

Entschließungsantrag

der Fraktion der PDS

**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:

Das Gesundheitswesen besitzt sowohl deutliche Stärken als auch seit langem bekannte, unübersehbare Schwächen. Zu den Stärken zählen u. a. die solidarische Absicherung des Krankheitsrisikos, ein vollwertiger Leistungskatalog für alle, die Vermeidung direkter Geldbeziehungen zwischen Arzt und Patient durch das Sachleistungsprinzip, noch immer weitgehend gleiche Zugangsmöglichkeiten, moderne Infrastruktur und Stand der Wissenschaft sowie die Steuerung durch sozialstaatliche Rahmenbedingungen, untersetzt durch Selbstverwaltungen von Kostenträgern und Leistungsanbietern.

Zu den Mängeln, die zugleich Ursachen für überhöhte Ausgaben des Gesundheitswesens bilden, gehören in erster Linie:

- Fehlanreize wie überwiegende Einzelleistungsvergütung und Strukturängel wie medizinisch und ökonomisch ineffiziente Betriebsformen und die damit verbundene Steuerung des medizinischen Handelns nicht allein nach fachlicher Indikation und Stand der Wissenschaft, sondern zu beträchtlichen Teilen über das Geld,
- die vielfältige Aufteilung der medizinischen Versorgung in voneinander streng geschiedene Einzelbereiche mit der besonderen Problematik einer strikten Trennung von ambulantem Sektor und Krankenhaus und daraus resultierende vielfache Doppel- und Mehrfachleistungen infolge fehlender Kooperation und Integration im Leistungsgeschehen,
- eine mangelnde Rationalität des Mitteleinsatzes durch teure und oft nicht am medizinischen Bedarf orientierte Fehlinvestitionen, wobei häufig das existenziell notwendige Streben nach betriebswirtschaftlicher Rentabilität der Einzelpraxis bzw. Gesundheitseinrichtung im Widerspruch zur Rationalität des Gesamtsystems steht.

Je anreizkonformer sich die Einzelakteure verhalten, desto unwirtschaftlicher arbeitet das Gesamtsystem.

Dies hat u. a. zusammen mit mangelnder Bedarfsplanung und dem Fehlen übergreifender Gesundheitsziele – neben nach wie vor bestehenden Feldern mit erheblicher Unterversorgung – auch Überversorgung geschaffen (Gebiete der spezialärztlichen ambulanten Versorgung, Zahl und Struktur der akut-medizinischen Krankenhausbetten, medizinische Großgeräte, Arzneimittelangebot und -einsatz u. a. m.).

Hinzu kommen eine weitgehende Ausblendung der sozialen Zusammenhänge von Gesundheit und Krankheit und die damit verbundene systematische Unterschätzung von sozialer Prävention und Rehabilitation sowie einer rehabilitativ orientierten Pflege.

Insgesamt ist festzuhalten, dass die falschen ökonomischen Anreize – noch dazu vor dem Hintergrund einer fast unkontrollierten Machtstellung und kaum gezügelten Profitorientierung der Medizinindustrie – das ärztliche Handeln permanent in eine zum Teil irrationale Mengen- und Ausgabendynamik treiben.

Tiefgreifende Strukturreformen im Gesundheitswesen, welche die bestehenden Unwirtschaftlichkeiten zurückdrängen, die Effektivität erhöhen und damit zugleich die Voraussetzungen für die Qualität der medizinischen Arbeit verbessern können, sind deshalb dringend erforderlich.

Allerdings hat das Gesundheitswesen nicht nur ein Ausgaben-, sondern auch ein zunehmendes Einnahmenproblem. Die Hauptursachen der Finanzierungsschwierigkeiten in der gesetzlichen Krankenversicherung liegen nicht in einer vermeintlichen Kostenexplosion, sondern in erster Linie in den relativ zurückbleibenden Einnahmen infolge des seit langem sinkenden Anteils der Einkommen der abhängig Beschäftigten am Bruttoinlandsprodukt (Lohnquote), auch durch zunehmende Massenarbeitslosigkeit. Unter diesen Bedingungen hat die Erhöhung der Beitragssätze in den zurückliegenden Jahren lediglich bewirkt, dass der Anteil der Ausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung am Bruttoinlandsprodukt in etwa gleich geblieben ist. Durch politische Entscheidungen herbeigeführte Einnahmeverringerungen sowie Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zugunsten anderer Sozialversicherungsträger und letztlich des Bundeshaushaltes haben die Situation zusätzlich verschärft.

Andererseits führen die demographische Entwicklung und der medizinisch-technische Fortschritt sowie die damit verbundene Erweiterung der Wirkungsfelder und -möglichkeiten der Medizin dazu, dass der Bedarf nach gesundheitlicher Versorgung wächst und die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen ebenso wie die finanziellen Aufwendungen weiter zunehmen. Dies führt jedoch nicht zu jährlichen Sprüngen, die bisher immer wieder aufgetreten sind und in erster Linie aus den Steuerungsfehlern und Strukturmängeln des gegenwärtigen Systems resultieren, sondern zu stetigeren und daher kalkulierbareren Schritten.

Vor diesem Hintergrund kommt es immer wieder zu einer Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben sowie gravierenden Defiziten in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Für ein auch künftig leistungsfähiges Gesundheitswesen sind daher sowohl Strukturreformen als auch eine systematische Konsolidierung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung durch eine am Solidaritätsprinzip orientierte Verbesserung ihrer Einnahmesituation erforderlich.

Die zurückliegenden Reformansätze im Gesundheitswesen haben bekanntlich nur zu weiteren Belastungen der Patientinnen und Patienten, zu mehr Bürokratie und Verwaltungsaufwand, und letztlich zu wachsenden Frustrationen sowohl bei den Versicherten als auch bei den Akteuren des Gesundheitsbereiches

geführt. Vor allem mit der dritten Stufe der Gesundheitsreform, die Mitte 1997 in Kraft trat, ist auch das Solidarsystem im Gesundheitswesen erheblich beschädigt worden. Erstmals wurden massiv steigende Selbstbeteiligungen der Patientinnen und Patienten neben den Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen als eine neue dritte und systematisch auszubauende Quelle der Geldbeschaffung angesehen. Ein beabsichtigtes Einfrieren der Arbeitgeberbeiträge passte dazu nahtlos. Der zweite Systembruch bestand darin, dass – zunächst als Option der Versicherten – mit Kostenerstattung, Selbstbehalten oder Beitragsrückerstattungen systemfremde Elemente, die zu privaten Versicherungen gehören, in das soziale Krankenversicherungssystem eingeführt wurden. Das hätte die finanzielle Substanz des Solidarausgleichs empfindlich untergraben und die Funktionsfähigkeit der Kassen über kurz oder lang in Frage gestellt. Einen weiteren Systembruch stellte die Aufhebung der Parität im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung dar.

Im Grunde genommen gibt es nur noch zwei Optionen für eine Reform des Gesundheitswesens. Sie haben allerdings entgegengesetzte Auswirkungen auf die soziale Qualität der gesundheitlichen Versorgung. Die erste Alternative besteht in zunehmender Reprivatisierung der Gesundheitskosten (durch steigende Zuzahlungen, Leistungskürzungen, Trennung des Leistungskatalogs der GKV in noch solidarisch getragene Regel- und individuell zu finanzierende Wahlleistungen u. a. m.) und einer damit verbundenen Zwei-Klassen-Medizin. Auf diesen Weg hatte sich die alte Koalition begeben. Die Unumgänglichkeit einer tiefergehenden Korrektur falscher Strukturen und fehlsteuernder Anreize wurde dabei verleugnet. Die dazu notwendige und auch mögliche Alternative lautet: Verteidigung und Erneuerung einer allen gleichermaßen zugänglichen, sozial gerechten und humanen Gesundheitsversorgung auch unter erheblich veränderten gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen.

Deshalb ist zu begrüßen, dass mit dem gegenwärtigen Reformvorhaben an einer solidarischen Absicherung des Krankheitsrisikos, an der gemeinsamen, paritätischen Finanzierung durch Arbeitgeberinnen/Arbeitgeber und Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmer, am Sachleistungsprinzip sowie an einem für alle gültigen und medizinisch vollwertigen Leistungskatalog festgehalten werden soll. Das Gleiche gilt für die bisher erklärte Absicht der Koalition, den Weg der Zuzahlungserhöhungen nicht weiter zu beschreiten, auch wenn festgestellt werden muss, dass die bestehenden Belastungen der Patientinnen/Patienten bisher nur zu einem geringeren Teil zurückgenommen wurden.

Das Ziel, bestehende Unwirtschaftlichkeiten durch Strukturreformen zu beseitigen, die mehr Kooperation und Effektivität im Gesundheitswesen ermöglichen, ist ebenfalls grundsätzlich zu befürworten. Entscheidend ist allerdings die richtige Ausgestaltung solcher Absichten im Sinne überzeugender und praktikabler Lösungen, die sich in der Praxis des Gesundheitswesens als funktionstüchtig erweisen. In dieser Hinsicht lassen die Vorstellungen der Regierung viele Fragen offen.

Schwerer wiegt jedoch, dass die Regierungskoalition an die von ihr vorgesehenen Strukturveränderungen die Erwartung knüpft, sofort mit geringst möglichen Finanzzuwächsen auszukommen oder sogar Mittel direkt freisetzen zu können, wie sich beispielsweise bei der vorgesehenen Übernahme der Krankenhausfinanzierung allein durch die Kassen zeigt. Damit geht die Koalition in einer grundlegenden Frage der Reform nicht von realistischen Voraussetzungen aus. Weder durch die Stärkung der Hausärzte noch durch integrierte Versorgungsformen noch durch eine Positivliste können kurzfristig solche Einsparungen erwartet werden. Rationalisierungsreserven sind bestenfalls nur schrittweise zu erschließen, da es sich bei Strukturreformen im Erfolgsfall um tief in bestehende Denk- und Handlungsmuster eingreifende Lern- und Veränderungs-

prozesse handelt, die Zeit benötigen und deren Notwendigkeit von einem Großteil der Beteiligten und Betroffenen verstanden und mit getragen werden müsste.

Der jetzt vorgesehene bloße Einspardruck senkt nicht nur fragwürdige bzw. unnötige Leistungen, sondern erfahrungsgemäß auch medizinisch notwendigen Mitteleinsatz.

Die Verlierer solcher Art von Reformen sind stets die sozial Schwächeren und insgesamt all jene, die sich am wenigsten wehren können. Soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit in der gesundheitlichen Versorgung werden auch auf solche Weise in Frage gestellt. Es kann kaum verwundern, wenn ein so wenig durchdachtes und überstürztes Herangehen an ein anspruchsvolles Reformvorhaben von den Ärztinnen und Ärzten und anderen Beschäftigten im Gesundheitswesen vor allem als Druck in Richtung Qualitätsminderung und Rationierung empfunden wird.

Hinzu kommt, dass das Gesundheitswesen keineswegs nur Überkapazitäten und Unwirtschaftlichkeiten besitzt, sondern auch große Felder mit Unterversorgung und Nachholbedarf. Hier sei stellvertretend nur an Prävention, Rehabilitation, den psychiatrischen Sektor oder an den noch immer unterbesetzten Pflegebereich erinnert.

Deshalb ist es ein Trugschluss der Koalition, Beitragsstabilität mit einer strikten Ausgabenbegrenzung (Globalbudget) erreichen zu wollen, welche lediglich an die – gemessen am Bruttoinlandsprodukt – deutlich zurückbleibenden Steigerungsraten der beitragspflichtigen Einkommen der Versicherten (Grundlohnsumme) gebunden sein soll. Die ökonomischen Rahmenbedingungen für die Finanzierung der Sozialsysteme und damit auch der gesetzlichen Krankenversicherung haben sich grundlegend verändert. Statt jährlicher Wachstumsraten bei der Grundlohnsumme von 4 % oder 6 % geht es heute nur noch um bescheidene Zuwächse zwischen 1 % oder 2 %, und in den neuen Bundesländern wurde 1998 sogar eine rückläufige Entwicklung von minus 0,5 % verzeichnet.

Das Gesundheitswesen bleibt aber ein Wachstumsbereich und dies nicht primär als Ergebnis von Fehlsteuerungen, sondern in erster Linie wegen wachsender Leistungsmöglichkeiten und wachsenden Leistungsbedarfs.

Die Vorgängerregierung hatte sich zuletzt dafür entschieden, nur noch das Einnahmeproblem der gesetzlichen Krankenversicherung zu sehen, und war gewillt, die zusätzlich benötigten Mittel vor allem aus den Taschen der Versicherten und Patientinnen und Patienten zu holen. Die gegenwärtige Koalition zieht es unter dem Zwang des wirtschaftsliberalen Gesamtkurses ihrer Regierung vor, nur noch das Ausgabenproblem wahrzunehmen und ab sofort mit harten Budgetierungen zu beginnen. Letztlich verbirgt sich dahinter eine grundsätzliche Verkennung der ökonomischen Stellung des Gesundheitswesens im Gesamtgefüge der Wirtschaft. Es ist ein klassischer sozialer und personenbezogener Dienstleistungsbereich mit wachsendem und überwiegend hochqualifiziertem Beschäftigtenanteil bei äußerst begrenzten Möglichkeiten, durch Produktivitätssteigerungen Arbeitskräfte freizusetzen.

Das wichtige Ziel, im Gesundheitswesen Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen, soll nach dem Gesetzentwurf der Koalition nicht primär notwendigen Verbesserungen in der medizinischen Versorgung dienen, sondern wird zur Begründung für eine rigorose Sparpolitik in Form strikter Budgetierungen herangezogen.

Diese Grundentscheidung, die den Wachstumsbereich Gesundheitswesen zugleich von der Entwicklung der wirtschaftlichen Leistungskraft abkoppelt, kann nur als Teil des zunehmend neoliberalen Gesamtkonzeptes der Regierung

verstanden werden. Es ist ein generelles Manko dieser Gesundheitsreform, dass sie in ihrem Grundansatz primär von wirtschaftspolitisch determinierten Vorgaben und nicht von gesundheitspolitischen Notwendigkeiten geprägt ist. Dabei setzt die Regierung inzwischen ebenso einseitig wie ihre Amtsvorgänger nur auf die Stärkung der Angebotskräfte.

Die Koalition weist den Schwarzen Peter für die Budgeteinhalten vornehmlich den Leistungserbringern zu, während sie an der Dominanz und dem Profitstreben der medizinischen Großindustrie kaum rüttelt. Ein Bemühen um Reduzierung der Sachkosten im Gesundheitswesen beispielsweise durch Druck auf die überhöhten Arzneimittelpreise oder durch eine mögliche Senkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel sucht man vergebens.

Die negativen Folgen einer solchen Politik werden schon im laufenden Jahr sichtbar. Vor allem in Ostdeutschland sind die Krankenhäuser und andere Gesundheitseinrichtungen mit ernststen Finanzierungsengepässen konfrontiert, die sich aus den schon für 1999 festgelegten grundlohnorientierten Budgetierungen ergeben mussten und durch aktuelle Tarifabschlüsse noch erheblich verschärft wurden. Die Folgen sind Androhung von Personalabbau und Abstrichen bei der medizinischen Leistungsfähigkeit sowie weitere Verschlechterung der Arbeitsbedingungen.

Es ist notwendig, dass sich die Bundesregierung den besonderen Finanzierungsproblemen des Gesundheitswesens in Ostdeutschland mit Konsequenz stellt, den Finanzausgleich zwischen West und Ost deutlich verbessert und endlich die nicht zu rechtfertigende Ungleichbehandlung der Gesundheitseinrichtungen in Ostdeutschland beendet.

Deshalb ist es ausdrücklich zu begrüßen, dass die Regierung konkrete Maßnahmen vorsieht, um die Finanzsituation verschuldeter Kassen in den neuen Bundesländern zu verbessern. Die vorgesehene Kombination von Soforthilfen für eine substantielle Entschuldung mit einem stufenweisen Übergang zum gesamtdeutschen Risikostrukturausgleich bietet die Grundlagen für eine tragfähige Lösung. Allerdings war es ein Fehler, eine sachgerechte Bewältigung des seit langem gewachsenen Problems bis heute hinauszuschieben. Die dringend erforderlichen Hilfen für die unverschuldet in Not geratenen ostdeutschen Krankenkassen hätten schon seit längerem eine eigene gesetzliche Regelung gerechtfertigt. Durch die gewählte Art und Weise der Verknüpfung mit der Gesundheitsreform, die nun auch auf das Abstimmungsverhalten der CDU-regierten Länder im Bundesrat zielt, bleibt erneut offen, ob es zu einer baldigen Lösung oder zu weiterer Verzögerung kommen wird.

Ein Grundfehler ist auch, dass die Bundesregierung offensichtlich gewillt ist, den ökonomischen Wettbewerb der Krankenkassen nicht nur beizubehalten, sondern sogar auf die Krankenhäuser, Ärztinnen und Ärzte und anderen Beschäftigten im Gesundheitswesen auszuweiten.

Dabei haben Marktprinzipien und ökonomischer Wettbewerb in der gesundheitlichen Versorgung höchst verhängnisvolle Wirkungen. Sie fördern Entsolidarisierung, machen teure Patienten für die Kassen zu unerwünschten Risiken, diskriminieren die sozial Schwächsten und führen zu weiterer Zersplitterung und Bürokratisierung des Systems. Die Grundsätze einer solidarischen Gesundheitssicherung werden auf diese Weise ebenfalls in Frage gestellt.

Was den Übergang zur vollen Krankenhausfinanzierung allein durch die Kassen (Monistik) betrifft, so ist die Regierung entschlossen, einen folgenschweren Irrweg zu beschreiten. Zu begrüßen ist, dass neue Krankenhauskapazitäten stärker im Einvernehmen zwischen Ländern und Kassen entstehen sollen. Die Beitragszahlerinnen/Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung deshalb

aber mit den Investitionskosten für die Krankenhäuser zu belasten, ist weder sozial- noch ordnungspolitisch begründbar. Die Länder dürfen aus der bei ihnen diesbezüglich angesiedelten Verantwortung und der damit verbundenen Finanzierung aus Steuermitteln nicht entlassen werden.

Eine weitere Zurückführung der Zuzahlungen durch Patientinnen/Patienten ist entgegen vorheriger Erklärungen inzwischen offenkundig nicht mehr vorgesehen. Hier müssten jedoch mehr und mutigere Schritte erfolgen. Dies verlangte allerdings eine andere Finanz- und Steuerpolitik. Es engt von vornherein die Spielräume auch der Gesundheitspolitik ein, dass die Koalition es nicht wagt, den wirklich Vermögenden in diesem Lande einen größeren Beitrag zur Bewältigung von Gemeinschaftsaufgaben abzuverlangen.

Insgesamt muss festgehalten werden, dass auch die gegenwärtige Gesundheitsreform keine adäquate Antwort auf die bestehenden gesundheitspolitischen Herausforderungen darstellt.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, bei der Reform der gesetzlichen Krankenversicherung und im Gesundheitswesen nach folgenden Grundsätzen zu handeln:

1. Gesundheit dient menschlicher Persönlichkeitsentwicklung und selbstbestimmter Lebensgestaltung. Gesundheitssicherung und medizinische Versorgung, Rehabilitation und Pflege sind ein Menschenrecht, das zu den elementaren Voraussetzungen von sozialer Gerechtigkeit und Chancengleichheit gehört. Auch darin besteht – über das unmittelbare medizinische Wirken hinaus – die unverzichtbare soziale Funktion des Gesundheitswesens.
2. Die Medizin muss allen Menschen im jeweils erforderlichen Umfang helfen können. Die Betrachtung von Gesundheit als Ware, die Gewährung medizinischer Leistungen in Abhängigkeit von individueller Zahlungsfähigkeit zerstören eine gleiche Absicherung aller bei Krankheit bzw. führen zur Ausgrenzung ganzer Bevölkerungsgruppen aus einer umfassenden gesundheitlichen Versorgung.
3. Gesundheitssicherung verlangt den Solidarausgleich zwischen den sozial stärkeren und schwächeren Mitgliedern der Gesellschaft. Damit bedarf das Gesundheitswesen sozialstaatlicher Gestaltung, Regulierung und Steuerung.
4. Zur Verteidigung und Erneuerung der Leistungs- und Funktionsfähigkeit der solidarischen Krankenversicherung sind finanzielle Konsolidierung sowie Modernisierung und Vereinfachung der Organisation notwendig. Die konstitutiven Grundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung und damit ihre Fähigkeit zum Solidarausgleich müssen uneingeschränkt erhalten bleiben. Unverzichtbare Bestandteile einer sozialen Krankenversicherung sind solidarische und paritätische Finanzierung, das Bedarfs- und Sachleistungsprinzip sowie ein für alle Kassen einheitlicher Leistungskatalog, der das nach dem medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstand Notwendige und Sinnvolle umfasst.
5. Selbstbeteiligungen und Zuzahlungen durch Patientinnen/Patienten und Versicherte müssen schrittweise wieder zurückgeführt werden. Sie sind unsozial, medizinisch kontraproduktiv und bei effektivem Ressourceneinsatz unnötig.

Elemente privater Versicherungen wie Selbstbehalte und Beitragsrückerstattungen sowie Sonderbeiträge für zusätzliche, allein durch die Versicherten finanzierte Leistungen (Krankenhausnotopfer usw.) haben im Rahmen

der gesetzlichen Krankenversicherung keinen Platz. Sie zerstören ihren solidarischen Charakter und mindern die soziale Qualität der Gesundheitsversorgung. Durch Kostenerstattung und Festzuschüsse werden die Versicherten einer solidarischen Krankenversicherung u. a. Schritt für Schritt an Regel- und Wahlleistungen und die damit verbundene Medizin nach Maßgabe der finanziellen Möglichkeiten des Betroffenen herangeführt. Das Arzt-Patient-Verhältnis wird noch stärker in die Nähe einer unmittelbaren Geschäftsbeziehung gerückt, während die finanziellen Belastungen der Patienten weiter steigen.

6. Ökonomischer Wettbewerb zwischen Krankenkassen bzw. Anbietern medizinischer und pflegerischer Leistungen sowie eine zunehmende Steuerung des medizinischen Handelns über das Geld sind keine zweckdienlichen Regulative im Gesundheitswesen. Sie konterkarieren die sozialen Ziele und Aufgaben des Gesundheitswesens. Die Folgen sind Risikoselektion und Entsolidarisierung, eine verschlechterte Versorgungsqualität vor allem für arme, chronisch kranke sowie ältere und behinderte Versicherte, Unübersichtlichkeit, wachsende Bürokratisierung und letztlich eine weitere Verteuerung des Systems bei sinkender sozialer Qualität.
 7. Gesundheit erfordert mehr als medizinische Versorgung. Arbeitslosigkeit, wirtschaftliche und soziale Not, Armut, Obdachlosigkeit und soziale Entwurzelung sowie Umweltzerstörung und Krieg begünstigen Krankheiten und vorzeitigen Tod. Soziale Ungleichheit gegenüber Krankheit und Tod muss durch ein politisches Handeln zurückgedrängt werden, das auf den Abbau von Unterprivilegierung und Benachteiligungen sowie auf die Verwirklichung definierter Gesundheitsziele gerichtet ist.
 8. Eintreten für soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit im Gesundheitswesen bedeutet vor allem auch, sich für die Lösung der Gesundheitsprobleme der sozial Schwächeren und Bedürftigen einzusetzen. Medizinische Ungleichbehandlungen bzw. Entzug medizinischer Leistungen (wie beispielsweise auf der Grundlage des Asylbewerberleistungsgesetzes) haben in einem sozialstaatlich und humanitär orientierten Gesundheitswesen keinen Platz. Für die zunehmenden gesundheitlichen Probleme durch Arbeitslosigkeit, Armut, sozialen Abstieg und Obdachlosigkeit müssen neue adäquate Formen medizinischer Versorgung geschaffen werden.
 9. Zur Zurückdrängung bestehender Gesundheitsrisiken kommt einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik (Arbeit, Umwelt, Wohnen, Verkehr, Konsum, Freizeitgestaltung usw.) sowie sozialer und medizinischer Prävention hoher Stellenwert zu. Der Anspruch auf eine humane, tolerante und repressionsfreie Hilfeleistung steht vor der Klärung von Verschuldens- oder Verursachungsfragen, eine Sanktionierung persönlichen, Gesundheits- und Risikoverhaltens ist abzulehnen. Aktivitäten zur Gesundheitsbildung und -beratung sollten ausgebaut werden.
 10. Effektive Strukturen und Arbeitsweisen, die sich in der gesundheitlichen Versorgung in der DDR entwickelt hatten, sollen ebenso wie Erfahrungen in anderen Ländern im Sinne einer kritischen Aneignung geprüft und für die weitere Ausgestaltung des Gesundheitswesens nutzbar gemacht werden.
- III. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung weiter auf, im Zusammenhang mit einer Reform des Gesundheitswesens folgende Aufgaben und Ziele zu verwirklichen:
1. Gesundheitspolitik verlangt ein eigenständiges Gesamtkonzept für eine langfristig tragfähige Gesundheitssicherung durch Prävention, Therapie,

Pflege und Rehabilitation, welches soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit mit hoher fachlicher Qualität und wirtschaftlichem Einsatz der Mittel verbindet. Die Übertragung neoliberaler wirtschafts- und finanzpolitischer Strategien auf den Bereich des Gesundheitswesens ist ein Irrweg, der weder den medizinischen Erfordernissen noch der ökonomischen Problematik dieses Bereiches gerecht wird.

2. Das Gesundheitswesen braucht zum einen Strukturreformen, die an den tatsächlichen Konstruktionsfehlern des Systems ansetzen, um vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen und zum anderen eine schrittweise Erweiterung seiner Finanzierungsbasis. Dabei benötigt das Gesundheitswesen Entwicklungsspielräume zumindest im Rahmen der Steigerung des Bruttoinlandsproduktes.
3. Beitragssatzstabilität wird gewährleistet, wenn
 - die Solidargemeinschaft der Versicherten deutlich gestärkt wird. Schrittweise umzusetzende Maßnahmen dafür sind:
 - Zahlung eines Bundeszuschusses für Leistungen, deren Anspruch nicht durch Beiträge erworben wurde, sondern deren Gewährung der Gesetzgeber der GKV zusätzlich übertragen hat (z. B. Mutterschaftsgeld);
 - die Zurücknahme von Umverteilungen auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung, mit deren Hilfe vor Jahren die Rentenversicherung und die Arbeitslosenversicherung mit dem Ziel einer Senkung der Bundeszuschüsse entlastet wurden, oder die Erstattung der entsprechenden Kosten durch Bundeszuschüsse;
 - die Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung auf das Niveau in der Rentenversicherung;
 - die Einbeziehung weiterer Bevölkerungsschichten, einschließlich Selbstständiger, freiberuflich Tätiger und Beamtinnen und Beamter ab einer bestimmten Einkommenshöhe in die gesetzliche Krankenversicherung auf der Grundlage einer allgemeinen Versicherungspflicht;
 - die hohen Sachkosten im Gesundheitswesen durch Senkung der – im internationalen Vergleich überhöhten – Arzneimittelpreise sowie der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel und andere Medizinprodukte verringert werden;
 - Bund, Länder und Gemeinden statt weiteren Rückzugs aus ihrer finanziellen Verantwortung in die Lage versetzt werden, gesundheitliche Leistungen zu höheren Anteilen als gegenwärtig aus Steuermitteln mitzufinanzieren;
 - der Arbeitgeberanteil der Unternehmen nach ihrer Leistungsfähigkeit, d. h. ihrer Bruttowertschöpfung, die im Unterschied zu den Bruttolohnkosten regelmäßig durchschnittlich steigt, berechnet wird.

Darüber hinaus gilt für das Gesundheitswesen und die gesetzliche Krankenversicherung ebenso wie für die anderen sozialen Sicherungssysteme: Wer ihren solidarischen Charakter bewahren will, muss künftig Arbeitslosigkeit wirksam bekämpfen und den gesellschaftlichen Reichtum gerechter verteilen.

4. Bei der Steuerung der gesundheitlichen Versorgung im Sinne von mehr Bürgernähe, Bedarfsgerechtigkeit, Integration und Effizienz kommt den gemeinsamen Selbstverwaltungen besondere Bedeutung zu. Sie sollten gestärkt und weiter demokratisiert werden. Im Interesse einer optimalen ge-

sundheitspolitischen Sach- und Facharbeit, die die Kompetenz der Leistungsanbieterinnen/Leistungsanbieter benötigt, sowie aus demokratischen Gründen sind eine Entwicklung zu einem einseitig kassengesteuerten Gesundheitswesen sowie Verträge der einzelnen Kassen mit ausgewählten Leistungsanbietern (sog. Einkaufsmodelle) abzulehnen.

Notwendig ist die Schaffung von klar definierten Versorgungsregionen, nach denen sich auch die Selbstverwaltungen der Kostenträger und Leistungsanbieter territorial gliedern. Auch der nach Krankenhausträgern, Kassenärztlichen Vereinigungen, Rehabilitationsträgern, Pflegeanbietern u. a. zersplitterte Sicherstellungsauftrag blockiert die im Gesundheitswesen immer wichtiger werdende Kooperation, Koordination und Vernetzung der verschiedenen Teilbereiche. Er sollte künftig im Rahmen einer Region an öffentlich-rechtliche Körperschaften übergehen, die sich als Vertragspartner gegenüberstehen und in denen auf der einen Seite alle Kostenträger gesundheitlicher Leistungen (Kranken- und Pflegekassen, Berufsgenossenschaften, Rentenversicherungen usw.) und auf der anderen Seite alle Anbieter bzw. alle in der medizinischen Versorgung tätigen Gesundheitsberufe vertreten sind. Die staatliche Verantwortung für die Schaffung der notwendigen Rahmenbedingungen und für die Regulierung des Gesundheitswesens sowie die Rechts- und Fachaufsicht der zuständigen Bundes- und Landesbehörden sollen gewährleistet bleiben. Das Ziel sollten eine koordinierte und einheitliche Sicherstellung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung (im ambulanten und stationären Sektor, im Pflegebereich, in den Rehabilitationseinrichtungen usw.) sowie ihre rationale Steuerung einschließlich einer Gesundheitsplanung durch demokratisch legitimierte, fachlich kompetente und wissenschaftlich gestützte Gremien der Selbstverwaltung sein.

5. Die Mitwirkungsrechte für die Versicherten und für die Beschäftigten in ihren Einrichtungen müssen ausgebaut, Selbsthilfeinitiativen gefördert werden. Die Rechte der Patientinnen und Patienten sollen u. a. durch Umkehr der Beweislast zu ihren Gunsten und durch verschuldensunabhängige Schadensregulierung besser gewährleistet werden. Die Ethikkommissionen sind stärker demokratisch zu legitimieren. Die Medizin muss sich zunehmend an ethischen Grundsätzen orientieren können, die auf gesellschaftlichem Konsens beruhen. Oberstes Gebot ist die Wahrung der Menschenwürde.
6. Zur Gewährleistung einer qualitativ hochstehenden und zugleich wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung gehören mehr integrative Konzepte und vernetzte Strukturen, die auf der Grundlage eines einheitlichen Sicherstellungsauftrages sowohl innerberufliche als auch berufsübergreifende Kooperation fördern und die die Schranken zwischen den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens überwinden.

Dazu zählen regionale Versorgungsnetze niedergelassener Ärztinnen und Ärzte, aber auch Gesundheitszentren bzw. Polikliniken.

Auch psychosoziale und pflegerische Hilfen müssen besser mit den ärztlichen Leistungen koordiniert werden können. Das Verhältnis zwischen menschlicher Zuwendung und technologischer Intervention bedarf insgesamt der Neugestaltung.

7. Eine Reform der ärztlichen Vergütung, die dem Anspruch auf angemessene und verlässliche Honorierung der Arbeit gerecht wird, muss ein Element einer Strukturreform des Gesundheitswesens sein.

Die begonnene Entwicklung weg von einer alleinigen Einzelleistungsvergütung sollte weitergeführt werden hin zu Mischformen mit pauschalen Honorierungen, die die Möglichkeit einschließen, den Leistungsumfang zu berücksichtigen und ausgewählte Leistungen auch künftig gesondert zu vergüten. Nötig sind Vergütungsformen, die von kommerziellen, bürokratischen und zeitlichen Zwängen entlasten, mehr zuwendungsorientierte Medizin ermöglichen, den Anreiz zu medizinisch nicht begründeten Mengenausweitungen beseitigen, zugleich aber ausreichende Leistungs- und Qualitätsanreize enthalten.

8. Prozesse der Spezialisierung tragen ihre Dynamik in sich selbst. Sie können und sollen gesteuert, aber nicht aufgehalten werden. Integration hingegen bedarf bewussten Handelns. Eine Stärkung hausärztlicher Tätigkeit muss deshalb aktiv und gezielt verfolgt werden.

Notwendig ist dazu die auch von der Politik geförderte Herstellung eines Grundkonsenses innerhalb der Ärzteschaft aber auch der Öffentlichkeit über die integrierende und koordinierende Rolle der Hausärztin und des Hausarztes in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Hausärztinnen und Hausärzte müssen durch adäquate Anreize und geeignete organisatorische Formen ins Zentrum des Systems gestellt werden und zugleich ihre Tätigkeit eng mit ambulanter spezialärztlicher Versorgung, der Krankenhausversorgung sowie mit rehabilitativen, pflegerischen und sozialen Hilfeleistungen abstimmen und vernetzen können. Die gegenwärtige Entwicklung hinsichtlich der Proportionen zwischen Haus- und anderen Fachärztinnen/Fachärzten muss wieder umgekehrt werden.

9. Das System der zahnärztlichen Versorgung muss besser auf die tatsächlichen Bedürfnisse der Bevölkerung abgestellt werden. Die wissenschaftlich anerkannten Methoden der Zahnerhaltungskunde, der chirurgischen, prothetischen und kieferorthopädischen Zahnheilkunde müssen Jeder und Jedem entsprechend dem individuellen medizinischen Bedarf zur Verfügung stehen. Tendenzen einer Vermarktung zahnärztlicher Leistungen und eines künstlich geschaffenen Behandlungsbedarfs sind abzulehnen.

Vorbeugung muss weiter an Bedeutung gewinnen. Das bezieht sich nicht nur auf Kinder und Jugendliche. Neben die bislang vor allem kurativ-rehabilitativ ausgerichtete Erwachsenenbehandlung sollte noch stärker eine präventiv orientierte, strukturerhaltende zahnärztliche Therapie treten. Wichtig sind gleichzeitig die Reaktivierung und Stärkung eines leistungsfähigen schulzahnärztlichen Dienstes, der sowohl präventiv als auch diagnostisch und therapeutisch wirksam werden kann.

10. Was den stationären Bereich betrifft, so ist die Beibehaltung der Verantwortung der Länder für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung in leistungsfähigen Krankenhäusern und damit auch für die Übernahme der Krankenhausinvestitionskosten (duale Finanzierungsverantwortung) erforderlich. Allerdings sollten die Mitsprache- und Mitentscheidungsrechte der Kassen gestärkt werden.

Notwendig ist eine wirksame Krankenhausplanung in Versorgungsregionen, die abgestimmte, bedarfssichernde Versorgungsaufgaben, -profile und -standards ermöglicht, Überkapazitäten schrittweise zurückführt, Unterversorgung vermeidet bzw. überwindet sowie eine Vernetzung der Krankenhäuser untereinander und mit anderen Versorgungsformen ermöglicht.

Um bessere humane Pflege- und Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern zu ermöglichen, ist es wichtig, die Rolle der stationären Pflegedienste und des Pflegepersonals in der innerbetrieblichen Arbeit sowie in

der Öffentlichkeit aufzuwerten und die Zahl der Pflegekräfte zu erhöhen. Die personelle Besetzung muss sich auf der Grundlage entsprechender Personalbemessungsverfahren an den bedarfsnotwendigen Leistungen orientieren. Bei der Finanzierung der Krankenhäuser ist dies voll zu berücksichtigen. Die eigene professionelle Identität der Pflegeberufe muss weiter gestärkt werden.

Die Großgeräteplanung ist wieder einzuführen, bedarfsgerecht und entsprechend der Spezialisierung zu gestalten sowie durch die Entwicklung einer übergreifenden Medizintechnologiepolitik, die die ambulanten und stationären Einrichtungen sowie die medizinischen Hochschulkliniken in den Versorgungsregionen umfasst, zu qualifizieren. Die Marktzulassung neuer Medizintechnik muss von definierten Wirksamkeitskriterien abhängig gemacht werden.

11. Eine Positivliste wirksamer und unverzichtbarer Arzneimittel ist ein sinnvolles Einzelelement im Rahmen einer Regulierung des Arzneimittelmarktes, die das Ziel einer qualitativ höherwertigen und zugleich rationelleren Versorgung verfolgt.

Eine rationelle Arzneimittelversorgung verlangt darüber hinaus den Vorrang definierter Versorgungsaufgaben gegenüber den Profitinteressen der Pharmaindustrie, die Zurückdrängung der Abhängigkeit der Ärztinnen und Ärzte und ihres Ordnungsverhaltens von den Herstellern sowie die Gewährleistung einer industrieunabhängigen fachlichen Information und Fortbildung, keine Ausweitung der Selbstmedikation, mehr Information der Bevölkerung über Sinn und Nutzen der Arzneimittelanwendung sowie die Einstellung der Laienwerbung für Arzneimittel.

12. Barrieren, die nach Medizinstudium und ärztlicher Approbation für den Berufszugang errichtet werden, sind verfehlt. Nicht eine zu hohe Zahl von Ärztinnen und Ärzten, sondern die Art und Weise der Praxisausübung, zu der sie gegenwärtig gedrängt werden, trägt primär zu überhöhten Kosten des Gesundheitswesens bei.

Die gegenwärtige Situation, dass ausgebildete junge Ärztinnen und Ärzte in zunehmender Zahl keine Chance zur Facharztweiterbildung und damit letztlich zur selbstständigen und qualifizierten Ausübung ihres Berufes erhalten, muss überwunden werden.

Dies ist eine wichtige Herausforderung, für die Gesundheitspolitik steht.

Politik und Selbstverwaltung haben die Verpflichtung, den diesbezüglichen Selbstlauf zu überwinden und mittel- und längerfristig für eine annähernd adäquate Steuerung und Regulierung der weiteren Arztlentwicklung Sorge zu tragen.

13. Notwendig sind eine Reform des Medizinstudiums sowie ein ausreichendes Angebot an ärztlichen Weiterbildungsmöglichkeiten. Auch die Aus- und Weiterbildung in den anderen Heil- und Pflegeberufen bedarf der Modernisierung. Die pflegewissenschaftlichen Kapazitäten in Lehre und Forschung sind auszubauen.
14. Maßnahmen einer speziellen Qualitätsanalyse und -steuerung sowie Leitlinien und Qualitätsstandards für die medizinische Arbeit sind heute zunehmend von Bedeutung, um das jeweils gesicherte medizinische Wissen den Patientinnen und Patienten auch tatsächlich zugute kommen zu lassen. Ökonomische Gesichtspunkte sollten allerdings stets hinter dem Ziel der Qualitätsverbesserung der medizinischen Arbeit zurücktreten.

Zu den wichtigsten Voraussetzungen einer qualitativ hochstehenden medizinischen Versorgung zählen auch künftig in erster Linie eine aus humanistischer Motivation kommende Bereitschaft zum mitmenschlichen Helfen und Heilen, ein wissenschaftlich solide begründeter Kenntnisfonds (Aus-, Weiter- und Fortbildung!), eine bedarfsgerechte personelle und materielle Ausstattung der Gesundheitseinrichtungen und nicht zuletzt ein notwendiger Freiraum für kreatives Handeln. Hierbei bestehende Mängel können auch durch Standards und Leitlinien nicht behoben werden.

15. Prävention wird bisher überwiegend auf medizinische Maßnahmen sowie auf die Zurückdrängung individuellen Fehlverhaltens reduziert. Unterteilt man aber die Bevölkerung in soziale Gruppen, dann haben die untersten Schichten deutlich höhere Erkrankungshäufigkeiten und kürzere Lebenserwartungen im Vergleich zu den oberen.

Krankheiten sind in hohem Maße auch Folge von Belastungen, die aus Lebens-, Arbeits- und Umweltverhältnissen resultieren, die die bzw. der Einzelne nicht oder kaum beeinflussen kann. Ziel einer präventiven Gesundheitspolitik muss es daher sein, mit geeigneten Konzepten sowohl der Verhältnis- als auch der Verhaltensprävention in den Entstehungsbereichen und -prozessen von Krankheit zu intervenieren. Dies gilt um so mehr, als die heute im Vordergrund stehenden chronischen Krankheiten therapeutisch oft noch wenig beeinflussbar sind.

Auch die Steuerung von Präventionsleistungen darf nicht dem Markt überlassen werden. Der Staat hat hier die Aufgabe, die Voraussetzungen und gesetzlichen Rahmenbedingungen für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik zu gestalten. Ziel sollte sein, das gesellschaftliche, staatliche und wirtschaftliche Handeln in Arbeitswelt, Kommunen, Verkehr, Konsum, Freizeit usw. sukzessive auch an Kriterien der Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung auszurichten. Dabei geht es auch um die Schonung der natürlichen Lebensgrundlagen und um ökologisch verantwortbare Beziehungen zwischen Mensch und Natur.

Auch die Möglichkeiten und Chancen, Gesundheitsbelastungen durch individuelles Handeln entgegenzuwirken, sind sozial ungleich verteilt. Verhaltensprävention erfordert deshalb auch die Verbesserung der Voraussetzungen für eine gesundheitsdienliche Lebensgestaltung. Angebote, die die individuellen realen Selbststeuerungsmöglichkeiten nicht beachten, müssen in ihrer Wirkung begrenzt bleiben.

Betriebliche Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz müssen gestärkt und über bloße Verhaltensmodifikationen hinausgeführt werden. Die Leistungen und Angebote des öffentlichen Gesundheitsdienstes u. a. zur Sicherung des Infektionsschutzes, der Umwelt- und Lebensmittelhygiene, im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, bei der Gesundheitsberatung und bei aktiv aufsuchenden Formen gesundheitlicher Fürsorge sind zu erweitern und zu verbessern.

Im gesundheitlichen Befinden sowie in Verursachung, Symptomatik oder Verlauf von Krankheiten gibt es Differenzen zwischen Frauen und Männern. Es ist notwendig, dass geschlechtsspezifische Unterschiede bei Gesundheitsproblemen und ihrer Bewältigung, bei der Gesundheitsrelevanz von Lebens- und Arbeitsbedingungen wie beispielsweise der häufigeren Mehrfachbelastung von Frauen, im Gesundheitsverhalten und in Gesundheitsbildung, bei Krankheit und Krankheitsrisiken systematischer als bisher untersucht werden und in frauenspezifischen Gesundheitsangeboten ihren Niederschlag finden.

Auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene erweisen sich aufeinander abgestimmte regelmäßige Gesundheitsberichterstattungen unter besonderer Berücksichtigung sozial benachteiligter Gruppen als unverzichtbar. Davon ausgehend sind stärker als bisher gesundheitswissenschaftliche Forschungen, Gesundheitsplanungen, definierte Gesundheitsziele sowie entsprechende Handlungsanforderungen zu konzipieren. Moderne, zukunftsfähige Sozial- und Gesundheitspolitik ist nach der hierfür maßstabsetzenden WHO-Charta von Ottawa ohne eine an klaren Zielen orientierte Gesundheitsförderungspolitik nicht mehr vorstellbar.

16. Wer die Qualität und Effizienz eines Gesundheitswesens im Ganzen verbessern will, muss auch die Bereiche der Rehabilitation stärken. Rehabilitationsmaßnahmen sind heute wissenschaftlich begründete Verfahren, die auf Gesunderhaltung, Wiedereingliederung in das Berufsleben, Vermeidung oder Verringerung von Pflegebedürftigkeit und eine entsprechende Verbesserung der Lebensqualität von Menschen zielen. Damit sind sie ein humanes Anliegen ersten Ranges. Vor allem im Interesse chronisch kranker, älterer und behinderter Menschen müssen medizinische, rehabilitative und pflegerische Hilfen intensiver koordiniert und weiter verbessert werden.

Berlin, den 2. November 1999

Dr. Gregor Gysi und Fraktion

