

Strukturreform des Gesundheitswesens

Frage 1: Welche Schwerpunkte wollen Sie bei einer Strukturreform im Gesundheitswesen setzen?

CDU Wesentliches Ziel der für die nächste Legislaturperiode angekündigten Strukturreform im Gesundheitswesen ist die längerfristige Stabilisierung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Die bisherige Kostendämpfungspolitik hat zwar Erfolge gebracht, die Ursachen der Fehlentwicklungen aber nicht beseitigt. Wir brauchen deshalb Steuerungselemente, die dahin wirken, daß Verschwendung nicht belohnt und Sparsamkeit nicht bestraft wird. Wir brauchen auch medizinische Orientierungsdaten, um die Empfehlungen der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zukünftig an gesundheitlichen Prioritäten ausrichten zu können. Hilfestellung hierbei kann der aus Wissenschaftlern bestehende Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion leisten.

Es gilt, die Qualität und die Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitswesens zu erhalten und gleichzeitig seine Bezahlbarkeit zu sichern. Ein wichtiger Gradmesser für diese Balance sind stabile Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung.

CSU Das System der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich insgesamt bewährt. Die CSU will deshalb keine totale Neukonzeption, wohl aber strukturelle Verbesserungen mit dem Ziel einer langfristigen Konsolidierung der Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung.

Bei dieser Reform muß ein Ausgleich gefunden werden zwischen den Anforderungen des medizinischen Fortschritts und der finanziellen Belastbarkeit der Arbeitnehmer und der Wirtschaft.

Zu diesem Zweck sind Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit bei allen Beteiligten zu erhöhen, medizinische und ökonomische Orientierungen zu beachten sowie medizinische und finanzielle Prioritäten festzulegen. Vor allem der Gesundheitsvorsorge und der Krankheitsfrüherkennung mißt die CSU dabei einen erhöhten Stellenwert zu.

F.D.P. Wir sind der Auffassung, daß in unserem Gesundheitswesen die Anreize in die falsche Richtung gesetzt sind. Eine auf ständige Expansion ausgerichtete Krankenversicherung macht sich auf Dauer selbst unfinanzierbar. Sie gefährdet damit auch ihre eigene ökonomische Existenzbasis, denn die Kosten der GKV belasten sowohl Arbeitnehmer wie Arbeitgeber. Die Mittel sind daher sparsam einzusetzen bzw. in Anspruch zu nehmen.

Während SPD und Grüne die Gründe für Kostenentwicklung im Gesundheitswesen u. a. den freiberuflich tätigen Ärzten etc. in die Schuhe schieben, erkennt die FDP nachdrücklich an, daß die Ärzteschaft durch die Honorarvereinbarungen der letzten Jahre ein großes Stabilitätsoffer für die Solidargemeinschaft der Krankenversicherten erbracht hat.

Im Rahmen der Strukturreform muß nach Auffassung der FDP einerseits neu definiert werden, was der einzelne von der Solidargemeinschaft berechtigterweise erwarten kann und was nicht. Begründete notwendige Mehrleistungen, die dem Patienten dienen, sind selbstverständlich nichts Negatives. Es muß nur ein vernünftiger Weg gefunden werden, die volkswirtschaftlichen Kosten und die Wachstumsmöglichkeiten des Gesundheitssektors optimal in Einklang zu bringen.

Dies wird nicht leicht sein, dabei sollte man sich nach Auffassung der FDP an folgenden Vorstellungen orientieren:

1. Sparsamer Umgang mit den Ressourcen des Gesundheitswesens sowie materielle Anreize in diesem Sinne für alle Beteiligten, so z. B. durch Übergang vom Sachleistungsprinzip zum Kostenerstattungsprinzip mit prozentualem Selbstbehalt.

2. Schaffung von mehr Kostentransparenz

3. Mehr Wettbewerb der Krankenversicherungen

4. Konsequente Einhaltung des Prinzips „soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig“

5. Überprüfung des Leistungskatalogs der GKV und solidarische Absicherung all derjenigen Krankheiten, die für den einzelnen nicht tragbar sind.

Diese Maßnahmen sind vor allem geeignet, die Flickschusterei der vergangenen Jahre in Zukunft zu vermeiden. Ganz wesentlich ist aber auch die Verantwortung des einzelnen für seine Gesundheit zu stärken.

SPD Der Schwerpunkt einer Strukturreform des Gesundheitswesens liegt im Krankenversicherungssystem. Wir müssen dieses System so verändern, daß es den Herausforderungen der nächsten Jahre und Jahrzehnte gewachsen ist. Die Kostendämpfungspolitik der vergangenen Jahre hat gezeigt, daß kleine Korrekturen nicht zum Erfolg führen. Nach unserer Auffassung muß die Strukturreform drei Hauptziele verfolgen:

- Unser Krankenversicherungssystem bedarf für seine Arbeit einer inhaltlichen Zielvorgabe. Wir brauchen also einen politisch zu erarbeitenden Orientierungsrahmen für das Gesundheitswesen, der als Rahmenvorgabe für die Tätigkeit im System dienen muß. Unterhalb dieser Rahmenvorgabe soll das Prinzip der vertraglichen Regelung zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern auf alle Leistungsbereiche ausgedehnt werden.

- Wir müssen den Grundsatz verwirklichen, daß für alle Krankenkassen gleiche rechtliche Voraussetzungen gelten. Dies bedeutet auch, daß alle Versicherten, unabhängig von ihrem beruflichen Status gleiche Rechte und gleiche Pflichten erhalten müssen.

- Wir müssen die Stellung der Krankenkassen als Verhandlungspartner der Leistungserbringer wesentlich stärken. Ziel dabei ist, aus dem Übergewicht der Leistungserbringerseite ein Gleichgewicht zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zu schaffen.

GRÜNE Grüne Gesundheitspolitik will die gesellschaftlichen Ursachen von Krankheit bekämpfen, Geschäfte mit der Krankheit verhindern, die Grund- und Menschenrechte im Gesundheitswesen verwirklichen und das Gesundheitswesen demokratisieren.

Der Zusammenhang von Umweltzerstörung und Krankheit wird von allen etablierten Parteien geleugnet, bzw. Erkenntnisse werden nicht in Handeln umgesetzt. Anstatt die zahlreichen längst bewiesenen Faktoren (Schadstoffe am Arbeitsplatz, in der Luft, in der Nahrung, Wohnung etc.) zu beseitigen und

diese Stoffe nicht mehr zu produzieren, werden Gewinne gesteigert, werden Gesundheit und Überleben der Menschen dem Profit untergeordnet. Das Risiko krank zu werden, ist in starkem Maße von der sozialen Lage abhängig. Armut und Krankheit hängen ebenso eng zusammen wie Arbeitsbedingungen und Krankheit.

Gesundheitspolitik der GRÜNEN ist stets daran orientiert, die Möglichkeiten der Menschen, sich im Gesundheitswesen zu wehren und für bessere Lebens- und Arbeitsbedingungen einzutreten, zu verbessern.

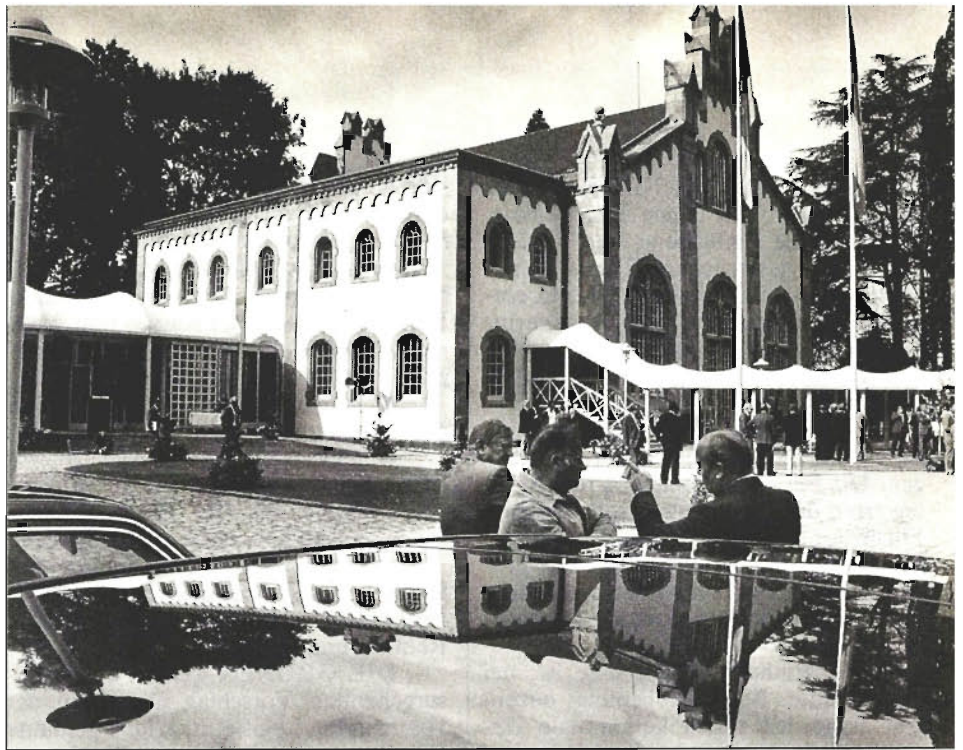
Eine Voraussetzung hierfür ist eine umfassende Einkommenssicherung und eine Behebung der alten und neuen Armut.

Prävention im Rahmen grüner Gesundheitspolitik heißt zuallererst Entgiftung von Boden, Wasser, Luft und Nahrung, Verbot und Ersatz giftiger Stoffe, Bekämpfung der Arbeitshetze und anderer krankmachender Faktoren in der Arbeitswelt und im Wohnbereich sowie soziale Absicherung.

Frage 2: Wollen Sie das gegliederte System der sozialen Krankenversicherung erhalten? Wenn nein, welche Vorschläge unterbreiten Sie?

CDU Ja, das historisch gewachsene gegliederte System der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich bewährt. Allerdings muß geprüft werden, ob und welche Rechtsänderungen angezeigt sind, um Wettbewerbsverzerrungen zwischen den einzelnen Kassenarten zu vermeiden. Ferner geht es darum, kostentreibenden Wettbewerb zwischen den Kassenarten zu verhindern.

CSU Das gegliederte System der sozialen Krankenversicherung ist ein fester Bestandteil einer freiheitlichen Sozial- und Gesundheitspolitik. Daran darf nicht gerüttelt werden. Die CSU wird deshalb Bestrebungen, über den geltenden Belastungsausgleich in der Krankenversicherung der Rentner hinaus weitere kassenartenübergreifende Finanzausgleichsmechanismen einzuführen und damit das gegliederte System auszuhöhlen, entschieden ablehnen.



Provisorium. Historisches Wasserwerk, Arbeitsstätte des Bundestages

F.D.P. Die FDP will am gegliederten Krankenversicherungssystem mit Pflicht-, Ersatz- und Privatkassen festhalten. Denn eine Vielzahl selbständiger Krankenkassen ist ein wesentlich besserer Garant für Versichertennähe und individuelle Betreuung der Mitglieder als eine große monopolistische Einheitskasse.

Selbstverständlich sind auch Verbesserungen notwendig und im Sinne der Strukturreform unbedingt erforderlich. Dies ist zum einen ein größerer Wettbewerb zwischen den einzelnen Kassenarten und ein für den Bürger umfassenderes Maß an Wahlfreiheiten hinsichtlich ihrer Krankenversicherung. Das setzt natürlich voraus, daß die Wettbewerbsbedingungen, zum Beispiel Mitgliedschaftsrechte, Beitragseinzug etc. weitgehend – soweit dem nicht Sachgründe entgegenstehen – angepaßt werden. Ansonsten sollte aber jeder seine gesetzliche Krankenversicherung frei wählen können. Denn unserer Ansicht nach sorgt verstärkter Wettbewerb für sparsameren Umgang mit den von Versicherten und Arbeitgebern aufgebrachten Beitragsmitteln. Im Mittelpunkt des Wettbewerbs innerhalb der Solidargemeinschaft muß der Beitragssatz stehen, der bei guter Leistung so niedrig wie möglich sein sollte. Dies kommt allen letztlich zugute.

SPD Das gegliederte System der sozialen Krankenversicherung ist historisch gewachsen, eher zufällig als geplant. Vom Grundsatz her ist dieses System erhaltensfähig. Es kommt

jedoch darauf an, seine Schwächen, die offenkundig geworden sind und eine der Ursachen für die Kostenexpansion darstellen, zu beseitigen. Unser Krankenversicherungssystem wird von innen heraus bedroht. Unterschiedliches Recht für unterschiedliche Kassenarten führt zu einer erheblichen Verzerrung der Belastungen der einzelnen Glieder des Systems. Die rechtliche Unterscheidung zwischen Krankenkassen, die ihre Mitglieder durch Gesetz zwangsweise zugewiesen erhalten und Krankenkassen, die von den Mitgliedern gewählt werden können, hat zu schwerwiegenden Nachteilen bei den sogenannten „Pflichtkassen“ geführt. Dieser Unterschied muß beseitigt werden. Desgleichen muß auch in der Krankenversicherung der Unterschied zwischen Arbeitern und Angestellten aufgehoben werden.

GRÜNE Grüne Gesundheitspolitik fordert die Demokratisierung des Gesundheitssystems.

Die Planung, Ausgestaltung und Kontrolle des Gesundheitssystems müssen grundsätzlich in die Hand der Patienten, besser, der Benutzer und Benutzerinnen und damit der Versicherten übergehen.

Die Krankenkassen sind in über tausend Einzelkrankenkassen mit unterschiedlichem Beitragsaufkommen und unterschiedlicher Versicherungsstruktur zergliedert. Konkurrenz untereinander und mangelnde Geschlossenheit gegenüber der einheitlich organisierten Anbieterseite im Gesundheitswesen sind

die Folgen. DIE GRÜNEN sehen als längerfristiges Ziel einer Krankenkassenreform die Einführung einer vereinheitlichten gesetzlichen Krankenversicherung als unerlässlich an. Hierin einbezogen sind nicht nur alle Arbeiterinnen und Angestellte, sondern auch alle Selbständigen, Beamten und Sozialhilfeempfänger.

Es entfallen die Beitragsbemessungs- und die Pflichtversicherungsgrenzen. Die Besserverdienenden und Privilegierten dürfen sich einer solidarischen Finanzierung nicht länger entziehen. Längerfristig wird ein einheitlicher prozentualer Krankenversicherungsbeitrag auf alle individuellen Einkommen angestrebt.

Die Einheitsversicherung ist bei einheitlicher Beitragserhebung dezentral organisiert durch kommunale Untergliederung. Die Selbstverwaltung auf kommunaler Ebene hat weitestgehende Autonomie. Grenzen dieser Autonomie

sind innerhalb der Einheitsversicherung durch die Regelung eines regionalen Finanzausgleichs festzulegen.

Kurzfristig unterstützen DIE GRÜNEN alle Schritte, die zu einer größeren Vereinheitlichung der Kassen und zu einer klaren Wahrnehmung der Nutzerinteressen führen, wie z. B.:

- Angleichung der Beitragssätze der verschiedenen Kassen
- regionaler Finanzausgleich zwischen den Kassenarten
- Anhebung der Beitragsbemessungs- und Pflichtversicherungsgrenzen
- kurzfristige Erhöhung des Staatszuschusses zur gesetzlichen Krankenkasse für Nichterwerbstätige wie Rentner und Sozialhilfeempfänger

DIE GRÜNEN werden einen entsprechenden Vorschlag für die in der kommenden Legislaturperiode geplante Debatte um die Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung vorlegen.

Frage 3: Treten Sie dafür ein, daß auch in Zukunft das System der Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland durch freiberuflich tätige, in eigener Praxis niedergelassene Ärzte erhalten bleibt?

CDU Ja, daran hat die CDU nie einen Zweifel gelassen.

CSU Das System der Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung durch freiberuflich tätige, in eigener Praxis niedergelassene Ärzte ist ein Grundpfeiler der freiheitlichen Ordnungspolitik. Die CSU sieht auch im Hinblick auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung keine vertretbare Alternative.

F.D.P. Die FDP mißt der freiberuflichen Praxis niedergelassener Ärzte zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung eine besondere Bedeutung zu. Sie sind der Grundpfeiler unseres Gesundheitssystems; deshalb lehnen wir all die Vorschläge der Grünen, sie durch Ambulatorien oder Gesundheitsläden zu ersetzen, entschieden ab.

Die freiberuflichen Arztpraxen sind die besten Garanten für die freie Arztwahl und die Therapiefreiheit des Arztes. Der ambulante Sektor muß auch in Zukunft finanziell so ausgestaltet werden, daß der medizinisch-technische

Fortschritt in der kassenärztlichen Versorgung realisiert werden kann.

SPD Dies wird zweifellos auch in Zukunft das Rückgrat der ambulanten Versorgung sein. Wir treten jedoch dafür ein, daß auch im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung moderne Formen, wie etwa die fachverbindende Gruppenpraxis oder Gemeinschaftspraxis, durchgesetzt werden. Dies muß die Regelform der ambulanten Versorgung werden. Der im Gesetz ausformulierte Sicherstellungsauftrag muß allerdings so modifiziert werden, daß ihn kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen *gemeinsam* wahrnehmen. Krankenkassen und kassenärztliche Vereinigungen sollen gemeinsam einen Bedarfsplan aufstellen und die Erfüllung dieses Bedarfsplanes durch Verträge sicherstellen.

GRÜNE Das gegenwärtige Vergütungssystem ist durch ein Verdienen an der Krankheit gekennzeichnet. Besonders deutlich wird dies im Bereich der niedergelassenen Ärzte. Das bestehende System führt immer wieder zur Erbringung von Leistungen, die nur für den Umsatz des

Arztes, nicht aber für die Gesundheit der Patienten wichtig sind.

DIE GRÜNEN fordern deshalb ein vereinfachtes und übersichtliches Finanzierungssystem, das eine Mischfinanzierung durch die verschiedenen herkömmlichen Kostenträger verbindet mit einer Pauschalfinanzierung der Gesundheitseinrichtungen nach Personal- und Sachkosten.

Es wird die Einführung und Erprobung von Regionalfonds im Sinne des in Frankreich eingeführten budget global gefordert, alle Kostenträger zahlen anteilig ein. Die Gelder werden pauschal je nach Stellenausstattung und Sachmitteleinsatz ausgegeben. Die in Ambulatorien und Gesundheitszentren Beschäftigten beziehen feste Gehälter aus dem Regionalfonds. Dennoch wird es niedergelassene Ärzte und andere selbständige Berufsgruppen geben.

Ein erster Schritt könnte die Einführung von Krankenscheinpauschalen sein, die von einer bestimmten Anzahl von Krankenscheinen bis zu einer zulässigen Höchstgrenze degressiv abnehmen. Eine Höchstgrenze der Ärzteneinkommen beispielsweise auf jährlich 120 000 DM könnte damit eingeführt werden. Ein zweiter Schritt könnte sein, bis zu einer Höchstgrenze nachgewiesene Arbeitszeit zu bezahlen, ein dritter Schritt die Bezahlung nach einem System fester tariflicher Gehälter.

Frage 4: Wie stehen Sie zur Selbstverwaltung der in Kassenärztlichen Vereinigungen zusammengeschlossenen Kassenärzte und deren Vertragsfreiheit?

CDU Die Selbstverwaltung der Kassenärzte hat ihre Bewährungsprobe bestanden. Die CDU hält deshalb an dieser Selbstverwaltung fest.

CSU Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung durch freiberuflich tätige Ärzte und kassenärztliche Selbstverwaltung gehören zusammen. Die kassenärztliche Selbstverwaltung hat sich bewährt und ihr Verantwortungsbewußtsein immer wieder bewiesen. Ich denke hierbei vor allem auch an die von gesamtwirtschaftlicher Mitverantwortung getragenen,

mit den Krankenkassen vereinbarten Regelungen über die Gesamtvergütungen bis Mitte 1988 oder an die bereits begonnene Durchführung des schwierigen Vorhabens einer Reform des Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen. Auch der Grundsatz der Vertragsfreiheit, wie er dem geltenden Kassensarntrecht zugrundeliegt, darf nicht angetastet werden. Die CSU wird dafür eintreten, daß der Gesetzgeber den Freiraum gewährleistet, den die gemeinsame Selbstverantwortung der Ärzte und Krankenkassen braucht, damit ihre eigenverantwortliche Gestaltungskraft flexibel entfaltet werden kann. Für die CSU galt schon immer: Die Selbstverwaltung muß Vorrang haben vor staatlicher Reglementierung.

F.D.P. Die FDP ist seit langem der Auffassung, daß Selbstverwaltung im Gesundheitswesen unerlässlich ist. Dies gilt in besonderem Maße für die kassenärztlichen Vereinigungen. Sie stellen einerseits die kassenärztliche Versorgung sicher – auch in qualitativer Hinsicht – andererseits nehmen sie auch die Interessen ihrer Mitglieder gegenüber den Kassen wahr. Sie sind damit für die Kassenärzte, aber auch für die Patienten eine unverzichtbare Institution. Die FDP will sie auch für die Zukunft erhalten. Wir wollen sie sogar stärken. Wir sehen damit das Prinzip verwirklicht, daß sich der Staat aus den Bereichen heraushalten sollte, in denen die primär Beteiligten ihre Angelegenheiten selbst erfolgreich regeln.

Die Selbstverwaltung im kassenärztlichen Bereich ist ihrer Verantwortung, die sie auch gegenüber der Solidargemeinschaft hat, bisher gerecht geworden. Ich zweifle nicht, daß dies auch in Zukunft so sein wird. Ich meine, die FDP hat daher mit Recht – gerade in der letzten Zeit – neue Einschränkungen der Kompetenzen der Selbstverwaltung zurückgewiesen. Die Selbstverwaltung hat sich bewährt.

Ohne diesen Zusammenschluß wären die Kassenärzte dem Diktat der Krankenkassen ausgeliefert. Wir sind der Meinung, daß die kassenärztliche Selbstverwaltung auch zukünftig erhalten und eine noch größere Bedeutung als in der Vergangenheit gewinnen wird. Sie ist zugleich Ausdruck des Vertrauens des Staates.

SPD Wir wollen das in der ambulanten kassenärztlichen Versorgung praktizierte Modell, nach dem Krankenkassen einerseits und Kassenärzte andererseits die mit der Versorgung zusammenhängenden Probleme in

Konrad-Adenauer-Haus. Nüchterner Büro-Silo zwischen Bonn und Bad Godesberg



Fotos: Darchingex (4); Deutsche Presse-Agentur (1)

eigener Verantwortung regeln, auch auf andere Leistungsbereiche, also vor allem auf die Arzneimittelversorgung und die stationäre Versorgung ausdehnen. Zentrales Anliegen für uns dabei ist es, daß beide Vertragsparteien, also Leistungserbringer und Krankenkassen, gleichgewichtig ihre Interessen zur Geltung bringen können. Nur so ist ein wirklicher Interessenausgleich möglich, der keine der beiden Seiten tendenziell bevorzugt oder benachteiligt. Dazu ist es erforderlich, daß in Zukunft die Krankenkassen gemeinsam auftreten.

Am körperschaftlichen Selbstverwaltungssystem der Kassenärzte sollte festgehalten werden, darüber hinaus sollte es auch auf den Bereich der Krankenhäuser übertragen werden.

GRÜNE Die Entscheidungsstrukturen im Gesundheitswesen entziehen sich jeder demokratischen Kontrolle. Sie sind bestimmt durch die Interessenkoalition der Pharma- und Geräteindustrie, die einen medizinisch-industriellen Komplex mit aggressiven Expansionsbestrebungen bilden mit den großen Wohlfahrtsverbänden und der organisierten Ärzteschaft, die ihre Vormachtstellung und Privilegien sichern wollen. Die Planung der ärztlichen Versorgung im ambulanten Bereich liegt derzeit allein in der Hand der Anbieter: der niedergelassenen Ärzte. Gesetzliche Grundlage ist die Reichsversicherungsordnung, die den kassenärztlichen Vereinigungen die Sicherstellung der ambulanten Versorgung überträgt. Die derzeitigen Ent-

scheidungsstrukturen unterstützen Trends wie:

- das starke Stadt/Landgefälle bei der Verteilung von Fachärzten
- die Festigung der Vormachtstellung der Ärzte
- das Zurückdrängen anderer Heilberufe, wie Psychologen, Heilpraktiker, Hebammen usw.
- das Verdrängen von selbständigen Gesundheitshandwerkern zugunsten von ärzteabhängigen Beschäftigten in Labors und Werkstätten der Niedergelassenen
- die Hochtechnisierung der Diagnostik durch Großgeräte ohne Abschätzung der schädigenden Wirkung auf den Patienten und häufig bis zu einer Präzisionsstufe, die keine therapeutischen Konsequenzen mehr hat
- die Ausweitung des Pharmaverbrauchs
- die Zentralisierung der Krankenhäuser an wenigen Standorten bei gleichzeitiger Privatisierung lukrativer Spezialkliniken.

DIE GRÜNEN fordern deshalb die Erstellung von verbindlichen Gesundheitsplänen auf kommunaler Ebene, die die Bereiche Prävention, Rehabilitation sowie ambulante und stationäre Versorgung umfassen. Die Gesundheitspläne sind unter Beteiligung der Beschäftigten, Patientenvertreter und Bürgerinitiativen zu erstellen. Die Sicherstellung der gesamten gesundheitlichen Versorgung (stationär, teilstationär, komplementär und ambulant) muß bei einer öffentlich kontrollierten, kommunalen Instanz angesiedelt sein.

Frage 5: Halten Sie zur Sicherung der Finanzierbarkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung Selbstbeteiligungen der Versicherten zur Steuerung des Inanspruchnahmeverhaltens für notwendig:

- bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln?
- bei Krankenhausaufenthalten?
- bei der ambulanten ärztlichen Versorgung?

CDU Wesentliche Aufgabe der Strukturreform wird es sein, die Wirtschaftlichkeitsanreize bei *allen Beteiligten* des Gesundheitswesens zu verbessern. Zuzahlungen sind für die CDU nur dann akzeptabel, wenn sie erstens gesundheitspolitisch unbedenklich, zweitens sozialpolitisch vertretbar sind und drittens einen Steuerungseffekt haben.

CSU Die derzeitige Zuzahlungsregelung bei Arznei- und Heilmitteln in Form fester DM-Beträge hat sicher nicht die erwartete Steuerungswirkung gehabt und zur Inanspruchnahme preisgünstiger Mittel motiviert; auch die Zuzahlung bei Krankenhauspflege erfüllt, jedenfalls in der derzeit geltenden Regelung, keine Steuerungsfunktion. Wenn damit sich die Selbstbeteiligung auch nicht als Allheilmittel erwiesen hat, darf sie doch auch nicht tabuisiert oder gar als „soziale Demontage“ ideologisiert werden. Die CSU ist der Auffassung, daß, soweit der Patient Einfluß auf die Auswahl gesundheitlicher Leistungen hat, Selbstbeteiligung durchaus die Steuerung in der Krankenversicherung verbessern kann. Selbstbeteiligung ist jedoch nur dann sinnvoll und politisch vertretbar, wenn sie zu einer Senkung der Gesundheitsausgaben insgesamt und damit zu einer Entlastung der Beitragszahler führt. Dies kann nur durch Selbstbeteiligungsregelungen erreicht werden, die das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten steuern können und zugleich sozial verträglich und gesundheitspolitisch unbedenklich sind. Diese Kriterien gelten für alle von Ihnen genannten Bereiche.

F.D.P. Im Gesundheitswesen sind Solidarität und Eigenverantwortung aller Beteiligten gefragt. Um dies durchzusetzen, bedarf es materieller Anreize in Form von Selbstbeteiligungsregelungen. Dafür sind allerdings eine umfassendere Aufklärung und ein stärkeres Kostenbewußtsein sowie Transparenz der Kostenstrukturen erforderlich. Denn die staatliche Total-

versorgung bei jedem noch so geringen Risiko überlastet die Solidargemeinschaft, führt sie an den Rand des finanziellen Ruins und drückt die Bereitschaft zur Eigenverantwortung auf den Nullpunkt. Unserer Ansicht nach würde ein Kostenerstattungssystem mit Selbstbehalt Versicherten und mittelbar auch Leistungserbringern mehr Kostenverantwortung geben und damit zugleich besonders effektiv zur Selbststeuerung im System der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen.

Selbstverständlich ist für uns auch, daß Selbstbeteiligungsregelungen steuernd wirken müssen, sozial tragbar sein sollen und auf einen niedrigeren Beitragssatz hinzielen. Denn dann wird es für den einzelnen erst interessant – ähnlich wie in anderen Versicherungszweigen – sich um die Vermeidung von Kosten und damit um Einsparungen im eigenen Interesse und im Interesse der Allgemeinheit zu bemühen.

Eines ist aber klar: Selbstbeteiligung ohne Härtefallregelung für wirkliche Härten wird und darf es nicht geben. Denn niemand darf von notwendiger Gesundheitsversorgung ausgeschlossen werden, nur weil sein Einkommen niedrig ist.

SPD Die Haltung der Sozialdemokratischen Partei zur Selbstbeteiligung der Versicherten, soweit sie über die Beitragszahlung hinausgeht, hat sich nicht geändert. Wir lehnen sie ab. Sie ist unsozial, bewirkt eine einseitige Verlagerung der Finanzierungslasten auf die Arbeitnehmer und dient letztlich nur dazu, das den Leistungserbringern für Preise und Honorare zur Verfügung stehende Finanzvolumen noch auszudehnen. Der in der Reichsversicherungsordnung festgeschriebene Sicherstellungs- und Gewährleistungsauftrag beinhaltet die bindende Verpflichtung an die Kassenärzte, nur solche Leistungen zu gewähren, die den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit gerecht werden. Die Steuerung des Inanspruchnahmeverhaltens ist also

durch Gesetzauftrag bereits in die Hände der Kassenärzte gelegt. Wer den Sicherstellungsauftrag für sich reklamiert, muß auch seine Konsequenzen tragen. Wer den gesetzlichen Auftrag zur Steuerung des Inanspruchnahmeverhaltens der Patienten nicht mehr erfüllen kann oder will, stellt für uns Sozialdemokraten den Sicherstellungsauftrag in Gänze zur Disposition.

GRÜNE Die Gesundheitsbranche ist ein gewinnbringender Wirtschaftsfaktor mit über 200 Milliarden DM Jahresumsatz. Wir haben es nicht mit einer Finanzkrise im Gesundheitswesen zu tun, sondern mit der falschen Umverteilung von Gewinn und Verlust. Auf der Suche nach „Rationalisierungsreserven“ im Gesundheitswesen werden immer rabiatere Mittelbegrenzungen und Verbilligungsstrategien angewandt, die allesamt die Patienten und Patientinnen treffen. Das große Geschäft der Pharmaindustrie

Die Antworten der Parteien sind so umfangreich ausgefallen, daß der Frage/Antwort-Komplex zu der ärztlichen Ausbildung nicht mehr aufgenommen werden konnte. Mit dem Thema beschäftigt sich indes die „Seite eins“ dieser Ausgabe.

und der Medizingeräteindustrie und die überhöhten Ärztzeinkommen werden nicht angetastet.

Deshalb fordern DIE GRÜNEN die sofortige Rücknahme aller Selbstbeteiligungen. Durch die sogenannten Selbstbeteiligungen und die Beitragspflicht für Lohnersatzleistungen hat eine soziale Umverteilung stattgefunden: Während die vom Arbeitgeber zu teilenden Lohnnebenkosten konstant gehalten werden können, werden die privaten Haushalte zur Zeit mit 6 Milliarden DM zusätzlich jährlich belastet. Durch diese Maßnahme ist den einzelnen der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung verteuert und erschwert worden. Ganze Gruppen werden durch entsprechende Ausweitung aus dem System medizinischer Versorgung ausgegrenzt werden.

Alle bisherigen Selbstbeteiligungsformen blieben wirkungslos auf die Etats der gesetzlichen Krankenversicherungen. Sie verführt Ärzte überdies dazu, ihre Patienten riskanteren Behandlungen auszusetzen, um so dem Patienten Kosten zu ersparen (stärkere Medikamente statt Bagatellarzneien, Großpackungen statt der wirklich gebrauchten Mengen).

Frage 6: Sehen Sie die Notwendigkeit einer Neuordnung des Versichertenkreises beziehungsweise der Leistungseinschränkung oder -ausgrenzung?

Frage 7: Soll die Solidargemeinschaft für die Inanspruchnahme aller Leistungen, auch für sog. „versicherungsfremde Leistungen“, weiterhin im derzeitigen Umfang aufkommen?

Frage 8: Wie würden Sie „versicherungsfremde Leistungen“ definieren?

CDU (Antwort zu den Fragen 6 bis 8) Eine Notwendigkeit zur umfassenden Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht. Die bisherige Abgrenzung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung gilt zu Recht als „Friedensgrenze“. Der solidarische Risikoaussgleich ist das Grundprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung. Jeder Bürger muß unabhängig von seinen Einkommensverhältnissen die notwendige Versorgung unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts erhalten. Aber die Solidargemeinschaft darf nicht für jede Bagatelle und für jeden Luxus in Anspruch genommen werden. Sonst werden die Anspruchsvollen belohnt und die Sparsamen bestraft. Die gesetzliche Krankenversicherung muß sich als Solidareinrichtung auf das beschränken, was sozial und gesundheitlich wirklich notwendig ist.

CSU (Antwort zu Frage 6) Die gesetzliche Krankenversicherung braucht neben den sog. schutzbedürftigen Versicherten, deren Beiträge die Leistungsaufwendungen nicht decken, auch solche Versicherte, also die sog. guten Risiken, die diese Unterdeckung ausgleichen. Die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung darf daher nicht soweit gelockert werden, daß die gesetzliche Krankenversicherung zu einem Sammelbecken der schlechten Risiken wird.

Der solidarische Risikoaussgleich ist das Grundprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung und muß es bleiben.

Die CSU ist allerdings der Auffassung, daß neben das Prinzip der Solidarität künftig verstärkt das Prinzip der Subsidiarität treten muß. In Zukunft kann und soll die Krankenversicherung nicht für alles eintreten, sondern muß sich auf die Finanzierung von Risiken beschränken, die der einzelne im Regelfall nicht tragen kann. Dabei geht es nicht darum, soziale Risiken zu privatisieren, sondern darum, die Leistungen der Solidargemeinschaft auf das sozial und gesundheitlich wirklich Nötige zu beschränken.

(Antwort zu den Fragen 7 und 8) Die Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung darf den komplizierten Problemkreis der „versicherungsfremden Leistungen“ nicht ausklammern. Es muß versucht werden, die in Betracht kommenden Leistungen abzugrenzen und ein Konzept für die finanzielle Zuordnung zu entwickeln. Mir ist bewußt, daß eine zweifelsfreie Abgrenzung versicherungszugehöriger und versicherungsfremder Leistungen außer-

halb aufgehoben werden. Weitere Änderungen im Mitgliedschafts- und Beitragsrecht, die das Verhältnis von GKV zu PKV verändern würden, oder die Abkopplung der Beitragsbemessungsgrenze von der Pflichtversicherungsgrenze werden von der FDP nicht geplant.

(Antwort zu den Fragen 7 und 8) Es ist wohl *opinio communis*, daß eine finanzierbare GKV auf die Dauer nicht alle Leistungen erbringen und alle Wünsche und Erwartungen erfüllen kann. Deshalb ist es eine Daueraufgabe, den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung vor dem Hintergrund eines der Industriegesellschaft angemessenen Krankheitsbegriffs zu überprüfen.

Dabei ist zum einen eine Ausgrenzung von solchen Leistungen zu denken, die der einzelne zumutbar selbst tragen könnte bzw. für die eigene Vorsorge zumutbar ist. Darüber hinaus sollte erwogen werden, gesetzlich festgelegte Leistungen vermehrt in Sat-



CSU-Landesleitung. Mit dem „Bayernkurier“ im neuen Haus in München

ordentlich schwierig ist. Dies zeigt sich z. B. bei der Abgrenzung von Kranken- und Pflegefall; nicht umsonst hat die Bayerische Staatsregierung im Bundesrat durchgesetzt, daß in der gesetzlichen Krankenversicherung eine neue Leistung „Pflegehilfe“ eingeführt werden soll. Für mich allerdings eindeutig krankenversicherungsfremd ist der sozial indizierte Schwangerschaftsabbruch.

F.D.P. (Antwort zu Frage 6) Unterschiede im Mitgliedschaftsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung sollten in Zukunft nur noch dort gemacht werden, wo sie sich aus Sachgründen, wie zum Beispiel bei den Betriebskrankenkassen, ergeben. Die Unterscheidung zwischen Arbeitern und Angestellten in der RVO sollte des-

Leistungen der Krankenkassen zu überführen. Das würde die Selbstverwaltung sowie die Autonomie der Krankenkassen stärken. Vorschläge dazu müssen in erster Linie von den Krankenkassen selbst kommen. Aufgabe der Solidargemeinschaft ist es, eine zweckmäßige und ausreichende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten, aber auch nicht mehr. Überhaupt nichts im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung hat m. E. das Sterbeld zu suchen, das ich als eine versicherungsfremde Leistung bezeichnen würde.

SPD (Antwort zu Frage 6) Nein! Wir werden uns mit Entschiedenheit jedem Versuch widersetzen, bestimmte Versichertengruppen

aus der gesetzlichen Krankenversicherung herauszumanipulieren. Weit über 90 Prozent unserer Bevölkerung sind Mitglied der gesetzlichen Krankenkassen.

Dies haben wir Sozialdemokraten gewollt, daran darf sich nichts ändern. Wir wollen in Zukunft auch den Beamten die Möglichkeit einer freiwilligen Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung eröffnen.

Sie sollen das Recht erhalten, zwischen der Zahlung eines Zuschusses zu ihren Krankenkassenbeiträgen durch den Arbeitgeber einerseits und der bisherigen Beihilfegewährung andererseits zu wählen.

Unser Krankenversicherungssystem kann – zumal in schwierigen Zeiten – nur dann funktionieren, wenn die Solidargemeinschaft tragfähig ist.

Die Tragfähigkeit wird jedoch untergraben, wenn die sogenannten guten Risiken, die den Solidarausgleich des Systems erst finanzieren, in andere Systeme abwandern.

Leistungseinschränkungen oder -ausgrenzungen sind nach unserer Auffassung insoweit möglich, als es sich um Leistungen handelt, die heute mittlerweile zum täglichen Bedarf gehören. Ansonsten muß das Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenversicherung alles dies umfassen, was der einzelne Versicherte zur Wiederherstellung seiner Gesundheit oder zur Linderung der Krankheit benötigt.

(Antwort zu den Fragen 7 und 8) Wenn es eine überzeugende Definition dessen, was mit versicherungsfremden Leistungen umschrieben wird, bisher gäbe, wäre auch eine Klärung der Frage möglich, ob die Krankenversicherung hierfür aufkommen soll. In Kreisen der Ärzteschaft zielt diese Frage ja hauptsächlich in die Richtung, ob etwa Mutterschaftsleistungen oder Leistungen bei Schwangerschaftsabbruch wie bisher von der Krankenkasse auch künftig übernommen werden sollen. Unsere Antwort hierauf ist ein eindeutiges Ja. Dabei muß es bleiben.

Wir warnen auch vor Überlegungen, nach denen die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung für sogenannte versicherungsfremde Leistungen finanzielle Entschädigungen von der öffentlichen Hand erhalten sollen. Wer Leistungen aus öffentlichen Haushalten für die Krankenversicherung beansprucht, sollte sich der Lebenserfahrung erinnern, daß derjenige, der die Musik bezahlt, auch bestimmt, was gespielt wird. Öffentliche Zuschüsse an die Krankenkasse können dem Prinzip der Selbstverwaltung gefährlich werden.

GRÜNE (Antwort zu den Fragen 6 bis 8) In den Planungen zur Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung wird bereits offen gefordert, risikobezogene Beitragssätze zu erheben und damit das Solidarprinzip der einkommensbezogenen Beitragssätze zu sprengen. Diskutiert wird sogar, diejenigen Personen auszuschließen, die einen „nicht versicherbaren Zustand“ in die Krankenversicherung einbringen. Getroffen werden durch solche Maßnahmen die „Unproduktiven“, die Alten und Schwachen, die Pflegebedürftigen, die psychisch Kranken. Die sprunghaft zunehmende Verdattung, Erfassung und Krankheitsregistrierung bereitet diese Selektion vor. Menschen, die krank sind oder anderweitig Hilfe benötigen, haben das uneinschränkbare Recht auf optimale Behandlung und Versorgung. Kosten-, Nutzen- und Reparaturdenken haben im Gesundheitswesen nichts zu suchen.

Die Frage, wann eine Reparatur noch rentabel ist bzw. sich nicht mehr lohnt, wird von den derzeitigen Gesundheitsökonomien bereits gestellt. Sie fragen längst, ist der Fortschritt in der Medizin denn noch für alle bezahlbar, und

wer entscheidet, wem die teure Hilfe zuteil wird und wem nicht? Die Einlösung von Grund- und Menschenrechten bedeutet Gleichbehandlung aller Menschen im Gesundheitswesen.

Diskriminierung, Abwertungen und Ausgrenzungen von Immigranten, von Alten, Behinderten, psychisch Kranken und chronisch Kranken, die unter Kosteneinsparungsgesichtspunkten immer schärfer hervortreten, müssen bekämpft werden. Die Behandlung oder Versorgung eines Menschen muß sich ausschließlich daran ausrichten, was für diesen Menschen notwendig ist und was seine Zustimmung hat.

Deshalb fordern DIE GRÜNEN: den Einbezug aller derzeit aus der gesetzlichen Krankenversicherung Ausgrenzten wie Sozialhilfeempfänger, Immigranten, Flüchtlinge sowie Straf- und Untersuchungsgefangene. Sie haben einen Anspruch auf freie Arztwahl und auf gesundheitliche Leistungen wie alle anderen krankenversicherten Personen. Bei der tiefgreifenden Umstrukturierung des gesamten Krankenkassenwesens sowie des Finanzierungssystems werden Fragen, wie sie hier unter 6 bis 8 gestellt sind, überflüssig.

Krankenhausrecht

Frage 9: Wie und mit welchen Maßnahmen halten Sie eine weitere Entwicklung des Krankenhausrechts, insbesondere des Pflegesatz- und Vertragsrechts für möglich, um eine den medizinischen Fortschritt berücksichtigende, bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung im Krankenhaus unter Beachtung des stark veränderten und erweiterten Leistungsspektrums ökonomisch tragbar zu sichern wie dies in § 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes gefordert wird?

Frage 10: Halten Sie eine engere Verknüpfung zwischen Krankenhaus und freier Praxis für notwendig, ggf. welche Überlegungen sind hierfür von Ihnen entwickelt worden?

CDU (Antwort zu Frage 9) Das Krankenhausfinanzierungsgesetz und die Bundespflegesatzverordnung sind in dieser Legislaturperiode novelliert worden. Die Neueregulungen müssen jetzt zunächst einmal mit Leben erfüllt und in der Praxis angewendet werden, ehe man erneut nach dem Gesetzgeber ruft.

Das gilt einmal für die Bereitstellung ausreichender Investitionsmittel, für die die Länder nach Auflösung der Mischfinanzierung allein verantwortlich

sind. Den Krankenhäusern sind einklagbare Rechtsansprüche auf die notwendigen Investitionsmittel eingeräumt worden.

Das gilt auch für den Bereich der Krankenhauspflegesätze. Hier ist es nach dem jetzt geltenden Vereinbarungsprinzip Aufgabe von Krankenkassen und Krankenhäusern, sich über das Leistungs- und Kostenspektrum jedes einzelnen Krankenhauses zu verständigen. Wenn dies im Geiste einer gemeinsamen Verantwortung für die stationäre