

Entschließungsantrag

der Fraktion der F.D.P.

**zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksachen 14/1245, 14/1977 –**

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000)

Der Bundestag wolle beschliessen:

I.

Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Der Überschuss der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von 2,2 Milliarden DM, den die alte Koalition Ende 1998 hinterlassen hatte, hat sich binnen eines Jahres durch die Maßnahmen des sogenannten „Solidaritätsstärkungsgesetzes“ in ein Defizit verwandelt. Die Reduzierung von Zuzahlungen, die Wiederaufnahme von Zahnersatz für Jugendliche, die Abschaffung der Festzuschüsse beim Zahnersatz verbunden mit der Abschaffung jeglicher Wahlmöglichkeiten für die Versicherten für Selbstbehalt, für Beitragsrückgewähr, für erweiterte Leistungen und für die Kostenerstattung auch der Pflichtversicherten haben zu der heutigen Ausgangssituation geführt, in der sich für nächstes Jahr Beitragssatzsteigerungen ankündigen.

Die „GKV-Gesundheitsreform 2000“ ist ebensowenig wie das sogenannte „Solidaritätsstärkungsgesetz“ geeignet, die selbstgeschaffenen Probleme sowie die auf die GKV zukommenden zusätzlichen Herausforderungen zu bewältigen. Die Instrumente starrer Budgetvorgaben, staatlicher Regulierungen, Kontrollen und Bevormundung sind ungeeignet, zukünftig eine gesundheitliche Versorgung für alle Bundesbürger auf hohem Niveau zu ermöglichen. Rationierungen und Qualitätsverfall werden die unvermeidliche Folge sein.

Beitragssatzstabilität lässt sich mit einem Gesetz, das die Entwicklungen auf der Einnahmeseite nicht berücksichtigt, nicht verwirklichen. Dem Glauben, mit dem Instrument der Budgetierung Beitragssatzstabilität erreichen zu können, liegt nicht nur eine massive Überschätzung der ohne Zweifel in bestimmten Bereichen vorhandenen Rationalisierungspotentiale des GKV-Systems zugrunde. Er verkennt auch, dass Rationalisierungsreserven nicht durch eine allgemeine Mittelverknappung gehoben werden können, die alle Versorgungsbereiche gleichermaßen beschneidet. Rationalisierung ist nur durch eine gezielte

Verbesserung der Wirtschaftlichkeit im Einzelfall zu erreichen. Gleichmaßen wird die Entwicklungsdynamik der Gesundheitsausgaben maßlos unterschätzt. Der leistungsausweitende medizinische Fortschritt, der demographische Wandel, eine zunehmende Präferenz der Bevölkerung für Gesundheitsgüter sowie die Tatsache, dass das Gesundheitswesen ein arbeitsintensiver, durch geringe Produktivitätssteigerungen gekennzeichnete Dienstleistungssektor ist, führen dazu, dass die Gesundheitsausgaben auch zukünftig trotz aller Kostendämpfungsversuche schneller steigen werden als die beitragspflichtigen Einnahmen.

II.

Der Deutsche Bundestag stellt fest, dass die Maßnahmen der „GKV-Gesundheitsreform 2000“ systemverändernden Charakter haben, die das Leistungsniveau des deutschen Gesundheitssystems nachhaltig verschlechtern werden. Eines der weltbesten Gesundheitssysteme wird in die Mittelmäßigkeit abfallen. Das bewährte hohe Leistungsniveau des Gesundheitssystems lässt sich nur halten, wenn die positiven leistungsfördernden Effekte des Wettbewerbs genutzt werden. Der von der Koalition eingeschlagene Weg führt hingegen zu einer schleichenden Rationierung im Gesundheitswesen. Die Gesundheitsreform 2000 muss deshalb komplett neu erarbeitet werden.

III.

Der Deutsche Bundestag lehnt die „GKV-Gesundheitsreform 2000“ ab, weil diese zwar vorgibt, die Patienten zu schützen, die Versorgung zu verbessern und die Solidarität zu stärken, tatsächlich aber durch die konkret getroffenen Maßnahmen genau das Gegenteil bewirkt.

1. Die GKV wird nicht auf eine solide, zukunftsgerichtete Finanzgrundlage gestellt. Der Leistungskatalog wird sogar noch ausgeweitet um Leistungen, wie die Sozio-Therapie, die Gesundheitsförderung und Prävention, die Förderung von Selbsthilfegruppen, die Unterstützung von Verbraucher- und Patientenorganisationen und die Übernahme der heute von den Ländern getragenen Investitionskosten für Krankenhäuser. Bezahlt werden muss das aufgrund der Budgetdeckelung durch Qualitätsverschlechterungen und Rationierung in anderen Bereichen. Gleichzeitig wird die Einnahmefähigkeit durch die Beitragsreduzierung für geringverdienende freiwillig versicherte Rentner abgesenkt. Geringere Rentensteigerungen aufgrund der Erhöhung lediglich in Höhe der Inflationsrate wirken sich ebenfalls negativ auf die Einnahmen der GKV aus, so dass die Beitragsstabilität auch hier nur durch Rationierung zu erreichen ist.
2. Durch die Einführung eines Globalbudgets werden Engpässe in der Gesundheitsversorgung unvermeidlich. Die Entwicklung der Gesundheitsausgaben hat mit der Entwicklung der Grundlöhne nichts zu tun. Wenn man die Grundlohnentwicklung zur Obergrenze der möglichen Ausgabensteigerung im Gesundheitswesen macht, führt das angesichts der Dynamik des Systems (steigende Anzahl älterer Menschen, demographische Entwicklung, sinkende Lohnquote wegen veränderten Erwerbsverhaltens und Arbeitslosigkeit, gestiegenes Anspruchsverhalten) ohne Änderungen in anderen Bereichen (z. B. Beschränkung des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung) zwangsläufig zur Rationierung von Gesundheitsleistungen. Dies hat tiefgreifende Konsequenzen. Nicht die Politik bestimmt länger den Leistungskatalog der Krankenkassen, sondern die Ärzte werden zu Mängelverwaltern auf dem Rücken ihrer Patienten gemacht. Damit entsteht nicht nur die Gefahr von Willkürentscheidungen. Der einzelne Patient hat zudem auch keine Handhabe, sich gegen vorenthaltene Leistungen zur Wehr zu setzen.

Der Gesundheitsmarkt ist bisher noch einer der wenigen Märkte in der Bundesrepublik Deutschland, die eine hohe Wachstumsdynamik aufweisen. Das entspricht auch den Präferenzen der Bürger, die bereit sind, mehr für ihre Gesundheit aufzuwenden. Statt deshalb die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken, wird durch die Budgetierung das Gesundheitswesen quasi eingefroren, was zudem mit gravierenden Konsequenzen für Arbeitsplätze und Beschäftigung einhergeht.

3. Der Zugang der Patienten zu notwendigen Arzneimitteln und Heilmitteln wird durch das Arznei- und Heilmittelbudget kontinuierlich erschwert. Insbesondere innovative Arzneimittel, die wegen der darin enthaltenen Forschungs- und Entwicklungskosten zum Teil sehr teuer sind, werden bei Erreichen der Budgetgrenzen kaum noch verordnungsfähig sein. Es besteht die Gefahr, dass bevorzugt ältere, preiswertere Präparate mit größeren Nebenwirkungen eingesetzt werden oder es zu Verlagerungen in die Krankenhäuser mit negativen Auswirkungen auf die Gesamtkosten kommt. Der Rückgang im Absatz von innovativen Arzneimitteln wird zudem die Innovation neuer Produkte selbst verlangsamen. Negative Auswirkungen auf den pharmazeutischen Standort Deutschland sind unvermeidlich.

Für die Heilmittelerbringung kommt die Einbeziehung in das Budget einer Verweigerung moderner Hilfsmöglichkeiten gleich, z. B. nach Schlaganfällen oder bei sprachgestörten Kindern durch den Einsatz von Logopädie, Ergotherapie oder physikalischen Therapie. Medizinischer Fortschritt steht dann allein noch Selbstzahlern offen.

4. Die Einführung einer Positivliste für Arzneimittel führt nicht zu den erwarteten Einsparungen, weil mit der Substitution preiswerterer ausgeschlossener Arzneimittel durch teurere Arzneimittel, die auf der Liste stehen, zu rechnen ist. Sie führt nicht zu einer Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung, sondern engt den Therapiespielraum für Ärzte und Patienten ein und führt dazu, dass Patienten viele Arzneimittel zu 100 Prozent selbst bezahlen müssen. Sie führt darüber hinaus zu unverhältnismäßigem bürokratischem Aufwand und bedeutet für die pharmazeutischen Firmen eine zusätzliche Planungsunsicherheit, die sich auf die Forschungs- und Entwicklungsintensität für neue Produkte auswirken wird.

Ein Zweitzulassungsverfahren ist unnötig, weil es bereits ein qualifiziertes Verfahren beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte gibt.

5. Die im Grundsatz zu begrüßende Möglichkeit, Verträge über integrierte Versorgungsformen zu schließen, wird noch bevor die Ergebnisse entsprechender Modellerfahrungen seit dem „2. GKV-Neuordnungsgesetz“ vorliegen zur Regelversorgung erhoben, statt konkret die Punkte anzugehen, die einer Vereinbarung über verschiedene Sektoren hinweg im Wege stehen. Mit der Möglichkeit für die Krankenkassen, sektorübergreifende Verträge mit einzelnen Ärzten und Zahnärzten auch gegen den Willen der kassenärztlichen Vereinigungen oder kassenzahnärztlichen Vereinigungen abzuschließen, wird der Sicherstellungsauftrag, der die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung garantiert, in Frage gestellt. Völlig ungelöst ist zudem die Frage der Ausgliederung der entsprechenden Vergütungsanteile aus den Budgets.
6. Die Schaffung eines eigenen Honorartopfes für die Hausärzte ist in Anbetracht der Budgetierung ein Danaergeschenk. Ein zu knapp bemessenes Budget wird auch durch Teilung nicht größer. Statt leistungsgerechter Vergütung für alle Arztgruppen wird vielmehr für eine Arztgruppe lediglich die Illusion einer ausreichenden Honorierung geweckt.

Die Ermöglichung eines Bonus für Versicherte, die bei Erkrankung zunächst den Hausarzt aufsuchen, basiert auf der irrigen Annahme, die primäre Inanspruchnahme von Hausärzten sei per se besser für die Patienten und würde weniger Kosten verursachen. Dafür gibt es international bisher keinen schlüssigen Beweis. Der große Aufwand, der zudem mit der Erfassung und Speicherung der für die Berechnung des Bonus erforderlichen Daten verbunden ist, wäre sinnvoller in anderen Bereichen, z. B. in der Qualitätssicherung eingesetzt.

7. Die Verschärfung der Bedarfsplanung führt dazu, dass eine ganze Generation nachwachsender Mediziner von der Möglichkeit abgeschnitten wird, sich niederzulassen. Damit werden Existenzen in Gefahr gebracht und der Wissenstransfer neuer medizinischer Entwicklungen zumindest erschwert. Die darüber hinaus vorgesehene Mitfinanzierung einer Prämie für Ärzte bzw. Zahnärzte, die in gesperrten Bezirken ihre Arzt- bzw. Zahnarztpraxis aufgeben durch die GKV, also Versicherte und Arbeitgeber, mutet den Patienten zu, längere Wartezeiten in den Wartezimmern nicht nur in Kauf zu nehmen, sondern finanziell zu fördern. Die Finanzierung von Flächenstilllegungsprogrammen aus Versichertengeldern ist absurd, wenn gleichzeitig notwendige Leistungen rationiert werden.
8. Die Umstrukturierung der ärztlicher und der zahnärztlichen Selbstverwaltung durch den Gesetzgeber stellt einen nicht nachvollziehbaren Willkürakt gegenüber den Ärzten und Zahnärzten dar, die sich durch diese Gremien vertreten fühlen sollen. Wenn Ärzte und Zahnärzte eine Ablösung ehrenamtlicher durch hauptamtliche Vorstände sowie eine Zusammenlegung von Kassenärztlichen Vereinigungen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ablehnen, muss das für den Gesetzgeber ein Stoppsignal sein.
9. Die monistische Krankenhausfinanzierung, also eine Finanzierung von laufenden Betriebskosten und Investitionskosten aus einer Hand, ist betriebswirtschaftlich gesehen eine sinnvolle Finanzierungsform. Wie der Übergang zur Monistik in diesem Gesetz ausgestaltet wird, ist jedoch untragbar, weil die Krankenhäuser ihre Investitionskosten de facto selber bezahlen sollen. Neben der Absenkung der Budgets in Höhe von ca. 1 Mrd. DM pro Jahr aufgrund der Fiktion des Abbaus von Fehlbelegungen sowie einer Absenkung der Budgets um ein Prozent für die Bezahlung von außerplanmäßig notwendig gewordenen Krankenhausbehandlungen sollen die Krankenhäuser mit steigenden Raten ab dem Jahr 2009 die komplette Pauschal- und Einzelförderung selbst finanzieren. Dies wird zu Qualitätsverlusten und zum Abbau von Arbeitsplätzen führen. Bei einem Anteil der Personalkosten von 70 Prozent wirken sich Budgetabsenkungen zwangsläufig auf die Beschäftigungsquote aus, und zwar um so mehr je wirtschaftlicher die Krankenhäuser bisher gearbeitet haben.
10. Der Übergang zu einem System, in dem möglichst viele Krankenhausleistungen in Form von Fallpauschalen vergütet werden, ist richtig. Dabei werden jedoch die wettbewerblichen Anreize eines Preissystems nicht genutzt. In einem gigantischen Planungsverfahren wird jedem Krankenhaus ein präziser Leistungskatalog vorgeschrieben. So wird der gute Gedanke eines leistungsgerechten Entgeltsystems zu einem gigantischen planwirtschaftlichen Dirigismus pervertiert. Zudem führt der viel zu eng gesetzte Zeitplan bis zur Realisierung eines flächendeckenden Einsatzes dieses Entgeltsystems dazu, dass auf bereits bestehende Systeme, z. B. die Diagnosis Related Groups der USA, zurückgegriffen werden muss. Diese Vorgaben sind nur bedingt auf deutsche Verhältnisse übertragbar. Die Psychiatrie ist aus diesem Grund bereits ausgenommen worden. Gleiches gilt aber auch in anderen Bereichen, in denen deutsche und amerikanische Strukturen nicht übereinstimmen.

11. Durch die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante fachärztliche Versorgung werden teure Doppelkapazitäten geschaffen. Die Freiberuflichkeit der Fachärzte gerät in Gefahr, weil die Krankenhäuser durch die auf absehbare Zeit nach wie vor gezahlten Investitionszuschüsse der Länder über Wettbewerbsvorteile verfügen.
12. Indem die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen mit den Leistungserbringern als nur noch sozialversicherungsrechtlicher Natur definiert werden, schließt der Gesetzentwurf die Krankenkassen und ihre Verbände aus dem Anwendungsbereich des Privatrechts und insbesondere des Wettbewerbs- und Kartellrechts aus. Wenn zudem gleichzeitig im Bereich der Sozialgerichtsbarkeit erhebliche Änderungen von der Bundesregierung in Angriff genommen werden, birgt das für alle Beteiligten erhebliche Risiken. Die Bundesregierung hat es zudem versäumt zu klären, ob diese Bestimmung mit Artikel 81 und Artikel 82 EG-Vertrag vereinbar ist. Damit riskiert die Bundesregierung, dass die Kommission ein Vertragsverletzungsverfahren einleitet. Ein funktionierender Wettbewerb wäre im Übrigen geeignet, die erheblichen schlummernden Effizienzreserven im Krankenkassenwesen offenzulegen. Das Ausgrenzen des Wettbewerbs auf juristischem Wege ist insofern kontraproduktiv.
13. Der Ausbau des Überwachungs- und Kontrollapparates bindet Geld für eine bürokratische Überregulierung, das dringend für die medizinische Versorgung gebraucht wird. Er gefährdet das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Der Ausbau der Befugnisse des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen macht deutlich, mit welchem Misstrauen die Koalition den Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern gegenüber steht. Mit überzogenen Kontrollen und Regressen greift man in ein sensibles Therapieverhältnis ein. Die Qualität ärztlichen Handelns verbessert man dadurch nicht. Trotz der auf massiven Druck der Datenschützer erfolgten Rücknahme bestimmter Teile der Datenerhebung und -verarbeitung bleibt festzustellen, dass sich die Arbeit der im Gesundheitswesen Tätigen durch dieses Gesetz stärker von der Behandlung kranker Menschen auf die Ausfüllung von Formularen und die Aufbereitung und die Weitergabe von Daten verlagern wird. Die Pflicht für Fachärzte zur Weitergabe der Behandlungsdaten an einen Hausarzt mag z. B. bei multimorbiden Menschen Sinn machen. Das für jeden Patienten vorzusehen ist völlig überzogen.
14. Das Verbot, neue Betriebs- und Innungskrankenkassen zu errichten, ist mit einem fairen Wettbewerb unvereinbar und beschneidet die Versicherten in unzulässiger Weise in ihrer Wahlmöglichkeit. Die Begründung, die Versicherten vor Krankenkassen schützen zu müssen, die ihre Betreuung hauptsächlich über moderne Kommunikationsmittel und weniger über Geschäftsstellen sicherstellen, zeugt von einer groben Missachtung der Versichertensouveränität.
15. Die federstrichartige Regelung einer Rechtsangleichung Ost/West, eines Abbaus der Altverschuldung einiger Ostkrankenkassen sowie die Einführung eines bundesweiten nicht nach Ost und West getrennten Risikostrukturausgleiches darf ohne eingehende Diskussion nicht Realität werden. Zu diesem Themenkomplex sind so viele Fragen nach wie vor ungeklärt, dass die genauen Auswirkungen zur Zeit für niemanden absehbar sind. Die Koalition hat einen Auftrag zur grundlegenden Aufarbeitung der Risikostrukturausgleichsproblematik, den die alte Koalition aus F.D.P. und CDU/CSU dem Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen erteilt hatte, rückgängig gemacht. Das rächt sich jetzt bitter.

16. Anpassungsnotwendigkeiten, die sich aus dem Zusammenwachsen Europas ergeben, werden nicht berücksichtigt. Teilweise wird sogar versucht, gegen die europäischen Entwicklungen zu handeln. So macht eine Verschärfung der nationalen Bedarfsplanung dann keinen Sinn, wenn Patienten auch Ärzte, Zahnärzte oder Krankenhäuser jenseits der Grenze in Anspruch nehmen können, die keiner Zulassungsbeschränkung unterliegen. Wenn sich GKV-Versicherte von Nichtvertragsärzten als Privatpatienten im Ausland behandeln lassen können und hierfür die Kosten von ihrer Krankenkasse erstattet bekommen, kann man das für deutsche Nichtvertragsärzte wohl kaum verweigern.

Das Sachleistungsprinzip steht europarechtlich auf dem Prüfstand. Der europäische Integrationsprozess verlangt eine Stärkung des Kostenerstattungssystems. Der Gesetzentwurf der Koalition verkennt eindeutig diese Entwicklung und setzt allein auf das Sachleistungsprinzip. Durch diese Vogel-Strauß-Politik werden die Chancen für die deutschen Patienten und die deutschen Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser, Gesundheitshandwerker und andere Anbieter, die in der europäischen Integration liegen, zunichte gemacht.

IV.

Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung daher auf:

1. Den Weg in die Rationierung von Gesundheitsleistungen und den Qualitätsverfall zu stoppen:

Auf die gesetzliche Vorgabe von Budgets gleich welcher Art, egal ob Globalbudget oder Sektoralbudget ist zu verzichten. An ihre Stelle sind leistungsgerechte, qualitätsorientierte Vergütungen zu setzen. Die für die Krankenbehandlung benötigten finanziellen Mittel haben sich an der medizinischen Notwendigkeit und nicht an einer planwirtschaftlichen Größe zu orientieren. Anstelle dessen bedarf es einer Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten.

2. Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung so zu gestalten, dass hiervon keine negativen Beschäftigungswirkungen ausgehen:

Der Arbeitgeberbeitrag zur GKV wird deshalb festgeschrieben, um Gesundheitsausgaben und Lohnzusatzkosten zu entkoppeln und damit eine verlässliche Kalkulationsbasis für die Unternehmen im internationalen Wettbewerb als Basis für die Schaffung bzw. den Erhalt von Arbeitsplätzen zu bilden. Je mehr Menschen hierdurch wieder Arbeit finden, um so größer wird die Beitragsbasis der GKV. Um so geringer fällt dann der Beitragssatz aus.

Gleichzeitig sind die Zwangsbeiträge zur GKV, die die Arbeitnehmer zahlen müssen, durch Beschränkung des Leistungskataloges der GKV auf das medizinisch wirklich Notwendige sowie durch das Setzen von Anreizen zur Ausschöpfung vorhandener Rationalisierungspotentiale so gering wie möglich zu halten. Ergänzt werden muss das um eine Erhöhung der verfügbaren Einkommen der Haushalte durch eine konsequente Steuerreform, um finanzielle Spielräume für freiwillige Absicherungsmaßnahmen zu schaffen.

3. Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung auf eine sichere Basis zu stellen:

Die Umverteilung ist in erster Linie eine Aufgabe der Steuer- und Transferpolitik. Langfristig ist die Umverteilung deshalb aus der gesetzlichen Krankenversicherung herauszulösen.

Versicherungsfremde Leistungen sind aus der GKV auszugliedern.

Arzneimittel sollen nicht mit dem vollen, sondern dem reduzierten Mehrwertsteuersatz belastet werden.

4. Die Eigenverantwortung der Menschen zu stärken:

Dazu ist es notwendig, Transparenz und Handlungsspielräume zu schaffen. Die Kostenerstattung muss deshalb, wo immer das sozial verträglich ist, das anonyme Sachleistungssystem ersetzen und durch sozial angemessene Selbstbeteiligungen ergänzt werden. Härtefallregelungen und Überforderungsklauseln müssen die sozial Schwachen schützen.

Eigenverantwortung bedeutet auch, für sich selbst Entscheidungen treffen zu können. Deshalb sind weitgehende Wahlmöglichkeiten für die Versicherten und die Patienten durch Beitragsrückgewährung, durch einen freiwilligen Selbstbehalt verbunden mit entsprechenden Beitragsnachlässen, durch die Freiheit in der Organisationsstruktur der Krankenkassen (Geschäftsstellen oder Direktversicherungen) sicherzustellen.

Im Zahnbereich ist in Anbetracht der Erfolge durch die Zahnprophylaxe die Wiedereinführung des Zahnersatzes für alle nach 1978 Geborenen rückgängig zu machen. Der Festzuschuss für Zahnersatz ist wieder einzuführen.

5. Das Verhältnis zwischen Versorgungsqualität und Kosten durch Schaffung effizienter Strukturen zu optimieren:

Die Krankenhausfinanzierung ist so zu gestalten, dass es zu einem funktionsfähigen Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern kommt, in denen Wirtschaftlichkeitserfolge erzielt werden können.

Durch Förderung von Praxiskliniken und Belegkliniken ist die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung zu fördern. Großgeräte und Operationssäle sind möglichst von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern gemeinsam zu nutzen.

Das Konzept von Modellversuchen und Strukturverträgen, wie es im „2. GKV-Neuordnungsgesetz“ verankert wurde, hat sich grundsätzlich bewährt. Die Ergebnisse dieser Vertragsgestaltungen über Sektoren hinweg sollten jedoch zunächst abgewartet werden bevor über eine Übernahme in die Regelversorgung entschieden wird. Eventuelle rechtliche Probleme, die einer effizienten Ausgestaltung im Wege stehen, sind zu beseitigen. Die Bedingungen sind dabei so zu gestalten, dass die Integrationsversorgung nicht zum Trojanischen Pferd zum Transport eines Einkaufsmodells wird.

Das System von Festbeträgen und Festzuschüssen hat sich grundsätzlich bewährt; es ist deshalb auszubauen.

6. Wettbewerb und Verhandlungslösungen Vorrang vor staatlicher Planung zu geben:

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

Über Mengen, Preise und Strukturen muss zwischen den Beteiligten eine Verständigung erzielt werden, die dem Ziel einer guten Gesundheitsversorgung der Versicherten dient, die den Präferenzen der Bürger entspricht. Gesonderte Verhandlungen der Krankenkassen sollen dabei soweit wie möglich zum Tragen kommen, um durch einen Wettbewerb der Ideen zu effizienten, qualitätsorientierten Lösungen zu kommen.

7. Die bürokratische Überregulierung endlich abzuschaffen:

Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser und die anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen müssen wieder Zeit für ihre Patienten haben, statt sich mit dem Ausfüllen von Formularen und Gutachten sowie der Erfassung und Weitergabe sinnloser Daten zu befassen. Die Sammlung von Daten ist deshalb auf das unbedingt notwendige Maß zu begrenzen.

Der Staat hat sich auf das Setzen von Rahmenbedingungen zu konzentrieren und nicht Alles bis ins Kleinste detailliert vorzugeben.

Kontrollen sind notwendig, um die Patienten zu schützen. Sie haben jedoch bereits heute ein Ausmaß angenommen, das das Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient gefährden kann. Ein Abbau unverhältnismäßiger Kontrollen ist deshalb angebracht.

8. Umgehend einen Auftrag an den Sachverständigenrat für die Aktion im Gesundheitswesen zur Aufarbeitung der Ost/West-Problematik und der Implikation für den Risikostrukturausgleich zu erteilen mit dem Ziel, bis Mitte nächsten Jahres über eine fundierte Entscheidungsgrundlage zu verfügen.

9. Das deutsche Gesundheitssystem europafest zu machen:

Im Zuge der europäischen Integration sind planwirtschaftliche Insellösungen kontraproduktiv. Sie müssen deshalb durch liberale Strukturen mit Kostenerstattung, Eigenverantwortung und Wahlmöglichkeiten ersetzt werden, denn die Souveränität der Verbraucher darf nicht an der Pforte des Gesundheitssektors enden.

Berlin, den 1. November 1999

Dr. Wolfgang Gerhardt und Fraktion