelt von bis zu 45.900 Euro einerseits als so sozial schutzbedürftig angesehen wird, dass er zwangsweise staatlich krankenversichert sein muss, andererseits aber deswegen, weil er Geschäftsführer ist, als Arbeitgeber für die Abführung der Sozialversicherungsbeiträge aller anderen Arbeitnehmer seiner Firma persönlich mit seinem Privatvermögen haftet. Ist er nun also potentieller Patient, der selbst geschützt werden muss, oder ist er Arbeitgeber, vor dem andere geschützt werden müssen?

Zum Rechtsstaatsprinzip unseres Staates gehört nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, dass die Rechtsordnung widerspruchsfrei zu sein hat und der Normadressat nicht mit gegenläufigen Regeln konfrontiert wird. Wenn aber derjenige, der nach dem Gesetz höchstpersönlich für den Krankenversicherungsschutz seiner Mitarbeiter einzustehen hat, von demselben Gesetzgeber als zu schwach definiert wird, um seinen eigenen Krankenversicherungsschutz privat zu organisieren, dann handelt der Gesetzgeber widersprüchlich, rechtsstaatswidrig und also gegen die Verfassung.

Dass der soziale Zweck einer staatlichen Gesundheits-Sicherung in der praktizierten Weise nicht zu erreichen ist und also die Einschränkung von Freiheitsgrundrechten ungerechtfertigt ist, erweist sich nicht zuletzt aus folgender Erkenntnis: Dem bestehenden System gehörten bei seiner Gründung im Jahre 1883 nur rund 10 Prozent der deutschen Bevölkerung an. Es handelte sich um ersichtlich schutzbedürftige Menschen aus dem Niedrigstlohnsektor. Bis zum Jahr 2003 erweiterte sich der Kreis dieser Zwangsversicherten auf jetzt 90 Prozent der Bevölkerung.

Es ist nicht ersichtlich, warum ein System, das mit einer 90-prozentigen Beteiligung der Bevölkerung wirtschaftlich dauermorbid ist, es nicht auch mit einer 100-prozentigen Beteiligung wäre. Es ist weiterhin nicht ersichtlich, warum eine im Jahre 1883 zu 10 Prozent schutzwürdige Bevölkerung im Jahre 2003 zu 100 Prozent schutzbedürftig sein könnte, zumal nunmehr erkennbar ein weitaus höheres Bildungs-, Ausbildungs- und Informationsniveau dieser Bevölkerung besteht, als vor 120 Jahren.

Was also ist zu tun? Aus dem Dargelegten wird offen-

bar: Die prinzipielle Weigerung des bestehenden Systems, dem Patienten zu gestatten – aber auch zuzumuten – selbst Geld für Gesundheitsleistungen in die Hand nehmen zu müssen, zieht eine schier unabsehbare Reihe von Folgeschwierigkeiten nach sich. Nur wenn diese Wurzel aller Probleme beseitigt wird, kann eine nachhaltige Reparatur des verirrten Systems überhaupt gelingen.

Erst wenn sich das System besinnt, auf die Steuerungs-, Regelungs-, Kontroll- und Qualitätssicherungsfunktionen von Geld zurückzugreifen, erst dann ist die Bedingung der Möglichkeit einer Neujustierung geschaffen. Wie überall sonst im Wirtschaftsleben kann der mit Geld gesteuerte Marktmechanismus instrumentalisiert werden, um einer Ressourcenverschwendung am Ursprungsort – nämlich noch im Behandlungszimmer des Arztes – entgegenzuwirken, um mutwillige Manipulationen erkennbar zu machen und um erste Qualitätskontrollen durch die Patienten selbst zu ermöglichen.

Über die Gründe, warum dies nicht längst geschehen ist, muss nicht einmal mehr lange philosophiert werden. Die kollektive Verschwendungssucht der vergangenen Jahrzehnte, die erkennbar unzureichenden systemtheoretischen, verfassungsrechtlichen und historischen Kenntnisse der gestaltenden Personen, die erheblichen eigenen Interessen der an diesem eigenwilligen Verteilungsmechanismus Beteiligten und ihr fröhlicher Tanz um das goldene Sozialversicherungsverhältnis, all diese Faktoren mögen unberücksichtigt bleiben. Entscheidend ist, dass nunmehr endlich klar und offen die Verteilungsfrage gestellt und politisch beantwortet wird.

Die Versuche, über eine Ablösung des Zusammenhanges zwischen Leistungswert und Gegenleistungswert und durch anstelle dessen reine behördliche Zuteilungsmaßnahmen die simple Wahrheit zu kaschieren, dass nichts von nichts kommt, sind beendet. Das Experiment des abgeschafften Geldes ist juristisch, ökonomisch, historisch und systematisch beendet. Aber noch fehlt der klärende gesundheitspolitische Mauerfall. Die überwiegende Mehrzahl der Bevölkerung beginnt zu erkennen, dass sie ihr eigenes Leben selbst besser und effektiver regeln kann als mit Hilfe einer staatlichen Behörde und deren nach verordneten Bedarfskriterien zuteilenden Beamten. Wer die Bedeutung finanzieller Eigenverantwortung noch nicht kennt oder an ihren Wert nicht glaubt, der mag auf einem Betriebsausflug seine Kollegen zu einem Essen einladen. Er wird sich wundern, wie dann selbst der sonst Sparsamste unverdrossen die besten Speisen und das teuerste Getränk bestellt.

Mit der Wiedereinführung des Geldes als Steuerungsmittel auch in das Gesundheitssystem ist insbesondere – entgegen der beliebten, gleichwohl aber insgesamt unzutreffenden Polemik interessierter Kreise – keine Aufkündigung des sogenannten Solidarprinzips oder der so bezeichneten solidarischen Finanzierung verbunden. Jede private Versicherung ist eine Solidargemeinschaft. Solidarische Finanzierung bedeutet aber nicht, dass ohne jeden sachlichen Grund die Beiträge für ein Risiko ausgerechnet an der individuellen Einkommenssituation des Versicherten anknüpfen müssen.

Dabei muss insbesondere das Gesundheitssystem nicht zwingend staatlich organisiert sein. Wer wegen der unstrittig existentiellen Bedeutung der Gesundheit das Gegenteil behauptet, verkennt einen elementaren Umstand: Auch Essen und Trinken sind für Menschen existentielle Daseinsvoraussetzungen. Gleichwohl ist die Verteilung von Speisen und Getränken in Deutschland nicht staatlich organisiert. Und Hungersnöte blieben aus.

Schleichend hat sich über Jahrzehnte die Rede von Deutschland als von einem „Sozialstaat“ durchgesetzt. Schleichend haben sich aus dieser Rede die absurdesten Konsequenzen hergeleitet. Kaum jemand beachtet jedoch, dass unser Grundgesetz einen „Sozialstaat“ überhaupt nicht kennt. Die Verfassung will wörtlich einen „sozialen Staat“. Das aber ist markant etwas anderes als ein Sozialstaat.

Eine Gesellschaft, die sich zunehmend individualisiert, ein Staat, der dies toleriert und multikulturelle Entwicklungen fördert, ein Gemeinwesen, das weltanschauliche Neutralität und Toleranz als Wert erkennt – warum muss in diesem Umfeld ausgerechnet das Gesundheitswesen uniformiert und gleichgeschaltet sein? Warum kann nicht hier – wie andernorts – eine effektive und kostengünstige, durch Marktmechanismen preiskontrollierte, private Risikoabsicherung geschehen? Woher rührt der – durch keinerlei Fakten untermauerte und im Gegenteil durch das Marodieren ausnahmslos aller Säulen des staatlichen Sozialsystems ebenso unverständliche wie dennoch vielfach unerschütterte – Glaube an eine allumfassende Problemlösung ausgerechnet durch staatliche Behörden?

Nur eine radikale Umkehr von dem gegenwärtigen Kurs, nur ein konsequentes Abstandnehmen von jedem Gedanken an seine Fortführung, Ausweitung oder Intensivierung und nur eine unbeirrte Privatisierung können verhindern, dass die nachfolgende Generation zusammen mit dem Gesundheitssystem gleich auch den gesamten Gesell-

schaftsvertrag kündigt. Diejenigen, die einen marktgerechten Versicherungsbeitrag an ein privates Versicherungsunternehmen nicht aus eigener Kraft bezahlen können, verdienen Schutz und Hilfe. Sie haben Anspruch auf eine allgemein getragene – und also steuerfinanzierte – Subventionierung, soweit die Erhaltung ihrer Gesundheit ihre wirtschaftliche Kraft übersteigt. Dies ist eine bare Selbstverständlichkeit in dem sozialen Staat unseres Grundgesetzes. Ansprüche auf Aufrechterhaltung besonderer, geldloser Wirtschaftsbiotope vom Zuschnitt des gegenwärtigen Gesundheitssystems hat aber schlichtweg niemand.

Am Ende seines Lebens – tragischerweise für das Volk mit Stalin nicht darüber hinaus – hatte Lenin die Bedeutung des Geldes als eines sozialen Steuerungsmittels verstanden und ihm in der Neuen Ökonomischen Politik seinen Platz wieder eingeräumt. Die Wirtschaft erholte sich rasch. So kann es auch mit dem deutschen Gesundheitssystem gelingen.

Information:

Der vorstehende Text von *ef*-Kolumnist Carlos A. Gebauer wurde im Herbst 2003 für den Hausgebrauch geschrieben und zirkuliert seither per Fax und Email millionenfach kopiert unter Ärzten.





Bewertung des Gesetzentwurfes des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes

27. Oktober 2006

Diese Reform löst die anstehenden Probleme nicht. Die Beitragssätze der GKV werden im nächsten Jahr deutlich um 0,5 bis 0,7 Beitragssatzpunkte steigen wegen sehr niedriger Einnahmen bei steigenden Ausgaben, wegen der Mehrwertsteuererhöhung, wegen der Absenkung des Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen, wegen des notwendigen Schuldenabbaus.

Weder wird die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung auf tragfähige Füße gestellt, noch werden die Lohnkosten entlastet. Stattdessen wird über einen gesetzlich einheitlich für alle Krankenkassen festgesetzten Beitragssatz, den Gesundheitsfonds mit funktionsunfähiger Miniprämie, die Gleichschaltung der GKV-Spitzenverbände, die hauptamtliche Ausrichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die schrittweise Abschaffung der privaten Krankenversicherung der Weg in eine zentralistische Einheitskrankenversicherung mit zentral vorgegebener Staatsmedizin und Rationierung, Verlust von Therapiefreiheit, freier Arztwahl und Freiberuflichkeit angetreten.

Nachdem die SPD es nicht geschafft hat, die PKV sofort abzuschaffen und in eine so genannte Bürgerversicherung mit Umlagefinanzierung und einheitlichem Leistungsumfang für alle Bürger zu überführen, geht man das Ziel jetzt schrittweise an und schafft die PKV scheinbarweise ab:

1. Man nehme den Basistarif, den die PKV auf freiwilliger Basis anbieten wollte, mache ihn obligatorisch mit Kontrahierungszwang und durch den Gesetzgeber vorgegebenem Leistungskatalog der GKV, ergänze das um eine Gleichschaltung der Ärztehonorare auf niedrigem Niveau und um eine gesamtschuldnerische Haftung von Patient und Versicherer gegenüber den Leistungserbringern, also de facto die Übertragung des Sachleistungsprinzips auf die PKV. Bei der GKV führt man Wahltarife ein, bei der PKV beseitigt man jegliche Produktvielfalt.
2. Der Höchstbeitrag des Basistarifes darf maximal dem durchschnittlichen Höchstbeitrag der GKV entsprechen – ohne Zusatzprämie wohl gemerkt. Unterdeckung ist vorprogrammiert, denn es fehlt nicht nur die Zusatzprämie, sondern zusätzlich müssen Altersrückstellungen gebildet werden.
3. Ehepaare zahlen maximal 15% des Höchstbeitrages – für Doppelverdiener mit gutem Verdienst ein gefundenes Fressen. Sie sparen gegenüber der GKV 50% ihres Beitrages auf Kosten der anderen PKV-Versicherten.
4. Wenn man schon die Vielfalt des Tarifsangebots der PKV nicht einfach abschaffen kann, macht man die heutigen Angebote so unattraktiv, dass sie im Endeffekt niemand mehr in Anspruch nehmen wird. Das schafft man durch mehrere ineinander greifende Maßnahmen:
 - der Eintritt in die PKV wird teurer, weil selbst diejenigen, die ihr Leben lang PKV-versichert waren, mit Berufsbeginn für mindestens 3

Jahre in die GKV müssen. Dadurch erhöht sich das Eintrittsalter und mithin die Prämien um ca. 10%.

- die im Basistarif durch die Beitragskappung vorprogrammierte Unterdeckung wird auf die „normalen“ PKV-Tarife umgelegt, auch für ehemals PKV-Versicherte ALG II-Empfänger.
- die Risikozuschläge müssen zwar vom Grundsatz her durch die Versicherten im Basistarif finanziert werden. Je höher aber die Belastung ist, umso eher greift die Kappung der Beiträge. Konsequenz: Umlage auf die „normalen“ PKV-Versicherten. Wer heute einen Risikozuschlag auf der Basis seines freiwillig geschlossenen Versicherungsvertrages zahlt, kann diesen durch Wechsel in den Basistarif sozialisieren.
- der Basisschutz für nicht versicherungspflichtige Ausländer, Auslandsrückkehrer und ehemals PKV-Versicherte Nichtversicherte wird die anderen PKV-Versicherten viel Geld kosten. Strategisch geschickt werden Nichtversicherte die Gelegenheit nutzen, immer dann eine Versicherung abzuschließen, wenn sie teure medizinische Leistungen benötigen und nur solange wie notwendig. Die Beiträge werden somit alles andere als Kostendeckend sein. Die Zeche zahlen die anderen PKV-Versicherten.
- die Mitgabe der Altersrückstellungen im Bestand wird zu drastischen Prämiensteigerungen führen.
- und last but not least wird die Beihilfe, darauf gebe ich Ihnen Brief und Siegel, angesichts der Finanzprobleme aller Länder, auf den GKV-Satz für Ärzte und Zahnärzte gekürzt werden, so dass die Beamten sich gezwungen sehen, in den Basistarif zu wechseln.

Das alles zusammen mit der allgemeinen Kostensteigerung und der Verlängerung der Lebenserwartung wird so teuer, dass kaum noch jemand sich für die heutige PKV entscheiden wird. Die heute PKV-Versicherten werden überlegen, wie sie dem ganzen ausweichen können. Sie werden entweder ihre Versicherung nicht fortführen und erst im Bedarfsfall wieder aufleben lassen oder in den Basistarif á la GKV wechseln. Dann braucht man nur noch abzuwarten, bis sich dieser Basistarif wegen Altersrückstellungen, fehlendem Zusatzbeitrag und aus fehlender PKV-Vertragskompetenz resultierender höherer Preise für Gesundheitsleistungen nicht mehr trägt, um dann die Öffnung der GKV für PKV-Versicherte noch einmal von Grund auf neu zu diskutieren.

Aber auch die gesetzliche Krankenversicherung wird nicht gestärkt:

- ein so genannter Gesundheitsfonds, der quasi als Schleuse konzipiert ist, die einen Strom einkommensabhängiger Beitragszahlungen in mehr oder weniger risikoäquivalente Zahlungen umwandelt, der zuvor erst zum 1.1.2009 installiert werden soll, aber er ist beschlossen und muss dementsprechend noch vor der nächsten regulären Bundestagswahl umgesetzt werden.
- Der Gesundheitsfonds soll zu Beginn 100 Prozent sämtlicher GKV-Ausgaben abdecken (also auch Verwaltungskosten und Ausgaben für freiwillige Leistungen).
- die staatliche Beitragsfestsetzung eines einheitlichen Beitragssatzes für alle gesetzlichen Krankenkassen,
- eine zum Scheitern verurteilte Miniprämie, die insgesamt maximal 5 Prozent der GKV-Ausgaben und für den einzelnen Versicherten maximal 1 Prozent seines Haushaltseinkommens ausmachen darf,

- ein nicht gesicherter Bundeszuschuss, der ab dem Jahr 2009 nicht einmal in der mittelfristigen Finanzplanung entsprechend aufgestockt wird.

Diese Kombination führt dazu, dass die Krankenkassen zu staatlich gesteuerten Vollzugsorganen einer umfassenden Kostendämpfungspolitik degradiert werden. Spielräume für eigenes Handeln sind kaum noch vorhanden.

Hinzu kommen:

- ein Krankenkassendachverband auf der Bundesebene, der als Monopolist de facto alle wichtigen Aufgaben der heutigen Spitzenverbände der Krankenkassen übernimmt, den Krankenkassen klare Vorgaben macht und damit ihren Aktionsradius auf schmückendes Beiwerk reduziert.
- Garniert wird das Ganze durch die Ermöglichung kassenartenübergreifender Fusionen, ohne dass durch entsprechende Vorkehrungen dafür gesorgt wird, dass das Kartellrecht Anwendung findet. Sehr bald wird man fragen, ob eine Krankenversicherungsbehörde die Versicherung nicht weniger verwaltend und effizienter erledigen kann angesichts von gleichen Leistungen, gleichen Rahmenbedingungen und gleichen Preisen. Vielfalt und Unterschiede sind unerwünscht.

Ergänzt wird das Szenario um einen hauptamtlichen gemeinsamen Bundesausschuss, der, dominiert durch das Ministerium, zunächst für 90 Prozent der Bevölkerung definiert, was in Deutschland akzeptierte Medizin ist, sowohl was die Verfahren und Produkte als auch was die Kosten und Qualität anbelangt. Im Gegensatz zu Leitlinien mit Empfehlungscharakter hat dies einen ganz anderen Charakter, wenn z. B. das Bundesinstitut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen aufgrund von nicht konsentierten Regeln durchgeführten Kosten-Nutzen-Analysen zu der Erkenntnis kommt, für deutsche GKV-Patienten sei die Verlängerung der Lebenserwartung im Hinblick auf den Preis nicht ausreichend. Das Arzneimittel würde deshalb nicht mehr erstattet. Das ist nicht nur für die Gesundheitsversorgung problematisch und trifft die Patienten, weil sie sich gegen solche Entscheidungen gar nicht durch eine Zusatzversicherung schützen können. Es trifft auch die Hersteller von Arzneimitteln und medizinischen Produkten und treibt sie ins Ausland.

Im Vertragsbereich betreibt man eine Politik des Schweizer Käses. Die kollektivvertraglichen Regelungen werden nicht etwa zugunsten von prioritären Vertragsbeziehungen zwischen Ärzten und Patienten mit der subsidiären Möglichkeit der Vertragsgestaltung zwischen KVen und Ärzten ersetzt, sondern die gesetzlichen Krankenkassen – unbehelligt von kartellrechtlichen Restriktionen – lösen aus weiter bestehenden, aber erodierenden Kollektivverträgen einzelne Ärzte oder Arztgruppen heraus. Der Rest ist dem Nachfragemonopolisten Dachverband ausgesetzt, der dem zahnlosen Tiger KBV gegenübersteht - geschwächt nicht nur durch die Hausärztekonzurrenz sondern zunehmend auch durch Spezialisten, die ihr Heil in Einzelverträgen suchen. Geschwächt zudem durch die Maximalvorgabe dessen, was ausgegeben werden darf im Rahmen der Beitragssatzstabilität.

Mit diesem Gesetzesvorhaben wird die heutige Organisation der Krankenversicherung und der Gesundheitsversorgung in größte Gefahr gebracht, ohne dass man die Probleme, die es zu lösen gilt, auch nur ansatzweise angehen würde.

Darüber hinaus werden im Leistungsbereich die Weichen falsch gestellt:

- Die Kosten/Nutzen-Analyse für neue Arzneimittel findet zu einem Zeitpunkt statt, zu dem die praktische Relevanz einer Innovation für die konkrete Behandlungssituation noch gar nicht absehbar ist.

- Den niedergelassenen und Krankenhausärzten sowie Zahnärzten werden über die Angleichung der Vergütungen von gesetzlichen und privat Krankenversicherten etwa 5 Mrd. Euro entzogen werden.
- Den Krankenhäusern werden 500 Mio. Euro als Sparbeitrag auferlegt,
 - trotz deutlich höherer Personalkosten von über 2 Mrd. Euro u. a. aufgrund der Umsetzung des neuen Arbeitszeitrechts,
 - trotz Mehrwertsteuererhöhung, die mit ca. 500 Mio. Euro zu Buche schlagen wird, trotz der Mehrbelastungen in Höhe von bis zu 1 Mrd. Euro dadurch, dass Naturalrabatte für Arzneimittel nicht mehr erlaubt sind,
 - trotz Umstellungskosten auf das Fallpauschalsystem und trotz nach wie vor durch die Budgetierung vorgegebener Steigerungsraten, die nicht einmal die Inflationskosten ausgleichen.
- Den Apothekern wird ein Sparbetrag von 500 Millionen Euro zugemutet, den sie zuvor formal über entsprechende Verträge und Rabatte ausgleichen könnten. De facto sind die Regelungen aber so ausgestaltet, dass ihnen das nicht gelingen wird.
- Für Rettungsdienste und Krankentransporte werden die Vergütungen um 3 Prozent gekürzt. Dort, wo es landes- oder kommunalrechtlich festgelegte Benutzerentgelte gibt, tragen die Versicherten diesen Differenzbetrag – soviel im Übrigen auch dazu, dass das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz das erste Gesetz seit langem sei, das keinerlei Leistungskürzungen vorsehen würde.
- Bei den Hilfsmitteln, auch das im Übrigen eine Leistungseinschränkung, werden die Versicherten ihren bewährten Betreuer z. B. für eine Beinprothese, nur noch in Anspruch nehmen können, wenn ihre Krankenkasse einen Vertrag mit ihm geschlossen hat. Anderenfalls müssen die Patienten die Kosten komplett aus der eigenen Tasche bezahlen und erhalten nicht einmal einen Zuschuss – soviel auch zum Thema Patientensouveränität.

Diese Reform wird den selbst gesetzten Zielen nicht gerecht. Es erfolgt:

- keine Entlastung weder der Lohnzusatzkosten noch der Versicherten; stattdessen steigen die Beiträge,
- keine Entkoppelung von Gesundheitsausgaben und Arbeitskosten; der Arbeitgeberbeitrag wird nicht festgeschrieben,
- keine Entbürokratisierung; stattdessen kommt mit dem so genannten Fonds ein weiteres bürokratisches Instrument hinzu,
- keine Vorsorge für die demografische Entwicklung; es bleibt bei Umlagefinanzierung zu Lasten der jungen Generation,
- keine Transparenz; weder bei den Beiträgen noch bei den Abrechnungen, bei denen am Sachleistungsprinzip festgehalten wird,
- keine Freiheit für die Versicherten, ihren Versicherungsschutz weitgehend selbst zu gestalten,
- keine Konzentration der über Zwangsbeiträge finanzierten Leistungen auf das medizinisch unbedingt Notwendige,
- keine Nachhaltigkeit.