

Große Anfrage

der Abgeordneten Ulf Fink, Horst Seehofer, Wolfgang Lohmann (Lüdenscheid), Dr. Wolf Bauer, Dr. Sabine Bergmann-Pohl, Dr. Hans Georg Faust, Klaus Holetschek, Hubert Hüppe, Dr. Harald Kahl, Eva-Maria Kors, Hans-Peter Repnik, Annette Widmann-Mauz, Aribert Wolf, Wolfgang Zöllner und Fraktion der CDU/CSU

Zukunft des Gesundheitswesens

a) In der Koalitionsvereinbarung zwischen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom 20. Oktober 1998 und in den „Eckpunkten zur Gesundheitsreform 2000“ vom 2. März 1999 sind neue Schwerpunkte der Gesundheitspolitik in den Bereichen Prävention, Vorsorge und Rehabilitation angekündigt und zugleich hohe Erwartungen bei den Versicherten geweckt worden. Mit der Gesundheitsreform 2000 wurden zahlreiche Gesetzesänderungen beschlossen, die eigentlichen Strukturprobleme des Gesundheitswesens wurden jedoch nicht angegangen, geschweige denn gelöst. Die Erfahrungen in der Vergangenheit haben gezeigt, dass das Gesundheitswesen durch weitere Reglementierungen und Bürokratisierungen nur unbeweglicher und ausgabenintensiver wird.

b) In der Koalitionsvereinbarung zwischen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom 20. Oktober 1998 und in den „Eckpunkten zur Gesundheitsreform 2000“ vom 2. März 1999 ist ferner angekündigt, man werde insbesondere im Interesse der chronisch Kranken auf die Rehabilitation einen neuen Schwerpunkt legen.

Die daran geknüpften hohen Erwartungen an eine zukunftsorientierte Weiterentwicklung von Prävention, Vorsorge und Rehabilitation, zunächst im Sozialgesetzbuch (SGB) V, sind durch die GKV-Gesundheitsreform 2000 nicht erfüllt worden.

Auch die unter dem 16. September 1999 von der Koalitionsarbeitsgruppe „Behindertenpolitik“ vorgelegten Eckpunkte zum SGB IX lassen bislang nicht erkennen, dass zur medizinischen Rehabilitation die erforderlichen konkreten Maßnahmen auf den Weg gebracht werden und der angekündigte neue Schwerpunkt in der Rehabilitation verwirklicht wird.

c) In den letzten Jahren, insbesondere nach Eröffnung eines moderaten Wettbewerbs unter den gesetzlichen Krankenkassen durch das Gesundheitsstrukturgesetz, ist in der öffentlichen Diskussion die Frage gestellt worden, ob der Gesetzgeber einen Teil seiner Gestaltungskompetenz an die Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder die Versicherten selbst übertragen kann.

Gewichtige Institutionen und Sachverständige haben sich für eine Überprüfung der solidarisch finanzierten Leistungen in der GKV ausgesprochen, so auch der 101. Deutsche Ärztetag im Mai 1998. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat sich in seinem Gutachten mehrfach mit der Problematik beschäftigt und dem Gesetzgeber ein Entscheidungstableau aufbereitet. Der Rat vertritt die Auffassung, „dass Kappungen von Teilen des gesetzlich verankerten Leistungskatalogs der GKV nur unter Beachtung der Maxime, Rationalisierung vor Rationierung vertretbar sind“.

Auch der Sachverständigenrat der Bundesregierung für die Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung hat sich mehrfach mit dem Fragenkreis beschäftigt. In seinem Jahresgutachten 1996/97 hat er betont, dass Selbstvorsorge und Eigeninteresse der Versicherten, auch deren Kostenbewusstsein, stärker zur Geltung kommen müssen und dass auf mehr Wettbewerb zwischen den Kassen zu setzen ist.

Ebenso hat sich die Monopolkommission der Bundesregierung 1998 dafür ausgesprochen, den Krankenkassen größere Freiheitsgrade hinsichtlich der Ausgestaltung des angebotenen Versicherungsumfangs zu gewähren. Die Reformkommission „Soziale Marktwirtschaft“ der Bertelsmann-Stiftung, der Heinz-Nixdorf-Stiftung und der Ludwig-Erhard-Stiftung schlägt vor, die Leistungen im Rahmen der obligatorischen GKV auf eine notwendige Basisversorgung zu beschränken und den Wunsch nach einer weitergehenden Absicherung über private Zusatzversicherungen zu finanzieren.

Vor diesem Hintergrund fragen wir die Bundesregierung:

A. Leistungskatalog

1. Hat sich der in der über 100-jährigen Entwicklung der GKV bis heute aufgebaute Leistungskatalog bewährt?

Wenn nein, in welche Richtung will die Bundesregierung den Leistungskatalog verändern?

2. Ist es weiterhin gerechtfertigt, sozial- und familienpolitische Aufgaben, die nicht unmittelbar auf Krankheiten bzw. Krankheitsfolgen zurückzuführen sind, in der GKV und damit der Finanzierung über Mitglieder und Arbeitgeber zuzuordnen?
3. Gibt es Leistungen, die nicht solidarisch finanziert werden müssen, weil der Einzelne sie eigenverantwortlich übernehmen kann?

Wenn ja, welche?

4. Sind alle derzeit gesetzlich vorgesehenen Leistungen notwendig?

Wenn nein, welche nicht?

5. Berücksichtigt der Leistungskatalog unterschiedliche Präferenzen der Versicherten oder sollte er sie berücksichtigen?
6. Ist es nach Auffassung der Bundesregierung sinnvoll, den gesetzlichen Leistungskatalog auf Kernleistungen zu begrenzen, die solidarisch finanziert werden müssen?
7. Ist die Selbstverwaltung der GKV befähigt, Entscheidungen über weitere Teile des Leistungskatalogs im Interesse der jeweiligen Mitglieder zu treffen?

Wenn ja, welche?

8. Ist unter Berücksichtigung der Besonderheiten von Angebot und Nachfrage im Gesundheitsmarkt der Versicherte selbst in der Lage, eine Entscheidung über weitere Gesundheitsleistungen zu treffen, ohne sich oder seine Familie existentiell zu gefährden?

Wenn ja, welche?

9. Soll der Wettbewerb der GKV nach Risikostrukturausgleich (RSA) weiterhin nur auf unterschiedliche Beitragssätze und eingeschränkte Vertragskompetenz begrenzt bleiben?

Wenn nein, welche Pläne hat die Bundesregierung?

10. Kann nach Auffassung der Bundesregierung weniger Verpflichtung zu gemeinsamem Handeln die Effizienz der Versorgung steigern?
11. Ist es aus Sicht der Bundesregierung vertretbar, unter Beibehaltung des derzeitigen Leistungskataloges der GKV dem Versicherten Wahlmöglichkeiten zu bieten und ihn selbst entscheiden zu lassen, ob er den derzeitigen Leistungskatalog beibehalten oder bei gleichzeitiger Veränderung seiner Beitragsleistungen abwählen oder zuwählen will?

B. Finanzierungsgrundlagen

12. Welches Konzept liegt der Aussage der Bundesministerin für Gesundheit „neben der Ausgabenentwicklung müsse dabei auch über die Einnahmenseite diskutiert werden“ (dpa, 24. Januar 2000) zugrunde?

13. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass die Lohnentwicklung parallel mit der Entwicklung des Bedarfs an medizinisch notwendigen Leistungen verläuft?

Wenn nein, wie begründet die Bundesregierung ihren Grundsatz, dass die medizinisch notwendige Versorgung bei stabilen Beitragssätzen in der GKV dauerhaft gesichert werden kann?

14. Wie groß sind nach Auffassung der Bundesregierung die Rationalisierungsreserven in der medizinischen Versorgung und das damit verbundene Finanzvolumen?

Auf welche wissenschaftlichen Untersuchungen stützt sich die Bundesregierung dabei?

15. Welcher Zeitraum ist nach Auffassung der Bundesregierung erforderlich, um vorhandene Rationalisierungsreserven aufzulösen?

16. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass es möglich ist, die von ihr festgestellten Rationalisierungsreserven parallel mit dem Wachstum medizinisch notwendiger Leistungen so aufzulösen, dass aus den Rationalisierungsreserven stets das medizinische Wachstum ohne Beitragssatzanhebungen finanziert werden kann?

Wenn ja, auf welche wissenschaftliche Untersuchungen stützt sie sich?

Wenn nein, wie begründet die Bundesregierung dann ihren Grundsatz, dass die medizinisch notwendige Versorgung bei stabilen Beitragssätzen gesichert ist?

17. Wie hoch ist der Betrag, der im Jahr 1999 durch die Einbeziehung der geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse und der Scheinselbständigen in die Sozialversicherungspflicht zusätzlich in die GKV geflossen ist?

Wie hoch schätzt die Bundesregierung diesen Betrag in den folgenden drei Jahren?

18. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass diese zusätzlichen Mittel notwendig waren, um einen zusätzlichen medizinischen Bedarf zu finanzieren?
- Um welche medizinischen Leistungen handelt es sich dabei nach Auffassung der Bundesregierung?
- Für welche medizinischen Entwicklungen werden die zusätzlichen Mittel nach Auffassung der Bundesregierung in den kommenden Jahren benötigt?
19. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass das lohnabhängige Finanzierungssystem in seiner derzeitigen Ausprägung dauerhaft ausreichen wird, um mit stabilen Beitragssätzen die medizinisch notwendige Versorgung zu finanzieren?
- Auf welche wissenschaftliche Untersuchungen stützt die Bundesregierung ihre Auffassung?
20. Welche Maßnahmen plant die Bundesregierung auf der Finanzierungsseite, um den Herausforderungen der Zukunft an unser Gesundheitswesen, z. B. infolge von sozioökonomischen Veränderungen, zu begegnen?
21. Welche wissenschaftlichen Untersuchungen liegen der Bundesregierung zur Frage der Bedarfsgerechtigkeit des derzeitigen GKV-Finanzierungssystems vor?
- Wie bewertet die Bundesregierung diese Untersuchungen?
22. Plant die Bundesregierung eigene Untersuchungen zur Frage der Bedarfsgerechtigkeit des derzeitigen Finanzierungssystems?
- Welche Überlegungen liegen diesen Untersuchungen zugrunde?
23. Sieht die Bundesregierung z. B. die Notwendigkeit der Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlagen in der GKV?
24. Sieht die Bundesregierung die Notwendigkeit, sonstige Einkünfte wie z. B. Miete, Pacht und Zinsen in die Beitragsbemessung für Pflichtversicherte in der GKV einzubeziehen?
25. Plant die Bundesregierung eine Wertschöpfungsabgabe als Beitragsbemessungsgrundlage in der GKV?
26. Beabsichtigt die Bundesregierung, die Versicherungspflicht- und/oder Beitragsbemessungsgrenze in der GKV zu erhöhen?
27. Beabsichtigt die Bundesregierung Veränderungen bei der beitragsfreien Familienversicherung?
28. Welche Überlegungen hat die Bundesregierung für den Zeitpunkt, in dem auch nach ihrer Auffassung die Limitierung der GKV-Ausgaben entsprechend der Lohnentwicklung nicht mehr ausreicht, um die medizinisch notwendige Versorgung sicherzustellen?
29. Wie beurteilt die Bundesregierung die Überlegungen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zur Verbreiterung der GKV-Finanzierungsgrundlagen, die in den Sondergutachten 1995 bis 1997 veröffentlicht worden sind?
30. Welche alternativen Vorschläge hat die Bundesregierung?
- C. Steuerungsmechanismen**
31. Welche Anreizsysteme sieht die Bundesregierung derzeit in der GKV für den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen?

Welchen zusätzlichen Handlungsbedarf erkennt die Bundesregierung hier?

32. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass die Begrenzung der Wettbewerbsparameter für den Krankenkassenwettbewerb auf Beitragssatz, Service und Image ausreichend und sinnvoll ist?
33. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse vor, wonach die Krankenkassen aufgrund der bestehenden Wettbewerbsparameter potentiell gesunde Versicherte umwerben, während Kranke nicht umworben werden?

Wenn ja, was gedenkt sie zu tun?

34. Hat die Bundesregierung vor, die Wettbewerbsparameter für den Wettbewerb zwischen den Kassen neu zu ordnen und welche Veränderungen will sie ggf. bis wann herbeiführen?
35. Erachtet die Bundesregierung im deutschen Gesundheitswesen einen Wettbewerb der Krankenkassen um bessere gesundheitspolitische Konzepte für sinnvoll?
36. Welche wettbewerblichen Anreize stehen den Krankenkassen und Leistungserbringern im Bereich der Vertragspolitik zur Verfügung?

Sind diese hinreichend?

Wenn nein, was gedenkt die Bundesregierung zu tun?

37. Befürchtet die Bundesregierung nicht eine Fortsetzung und Verschärfung der massiven Verwerfungen an den Schnittstellen der sektoralen Ausgabenbudgets, die zunächst zeitlich befristet mit dem GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz, jetzt aber dauerhaft im GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 wieder eingeführt worden sind, nachdem sie im 1. GKV-Neuordnungsgesetz abgeschafft worden waren?
38. Wie soll außerhalb von zeitlich befristeten Modellversuchen und den neu geschaffenen integrierten Versorgungseinrichtungen in der Regelversorgung die notwendige Durchlässigkeit der medizinischen Versorgung gewährleistet werden?
39. Warum hat die Bundesregierung auch unter der von ihr präferierten Steuerung durch ein „Globalbudget“ an den genannten sektoralen Budgets festgehalten?
40. Wie soll unter diesen Budgetbedingungen dem Grundsatz „so viel ambulant wie möglich, so viel stationär wie nötig“ Rechnung getragen werden?
41. Wie soll die dem neu errichteten Koordinierungsausschuss übertragene Aufgabenstellung wirksam wahrgenommen werden, mit unmittelbarer rechtlicher Verbindlichkeit für Vertragsärzte, Krankenhäuser und andere Leistungserbringer leitliniengestützte Versorgungsstrukturen in die Regelversorgung einzuführen, wenn durch die sektorale Abschottung der einzelnen Versorgungsbereiche eine Verlagerung von Leistungen und dazu benötigter Finanzmittel nahezu unmöglich gemacht wird?
42. Gibt es Erkenntnisse, dass Ärzte und Zahnärzte die Versorgung der Versicherten mit ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen unter Hinweis auf bestehende Budgets eingeschränkt haben oder privat abrechnen?

Wenn ja, welche Formen der Leistungseinschränkung sind dies?

In welchem Umfang sind sie aufgetreten?

43. Wie kann eine angemessene Vergütung der psychologischen und der ärztlichen Psychotherapeuten gewährleistet werden, ohne dass dies zu Lasten der übrigen Fachärzte erfolgt?

44. Hält die Bundesregierung die Eigenbeteiligung für ein geeignetes Instrument, um in der Psychotherapie eine aktive Mitwirkung des Patienten an der Erzielung eines Heilerfolges zu erreichen?
Wenn nein, wie will sie die Eigenmotivation des Patienten dann stärken?
45. Wie kann unter dem geltenden Arznei- und Heilmittelbudget, das nach dem Gesetz keine Differenzierung unter Versorgungsaspekten zulässt, ein notwendiger finanzieller Mehrbedarf für eine bestimmte innovative Arzneimittelentwicklung zur Verfügung gestellt werden?
46. Welche Steuerungsmittel stehen den für die Budgeteinhaltung verantwortlichen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) zur Budgetsteuerung zur Verfügung?
47. Wie beurteilt die Bundesregierung die rechtliche Auseinandersetzung um Festbeträge, Arzneimittelrichtlinien, Aktionsprogramme etc. im Hinblick auf die Wirksamkeit und Notwendigkeit dieser Steuerungsinstrumente?
48. Wie rechtfertigt die Bundesregierung die Mithaftung von Vertragsärzten bei Budgetüberschreitungen, die aufgrund ihres Fachgebietes keine Arzneimittel verschreiben oder die in ihrem Verschreibungsverhalten sehr wirtschaftlich sind?
49. Wie kann unter fortbestehenden sektoralen Ausgabenbudgets und einem bis 2003 fortbestehenden Krankenhausbudget eine allseits anerkannte bessere Verzahnung von ambulant und stationär mit der gewünschten Verlagerung von stationären Krankheitsfällen in die ambulante Versorgung erfolgen, wenn die Vertragsärzte unter sektoralen Budgets bei Übernahme zusätzlicher Aufgaben mit einem weiteren Preisverfall und verschärfter Budgethaftung bei einer damit verbundenen Intensivierung der Arznei- und Heilmittelversorgung rechnen müssen?
50. Wie kann die Verzahnung gelingen, wenn nach wie vor an getrennten Vergütungssystemen für die ambulante Versorgung (Kopfpauschalen) und die stationäre Versorgung (Fallpauschalen) festgehalten wird, und wenige (insbesondere für ambulantes Operieren und stationärsersetzende Eingriffe), aber identische Leistungen in beiden Bereichen konkurrierend erbracht werden?
51. Verfolgt die Bundesregierung den Plan einer monistischen Krankenhausfinanzierung weiter, nachdem sie die Reform der Krankenhausfinanzierung stets als Kernpunkt ihrer Reform bezeichnet hat?
Wenn ja, welche Pläne hat die Bundesregierung?
52. Wie steht die Bundesregierung angesichts der finanziellen Schwierigkeiten vieler Krankenhäuser zu einer verstärkten Privatisierung?
53. Mit welcher zukünftigen Leistungs- und Fallzahlentwicklung im Krankenhausbereich rechnet die Bundesregierung angesichts des demographischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts?
54. Sind der Bundesregierung Untersuchungen bekannt, mit denen die vermuteten Rationalisierungsreserven des Gesundheitswesens z. B. im Bereich der Doppel- und Mehrfachdiagnostik an der Grenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung dargestellt werden können?
55. Ist es nach Auffassung der Bundesregierung auch vor dem Hintergrund der Einführung eines neuen Entgeltsystems im Krankenhausbereich nicht weiterhin notwendig, die Regelungen zur Krankenhausplanung und -investitionsfinanzierung dahin gehend zu überarbeiten, dass eine rechtssichere Ka-

pazitätsanpassung ermöglicht und eine Investitionsfinanzierung durch die Länder vorangetrieben wird?

56. Warum führt der Anstieg der Zahl der ambulanten Operationen nicht zu einer Absenkung der Krankenhausfälle?
57. Sind nach Auffassung der Bundesregierung stationäre Dialyseplätze überhaupt notwendig oder könnten sie durch eine verbesserte Kooperation zwischen ambulanten Dialyseanbietern und Krankenhäusern ersetzt werden?
58. Welche Konzeption ist für eine Reform der Universitätskliniken in Deutschland entwickelt worden?

D. Medizinische Rehabilitation

59. Wann wird die Bundesregierung im Interesse der chronisch Kranken die angekündigte Vernetzung präventiver, akuter und rehabilitativer Therapieformen sicherstellen?
60. Wann werden „klare Begriffsdefinitionen auf der Basis der WHO-Definition“ zur Prävention, Vorsorge und Rehabilitation geschaffen?
61. Was gedenkt die Bundesregierung zu tun, um die angekündigte „Qualifizierung von Ärzten im Rahmen ihrer Aus- und Weiterbildung zur besseren Bestimmung und Nutzung von Rehabilitationsmaßnahmen“ baldmöglichst zu verwirklichen?
62. Hält die Bundesregierung am gegliederten System auch für die medizinische Rehabilitation weiter fest oder sieht sie Anlass, die Zuständigkeiten bei einem Leistungsträger zu konzentrieren, ggf. bei welchem?
63. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass die Gleichwertigkeit und Gleichgewichtigkeit von Reha-Leistungen, insbesondere im Verhältnis zu den Leistungen der Akutversorgung, durch folgende Maßnahmen hergestellt werden könnten:
 - Konzentration der Rehabilitation auf medizinisch notwendige Leistungen,
 - Verzicht auf zeitliche Vorgaben für Dauer und Abstände der Leistungen,
 - Ausgestaltung der Reha-Leistungen als Rechtsanspruchsleistungen anstelle der bisher üblichen Ermessensleistungen?
64. Ist die Bundesregierung bereit, die dazu erforderlichen gesetzlichen Änderungen alsbald auf den Weg zu bringen?
65. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass die bisher ganz überwiegend stationär durchgeführten Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation dem wirklichen Bedarf der Bevölkerung gerecht werden?
66. Was hält die Bundesregierung für erforderlich, um die Durchführung auch ambulanter und teilstationärer Maßnahmen der Rehabilitation zu fördern, nachdem § 125a SGB V im Rahmen der GKV-Gesundheitsreform 2000 gescheitert ist?
67. Wer soll für die Durchführung ambulanter und teilstationärer Leistungen zuständig sein?
68. Ist die Bundesregierung bereit, die angemessene Beteiligung der Leistungserbringer an der näheren Ausgestaltung von Voraussetzungen, Inhalt, Regeldauer und zeitlichen Abständen der Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen gesetzlich sicherzustellen?

69. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass die Verbände der Leistungserbringer von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen im Rahmen des neuen Koordinierungsausschusses nach § 137e SGB V nicht im bloßen Status von „Anhörungsberechtigten“ belassen werden dürfen, sondern als gleichberechtigte Partner in die Entscheidungen des Koordinierungsausschusses eingebunden werden sollten?
70. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass die Regelungen des § 137c SGB V – Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus – richtigerweise auch auf den Bereich der stationären Versorgung und Reha-Einrichtungen ausgedehnt werden müssten?
71. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass bei sektoralen Budgets für andere Versorgungsbereiche eine dauerhafte und ausreichende Finanzierung der notwendigen Reha-Leistungen nur dann zu erreichen ist, wenn auch für diesen Versorgungssektor ein eigenes sektorales Budget zur Verfügung steht?
72. Ist die Bundesregierung bereit, für die einzelnen Leistungsträger der medizinischen Rehabilitation die erforderlichen Voraussetzungen zu schaffen, um eine stetige und dauerhafte Finanzierung notwendiger Reha-Leistungen zu gewährleisten und das Auf und Ab bei den jährlichen Zahlen durchgeführter Reha-Maßnahmen, das mit dem objektiven Bedarf an Reha-Leistungen nicht zu vereinbaren ist, zu vermeiden?
73. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass eine Unterscheidung notwendig ist zwischen Rehabilitation, traditionellen Kuren, Wellness, Lifestyle und Fitness?
74. Welche leistungsrechtlichen Konsequenzen müssten mit einer solchen begrifflichen und rechtlichen Unterscheidung verbunden sein?
75. Ist die Bundesregierung der Auffassung, mit dem jetzt in § 23 Abs. 2 SGB V vorgenommenen Verzicht auf die Bezeichnung „Vorsorgekur“ und dem stattdessen eingeführten Begriff „Vorsorgemaßnahmen in anerkannten Kurorten“ die notwendige Abgrenzung erreicht zu haben?
Wie beurteilt die Bundesregierung die Zukunft der ambulanten offenen Badekur?
76. Was spricht nach Auffassung der Bundesregierung dafür, dass sinnvolle ambulante Vorsorgeleistungen künftig nur in anerkannten Kurorten durchgeführt werden sollen?
77. Um welche Leistungen soll es sich dabei handeln?
78. Wie steht die Bundesregierung zu der Auffassung namhafter Mediziner, beispielsweise von Prof. Dr. med. Ulrich Kanzow (Deutsches Ärzteblatt 84, S. 483): „Entgegen allen Beteuerungen fehlt der Wirksamkeitsnachweis der Kuren bis heute. Die werberischen Anpreisungen der Kurorte mit einer überbordenden Fülle an Heilanzeigen sind wissenschaftlich Schall und Rauch. Ich kenne niemanden, dessen chronischer Harnwegsinfekt, Arthrose, Arteriosklerose oder Blutarmut, um einige Beispiele zu nennen, durch die spezifischen natürlichen Heilkräfte der Kur- und Badeorte nachweislich und anhaltend gebessert oder geheilt worden ist. Was erreichbar scheint, ist ein allgemeiner Erholungseffekt, den in der Regel ein jeder mehrwöchige Urlaub mit dem psychologisch wichtigen ‚Tapetenwechsel‘ und der allgemeinen vegetativen Umstellung für einen jeden von uns bereithält.“?
79. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass das gegliederte System der Rehabilitation infolge nicht eindeutiger Leistungsabgrenzung sowie teil-

weise spezifischer Versorgungsstrukturen der einzelnen Trägergruppen zu Schnittstellenproblemen mit Verzögerungen und Unterbrechungen im Behandlungsverlauf sowie unnötigem Wechsel von Einrichtungen und Behandlern führt, die den Erfolg der Maßnahmen von vornherein beeinträchtigen und will die Bundesregierung ggf. diese Schnittstellenprobleme in der Rehabilitation lösen?

Wenn ja, wie?

80. Sieht die Bundesregierung die Notwendigkeit, Maßnahmen zu ergreifen, um ein übergreifendes Fallmanagement an der Schnittstelle von Akutkrankenhausbehandlung und Rehabilitation zu sichern und um welche Maßnahmen wird es sich ggf. handeln?
81. Hat die Bundesregierung bereits Vorstellungen entwickelt, wie das bei der rehabilitativen Versorgung geriatrischer und pflegebedürftiger Patienten (i.S. von SGB XI) bestehende und Unterversorgung induzierende Problem gelöst werden kann, dass die GKV-Rehabilitationsmaßnahmen zur Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit finanzieren muss, die gesetzliche Pflegeversicherung als davon getrennter Sozialversicherungszweig aber davon wesentlich profitiert?
82. Was wird die Bundesregierung vorbeugend im Hinblick auf die konsequente Umsetzung des Koordinierungs- und Abstimmungsgebots (§ 137c Abs. 1 SGB V) der Bundesausschüsse für die ambulante und die stationäre Versorgung veranlassen, da heute im Bereich der stationären Versorgung (Akutkrankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen) bekanntermaßen zahlreiche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zum Einsatz kommen, die, wie z. B. viele alternativ-medizinische Verfahren, nicht im Leistungskatalog für die ambulante Versorgung enthalten sind?
83. Besteht nach Auffassung der Bundesregierung auch für teure vorsorgerische und rehabilitative Maßnahmen ein vergleichbarer Bedarf an Soziotherapie wie bei der Umsetzung ärztlicher Therapiepläne und motivierender Einwirkung im häuslichen Bereich?
84. Gibt es Berechnungen, die den vorgesehenen Einsatz der Soziotherapie nach Kosten und Nutzen darlegen?
Was sind die Ergebnisse?
85. Was sind die Anforderungen an die Soziotherapie?
In welchem Umfang sind nach Ansicht der Bundesregierung auch die Krankenpflege, vor allem aber die Ärzte selber unter Einsatz ihrer Mitarbeiter (Arzthelferinnen) geeignet, diese Aufgabe wahrzunehmen?
86. Sieht die Bundesregierung in der steigenden finanziellen Unterstützung und verbindlichen institutionellen Förderung der Selbsthilfe, die ihren festen Platz im präventiven, kurativen und rehabilitativen Bereich hat und vom Erfahrungsaustausch der Betroffenen lebt, eine Gefahr, dass die Selbsthilfe ausgehöhlt werden könnte und an ihre Stelle zunehmend eine Professionalisierung tritt?
87. Warum wird der finanzielle Bedarf für Selbsthilfe zu Lasten anderer Aufgaben im Gesundheitswesen gedeckt?
Soll sie deren Aufgaben übernehmen?
Gegebenenfalls welche?

E. Risikostrukturausgleich/Organisationsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung

88. Hält die Bundesregierung, wie im Rahmen der Gesundheitsreform angekündigt, an einer Organisationsreform in der GKV für das Jahr 2000 fest?
89. Beabsichtigt die Bundesregierung die im Rahmen der GKV-Gesundheitsreform 2000 für dieses Jahr angekündigte Organisationsreform in der GKV für eine Änderung des RSA zu nutzen?
90. Erachtet die Bundesregierung eine Organisationsreform in der GKV ohne Einbeziehung des RSA für sinnvoll?
91. Sollte nach Auffassung der Bundesregierung allen Kassenarten das Recht auf Neugründung und Öffnung eingeräumt werden?
92. Geht die Bundesregierung davon aus, dass der bestehende RSA eine ausreichende Grundlage für einen nicht risikoselektierenden, fairen Wettbewerb darstellt?
93. Werden nach Auffassung der Bundesregierung Morbiditätslasten in ausreichendem Maße im RSA berücksichtigt?
Wenn nein, was müsste geändert werden?
94. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass der RSA im Hinblick auf das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum Länderfinanzausgleich einfacher und zielgerichteter gestaltet sowie von seinem gesamten Finanzierungsvolumen her reduziert werden sollte?
95. Wie stellt die Bundesregierung eine sachgerechte Datenbasis sicher, welche vor allem manipulierbare Fehlerpotentiale ausschließt?
96. Gibt es nach Auffassung der Bundesregierung eine Entwicklung in der Kassenlandschaft, die durch ein Auseinanderdriften zwischen Kassen gekennzeichnet ist, die einerseits Versorgungsprobleme schultern und jenen Kassen, die ihre günstigen Beitragssätze allein der Tatsache verdanken, dass sie Junge und Gesunde versichern?
97. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse vor, dass aufgrund der unterschiedlichen Kassenstrukturen es bestimmten Kassen möglich ist, Zusatzversicherungen anzubieten, während dies anderen Kassen verwehrt ist?
Gegebenenfalls wie bewertet die Bundesregierung diese Erkenntnisse?
Plant sie etwas zu tun?

F. Gesetzliche Krankenversicherung und Europa

Der EuGH hat am 28. April 1998 in den Rechtssachen C-158/96 und C-120/95 entschieden, dass ein Träger der sozialen Sicherheit die Erstattung der Kosten einer medizinischen Leistung, die in einem anderen Mitgliedstaat in Anspruch genommen wird, nicht von einer vorher erteilten Genehmigung abhängig machen darf. Das geltende deutsche Krankenversicherungsrecht sieht eine solche Beschränkung vor. Sie ist nach Auffassung des EuGH mit dem Binnenmarktgrundsatz des freien Warenverkehrs und des freien Dienstleistungsverkehrs nicht vereinbar.

98. Welche Maßnahmen will die Bundesregierung ergreifen, um diesen Verstoß gegen den EG-Vertrag zu beseitigen?
99. Warum hat die Bundesregierung entsprechende Regelungen nicht im Gesundheitsreformgesetz 2000 vorgesehen, nachdem im Referentenentwurf eine einschlägige Regelung enthalten war?

100. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass diese beiden Entscheidungen den Europäischen Gesundheitsmarkt liberalisieren und den Versicherten den freien Zugang zu einer medizinischen Behandlung in einem anderen Mitgliedstaat eröffnen?
101. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass die beiden Entscheidungen auf alle Versicherten anwendbar sind und nicht nur auf die Versicherten, die berechtigt sind, Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen?
- Wenn nein, wie rechtfertigt sie die unterschiedliche Behandlung von Versicherten beim Zugang zu medizinischen Leistungen in anderen Mitgliedstaaten?
102. Sieht die Bundesregierung in diesen beiden Urteilen eine Entscheidung für das Kostenerstattungs- und gegen das Sachleistungsprinzip, die für die weitere Rechtsentwicklung in der EU von wegweisender Bedeutung ist?
103. Sieht die Bundesregierung im freien Zugang zu medizinischen Leistungen in anderen Mitgliedstaaten eine Gefährdung der Steuerungsinstrumente in der GKV, weil dadurch z. B. die Budgetierung, das Wirtschaftlichkeitsgebot oder die Bedarfsplanung unterlaufen werden können?
104. Beabsichtigt die Bundesregierung, der GKV die Möglichkeit zu geben, ihren Versicherten durch vertragliche Regelungen mit ausländischen Versicherungsträgern oder mit ausländischen Leistungserbringern qualitätsgesicherte Angebote zur Verfügung zu stellen, um eine ungesteuerte Inanspruchnahme von Leistungserbringern in großem Umfang im EU-Ausland zu vermeiden?
105. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass die beiden Urteile zu einer politisch problematischen Inländerdiskriminierung führen, weil die restriktiven Steuerungsinstrumente des deutschen Krankenversicherungsrechts für Leistungserbringer im EU-Ausland nicht gelten?

G. Prävention

106. Wie will die Bundesregierung erreichen, dass der in § 1 Satz 2 SGB V niedergelegte Grundsatz, die Versicherten seien für ihre Gesundheit mitverantwortlich und sollten durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden, auch auf dem Gebiet der Prävention verwirklicht wird?
107. Teilt die Bundesregierung die Auffassung des Sachverständigenrates (Gutachten 1998, TZ 222 ff.), wonach der demographische Umbau der Bevölkerung zu einem vermehrten Versorgungsbedarf in Kuration, Rehabilitation und Pflege führt, dessen langfristige Entwicklung von den heutigen präventiven Investitionen vor allem in mittleren und höheren Altersstufen abhängig ist?
- Wenn ja, welche Maßnahmen will sie insbesondere mit Blick auf die genannten Altersstufen ergreifen?
108. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung des Sachverständigenrates (1996), der insbesondere einen demographisch bedingten Zusatzversorgungsbedarf bei Älteren im Bereich obstruktiver Lungenerkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates prognostiziert und ein großes und noch weithin unausgeschöpftes präventives Potential ausgemacht hat?

Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen oder wird sie ergreifen, um insbesondere für diese Erkrankungsgruppen präventive Vorkehrung zu entwickeln?

109. Ist der Bundesregierung bekannt, dass das Projekt „Geriatrische Rehabilitation“, das 1995 in Rheinland-Pfalz begonnen wurde und nunmehr abgeschlossen ist, in den Ergebnissen eine Reduktion des Fremdhilfebedarfs bei Patienten unterschiedlicher Diagnosegruppen zeigt?

Ist der Bundesregierung bekannt, welche Folgerungen die beteiligten Krankenkassen, ggf. auch für die Bundesebene, aus diesem Modellprojekt zur Tertiärprävention (präventive Reduktion bleibender Krankheitsfolgen einschl. vermeidbarem Pflegebedarf) zu ziehen beabsichtigen?

110. Beabsichtigt die Bundesregierung und bejahendenfalls, in welcher Weise, auf die Krankenkassenverbände auf Bundesebene einzuwirken, derartige Erkenntnisse und die Ergebnisse vergleichbarer Studien in die Praxis umzusetzen?
111. Welche Maßnahmen beabsichtigt die Bundesregierung zu ergreifen, um dafür Sorge zu tragen, dass die in § 43 Nr. 2 SGB V neu eingeführte Möglichkeit der Patientenschulungsmaßnahmen, insbesondere auch für ältere Patienten, in wirksamer Form umgesetzt wird, zumal internationalen Studien zufolge [Medical Care 37 (I), 1999] Patientenschulung bei geriatrischen Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen deren Gesundheitsstatus signifikant verbessern, Krankenhauseinweisungen und notwendige Arztbesuche reduzieren kann?
112. Teilt die Bundesregierung die Äußerung einzelner Kassenvertreter, dass die jetzige Wettbewerbssituation der Kassen deren Bereitschaft zu einem präventiven Engagement, insbesondere für die Zielgruppe der Älteren unter ihren Versicherten, beeinträchtigt?
- Bejahendenfalls, welche Maßnahmen gedenkt die Bundesregierung dagegen zu ergreifen?
113. In welcher Weise beabsichtigt die Bundesregierung darauf einzuwirken, dass die Vereinbarungen nach § 20 Abs. 1 SGB V nicht – wie bereits vor 1996 – eher wettbewerblichen Darstellungszwecken der Krankenkassen, sondern der Orientierung an nachgewiesenen präventiven Wirkungen dienen und in der Umsetzung dafür Sorge tragen, dass die erhofften Qualitätserfordernisse auch tatsächlich eingehalten werden?
114. Ist der Bundesregierung bekannt, dass nach internationalen Daten das Risiko für über 50-Jährige, eine Osteoporose-bedingte Hüftfraktur zu erleiden, zwischen 14 bis 18 % für Frauen bzw. 3 bis 6 % für Männer (Cooper 1997) beträgt?
115. Ist der Bundesregierung bekannt, dass das von der amerikanischen Regierung eingesetzte Präventionskomitee (US Preventive Service Task Force 1996) den Ärzten empfiehlt, insbesondere ihre Patientinnen rechtzeitig über Möglichkeiten der Prävention durch Ernährung (Kalzium- und Vitamin-D-Aufnahme), regelmäßige Bewegung und Aufgabe des Rauchens aufzuklären?
116. Welche Maßnahmen beabsichtigt die Bundesregierung angesichts dieser bedeutenden prävenierbaren Krankheitslast zu ergreifen, damit auch in deutschen Arztpraxen diese Empfehlungen wirksam und nachprüfbar umgesetzt werden?

117. Wie beurteilt die Bundesregierung im selben Zusammenhang den Einsatz der Östrogentherapie bei post-menopausalen Frauen und die zurzeit noch geringe Compliance, die nach Literaturschätzung bei ca. 30 % liegt?

Welche genaueren Daten bzw. Erkenntnisse liegen der Bundesregierung dazu vor?

118. Ist der Bundesregierung bekannt, dass Stürze bei über 65-Jährigen die Hauptursache für vermeidbare Verletzungen und nicht krankheitsverursachten Tod darstellen und die Sturzprophylaxe bei über 65-Jährigen von dem US Preventive Service Task Force (1996) als besondere präventive Aufgabe des Arztes empfohlen wird, wobei zu den besonderen Risikofaktoren neben Beseitigung von Einflüssen der Wohnung („Stolperfallen“) eine unzureichende Medikation gehört?

119. Welche Maßnahmen beabsichtigt die Bundesregierung, um eine Umsetzung entsprechender Empfehlungen in Deutschland zu sichern?

120. Ist der Bundesregierung bekannt, dass die Deutsche Krebsgesellschaft Mängel in der Früherkennung von Krebserkrankungen in Deutschland angemahnt und darauf hingewiesen hat, dass die jetzigen Verfahren in der GKV im Wesentlichen seit 20 Jahren unverändert seien?

Welche Meinung hat die Bundesregierung gerade zu dem letzten Aspekt?

121. Welche Maßnahmen der Anpassung, der Qualitätssicherung und der verbesserten Nutzen-Kosten-Relationen der durchgeführten Maßnahmen beabsichtigt die Bundesregierung?

122. Welche Maßnahmen beabsichtigt die Bundesregierung insbesondere durch Weiterentwicklung der ärztlichen Ausbildungsordnung zu treffen, um Defizite bei der präventivmedizinischen Orientierung in der Ausbildungsordnung und bei den Ausbildungseinrichtungen abzuwehren?

123. Sieht die Bundesregierung Möglichkeiten, ihrerseits, ggf. im Zusammenhang mit der Gesundheitsministerkonferenz der Länder, Verbesserungen in den Weiterbildungsordnungen der Ärzte zu erreichen, da dort präventive Inhalte in Theorie und Praxis bisher eine unzureichende Rolle spielen?

124. Teilt die Bundesregierung die Auffassung des Sachverständigenrates (Jahresgutachten 1996, TZ 226), der eine erfolgreiche präventive Gesundheitspolitik in den Kontext weiterer Politikfelder, z. B. Verkehr, Arbeit, Umwelt, Wohnungsbau, gestellt und in diesem Zusammenhang eine vorausschauende, risikomindernde Gesundheitspolitik angemahnt sowie eine Orientierung an adäquat ausformulierten sachpolitischen Zielen empfohlen hat?

Wenn ja, welche Schritte einer expliziten, sektoral wie intersektoral ausformulierten präventiven Politik und welche Maßnahmen der erfolgreichen Umsetzung beabsichtigt sie?

Berlin, den 4. Juli 2000

Ulf Fink
Horst Seehofer
Wolfgang Lohmann (Lüdenscheid)
Dr. Wolf Bauer
Dr. Sabine Bergmann-Pohl
Dr. Hans Georg Faust
Klaus Holetschek
Hubert Hüppe

Dr. Harald Kahl
Eva-Maria Kors
Hans-Peter Reppnik
Annette Widmann-Mauz
Aribert Wolf
Wolfgang Zöllner
Friedrich Merz, Michael Glos und Fraktion

