

Solidarität und Eigenverantwortung

Koalitionsentscheidung über Strukturreform im Gesundheitswesen

Die Koalition von CDU/CSU und FDP hat sich am 3. Dezember 1987 auf die Grundsätze der Reform des Gesundheitswesens geeinigt. Ziel der Reform ist es, in der gesetzlichen Krankenversicherung Solidarität und Eigenverantwortung stärker miteinander zu verbinden und dadurch sowohl eine Entlastung der Beitragszahler wie das Anpacken neuer Aufgaben zu ermöglichen.

Bundesarbeitsminister Norbert Blüm: „Solidarität ist für den da, der Hilfe braucht. Wer krank ist, der muß geheilt werden ohne Rücksicht auf sein Einkommen. Aber nicht jede Bagatelle und jeder besondere Wunsch kann aus solidarischen Pflichtbeiträgen finanziert werden. Wir konzentrieren Solidarität auf das, was medizinisch erforderlich ist, damit wir Geld haben für den medizinischen Fortschritt, für neue Aufgaben in der Vorsorge und vor allem in der Unterstützung der häuslichen Pflege.“

Neues Steuerungsinstrument wird ein System von Festbeträgen. Diese sollen so bemessen sein, daß der Versicherte die medizinisch erforderliche Leistung ohne Zuzahlung erhält. Die Festbeträge orientieren sich an ausreichenden, aber preiswerten Leistungen, Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln. Sie werden mehr Preiswettbewerb in das Gesundheitssystem bringen.

Außerdem werden Bagatellen und überholte Leistungen aus dem Katalog der Krankenversicherung herausgenommen. Insgesamt sollen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung um 14,5 Milliarden Mark gesenkt werden. Die Hälfte dieser Einsparung soll zu einer Beitragssenkung um einen Beitragssatz-Punkt führen, die andere Hälfte für neue Aufgaben verwendet werden: Unterstützung der häuslichen Pflege, Ausbau der Gesundheitsvorsorge.

1. Vorbeugen statt Heilen – mehr für die Vorsorge tun

Die Vorbeugung ist in unserem Gesundheitswesen ein Bereich mit großen Defiziten. Darin sind sich viele Experten einig.

Krankheiten, die zum großen Teil in gesundheitlichem Fehlverhalten wie Rauchen, Bewegungsmangel, falscher Ernährung oder Alkoholmißbrauch ihren Ursprung haben, sind auf dem Vormarsch. In der Ausgabenstruktur der gesetzlichen Krankenversicherung müssen Prävention und Früherkennung von Krankheiten deshalb einen höheren Stellenwert erhalten.

Gesundheitserziehung

Gesundheitserziehung muß bereits im frühen Kindesalter beginnen. Die Länder sollen in Zusammenarbeit mit den Ärzten und Krankenkassen ein flächendeckendes Präventionsangebot in Kindergärten und Schulen anbieten.

Zahnprophylaxe

Im Bereich der zahnmedizinischen Prophylaxe hat die Bundesrepublik Deutschland im internationalen Vergleich einen Rückstand von ca. 20 Jahren, obwohl sie gleichzeitig die höchsten Pro-Kopf-Ausgaben bei der zahnmedizinischen Versorgung aufweist. Deshalb sollen die Krankenkassen verpflichtet werden, sich finanziell an der Gruppenprophylaxe für Kinder und Jugendliche zu beteiligen. Bei den Erwachsenen wird jährlich eine zahnmedizinische Vorsorgeuntersuchung vorgesehen. Die Höhe der Zuschüsse zu Zahnersatz soll von der Inanspruchnahme der zahnärztlichen Vorsorgemaßnahmen abhängig gemacht werden.

Früherkennungsuntersuchungen

Früherkennungsuntersuchungen sollen ausgebaut werden. So wird neben den bestehenden Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere, den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder von der Geburt bis zum 4. Lebensjahr und den Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung zusätzlich eine allgemeine Früherkennungsuntersuchung vorgesehen, die Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Zucker- und Nierenerkrankungen einschließt.

Die Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems stehen bei uns seit Jahren mit Abstand an der Spitze der Todesursachen. Dabei ist die Diagnostik zur Früherkennung dieser Erkrankungen einfach und kostengünstig durchzuführen.

Durch Einführung der Früherkennungsuntersuchungen können bereits erste Anzeichen der Erkrankung, die der Patient selbst noch nicht bemerkt, frühzeitig erkannt und behandelt werden. Zu diesem frühen Zeitpunkt ist eine wirkungsvolle Behandlung möglich, oft erübrigt sich dabei eine medikamentöse Therapie. Allein durch Umstellung der Lebensgewohnheiten kann eine Normalisierung erreicht werden. Die Häufigkeit der kaum mehr beeinflussbaren Spätschäden, wie z.B. Herzinfarkt und Schlaganfall, lassen sich dadurch vermindern.

Es ist vorgesehen, für alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem 35. Lebensjahr alle zwei Jahre diese Früherkennungsuntersuchung einzuführen. Sie beinhaltet eine körperliche Untersuchung des Herz-Kreislauf-Systems, eine Blutdruckmessung, die Bestimmung der wichtigsten Laborwerte und eine Urinuntersuchung.

2. Bekämpfung der großen Volkskrankheiten verstärken

Die chronischen Erkrankungen — insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Rheuma, Krebs und psychische Erkrankungen — nehmen in der Bundesrepublik Deutschland einen immer breiteren Raum ein.

Die chronischen und zivilisationsbedingten Krankheiten sollen gezielter bekämpft werden. Dazu soll die Forschung in diesem Bereich weiter verstärkt und die Versorgung durch Modellvorhaben weiterentwickelt werden.

Forschungsvorhaben

In den Bereichen der Herz-Kreislauf-, Krebs- und Rheuma-Erkrankungen werden eine große Zahl von Forschungsvorhaben durchgeführt, die das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung positiv beeinflussen, neue Methoden zur Früherkennung erproben sowie die Qualität von Diagnose, Therapie und Rehabilitationsmaßnahmen verbessern sollen. Im Bereich der psychischen Krankheiten liegen die Forschungsschwerpunkte in der Therapie, Rückfallprophylaxe und der Erhaltung der psychischen Gesundheit alter Menschen. Neuer Forschungsschwerpunkt wird in den kommenden Jahren die Erforschung der Ursachen und die Verbesserung der Diagnostik allergischer Erkrankungen sein.

Die Forschung, für die bis 1991 bereits Mittel in Höhe von 285 Millionen DM bereitgestellt sind, soll weiter intensiviert werden.

Modellvorhaben

In Modellvorhaben zur Verbesserung der Situation chronisch Kranker (insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, rheumatische und neurologische Erkrankungen) werden besondere Präventionsmaßnahmen (Gesundheitserziehung und Einführung neuer Früherkennungsverfahren) bzw. neue Therapiekonzepte erprobt. Dabei werden auch Fragen der Qualitätssicherung berücksichtigt und besondere Organisationsformen erprobt.

Das Modellprogramm zur Krebsbekämpfung hat ein fast flächendeckendes Netz von Tumorzentren und onkologischen Schwerpunkten geschaffen.

Außerdem wurde die psychosoziale Betreuung krebskranker Kinder eingeführt und die Kapazität zur Durchführung von Knochenmarktransplantationen deutlich erweitert.

Im Bereich der psychischen Erkrankungen liegen Schwerpunkte in der besseren Verknüpfung stationärer, teilstationärer, ambulanter und komplementärer Versorgung sowie in der Verbesserung der sozialen Integration und der beruflichen Rehabilitation.

Für die Modellvorhaben stehen bis 1992 Mittel in Höhe von insgesamt 500 Millionen DM zur Verfügung.

Neue Herausforderung: AIDS

Die Immunschwäche AIDS bedeutet für unser Gesundheitssystem eine Herausforderung. Neben den Fragen der Früherkennung und der Eindämmung der Infektion bringen Betreuung und Versorgung von HIV-Infizierten und AIDS-Kranken neue Aufgaben mit sich. Derzeit werden etwa 800 an AIDS erkrankte Patienten in Krankenhäusern versorgt. Die Zahl der HIV-Infizierten wird auf rund 100.000 geschätzt.

Unter der Annahme, daß die Zahl der AIDS-Kranken im bisherigen Umfang weiter wächst, wird die GKV in den Folgejahren finanziell wie folgt belastet werden: 1988: 130 Mio. DM; 1989: 185 Mio. DM und 1990: 237 Mio. DM.

Modellvorhaben:

Das schwierig zu diagnostizierende und zu behandelnde Krankheitsbild erfordert Spezialkenntnisse und einen hohen Betreuungsaufwand durch niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser.

Die Bundesregierung fördert Modellmaßnahmen, um die bestehenden strukturellen und personellen Defizite bei niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern, Sozialstationen und Gesundheitsämtern aufzufangen.

Hierfür stellt die Bundesregierung jährlich rd. 100 Mio. DM zur Verfügung. Darüber hinaus werden Forschungsprogramme gefördert.

3. Mehr Menschlichkeit und bessere Qualität im Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland ist modern und leistungsfähig. Die medizinische Versorgung wird gegenwärtig wesentlich mitbestimmt und mitgeprägt durch die Entwicklung, Anwendung und Verbreitung von medizinisch-technischen Geräten und Verfahren. Diese Hochleistungsmedizin leistet wichtige und unverzichtbare Beiträge zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung.

Übermäßige Technisierung und damit notwendigerweise einhergehende Spezialisierung, Professionalisierung und Arbeitsteilung bergen allerdings Gefahren für eine humane Krankenversorgung. Sie können dazu führen, daß die für den Heilerfolg des Kranken ebenso unerläßliche menschliche und persönliche Zuwendung und die dazu erforderlichen Dienstleistungen zu kurz kommen. Es ist daher notwendig, den Erfordernissen einer humanen Gesundheitsversorgung und den damit verbundenen Bedürfnissen der Bürger und Patienten vermehrt Aufmerksamkeit zu widmen.

Wenn das Ziel einer humanen Krankenversorgung verstärkt in den Blickwinkel von Ärzten, Krankenschwestern, aber auch von Krankenkassen und Gesundheitspolitikern treten soll, bedarf es eines Bewußtseinswandels. Deshalb soll in der Strukturreform der Grundsatz einer humanen Krankenversorgung in das Gesetz aufgenommen und den Krankenkassen dafür eine Verantwortung übertragen werden.

Neben der Sicherung der Menschlichkeit geht es in der Zukunft verstärkt auch um eine bessere Qualität der medizinischen Versorgung. Diese ist insbesondere abhängig von der Qualifikation der Leistungserbringer. In der Strukturreform soll daher bei Ärzten und Zahnärzten die Abrechenbarkeit besonderer schwieriger Leistungen vom Nachweis einer entsprechenden Qualifikation und Fortbildung abhängig gemacht werden.

Darüber hinaus sollen auch die Wirtschaftlichkeitsprüfungen um den Aspekt der Prüfung der Qualität der Behandlung erweitert werden. Neue Heil- und Hilfsmittel sollen künftig vor Zulassung zur Behandlung der Versicherten auf ihre therapeutische Nützlichkeit und Funktionstauglichkeit überprüft werden.

Für eine qualitativ hochwertige ärztliche Versorgung ist eine ausreichende berufspraktische Erfahrung der Mediziner notwendig. Das muß vor allem bei jungen Kassenärzten gewährleistet sein. Die Bundesregierung hält daher die Beibehaltung einer besonderen Vorbereitungszeit nach der Approbation für die Tätigkeit als Kassenarzt, insbesondere als niedergelassener Hausarzt, für erforderlich.

4. Häusliche Pflege unterstützen – den Pflegenden helfen

In der Bundesrepublik Deutschland brauchen rund zwei Millionen Bürger Pflege. Etwa 630.000 von ihnen sind schwerst- oder schwerpflegebedürftig. Neun von zehn Pflegebedürftigen werden zu Hause gepflegt. Das geltende Recht sieht für den Fall der Pflegebedürftigkeit bisher nur unzureichende Hilfen vor. Die Pflegepersonen in der Familie sind häufig völlig überlastet. In vielen Fällen bleiben Pflegebedürftige zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung so lange wie möglich im Krankenhaus, da sie

andernfalls bei Unterbringung in einem Heim der Sozialhilfe anheimfallen würden.

Eine Gesamtlösung des Pflegeproblems ist schon wegen des erforderlichen finanziellen Aufwands nicht in einem Schritt zu erreichen. Mit der Strukturreform im Gesundheitswesen soll im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung die Hilfe für die Pflegenden verbessert werden. Dies bietet sich schon wegen des engen Zusammenhangs zwischen Krankheit und Pflegebedürftigkeit an. Wenn die häusliche Pflege gefördert und die Angehörigen, die die Hauptlast der Pflege tragen, entlastet werden, kann auch ein Anreiz entstehen, Pflegefälle aus den Krankenhäusern nach Hause zu verlegen und damit ein weiteres Ausufern der Krankenhauskosten zu verhindern.

Es ist deshalb vorgesehen, daß in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Schwerst- und Schwerpflegebedürftige Pflegehilfe in Form von bis zu 25 Pflegeeinsätzen je Kalendermonat erhalten. Die Versicherten können diese Einsätze flexibel abrufen.

Statt der Sachleistung zahlt die Krankenkasse unter bestimmten Voraussetzungen als Pflegehilfe einen Geldbetrag, dessen Höhe noch festgelegt werden muß. Zusätzlich übernimmt die Krankenkasse für vier Wochen im Jahr die gesamte häusliche Pflege, wenn die Pflegeperson ausfällt, sei es wegen Krankheit, Urlaub oder aus einem sonstigen Grund.

Die Gesamtkosten für diese neue Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung werden auf jährlich etwa 6,5 Milliarden DM geschätzt.

5. Wirtschaftliches Verhalten der Ärzte durchsetzen

Der weitere rasche Anstieg der Arztzahlen wird in Zukunft eine der zentralen Herausforderungen für die ambulante kassenärztliche Versorgung sein, denn davon gehen erhebliche Risiken für die Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Versorgung aus. In den vergangenen Jahren hat der Anstieg der Arztzahlen dazu geführt, daß trotz eines Rückgangs der Patientenzahlen die abgerechneten Leistungen — insbesondere im medizinisch-technischen Bereich — weiter zugenommen haben.

Der Gesetzgeber hat mit dem „Gesetz zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung“ der Selbstverwaltung ein erstes Instrumentarium an die Hand gegeben, um bei Überversorgung eine gleichmäßige regionale Verteilung der Kassenärzte sicherzustellen. Allerdings reichen diese Maßnahmen auf Dauer nicht aus, Qualität und Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung bei steigenden Arztzahlen langfristig zu gewährleisten.

Deshalb sind weitere Maßnahmen unverzichtbar. Sie müssen alle Ärztgruppen erfassen. Insbesondere ist es erforderlich, die Verantwortung

für die veranlaßten Leistungen (Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und Krankenhauspflege) zu stärken. Die vom Arzt veranlaßten Leistungen verursachen rund viermal soviel Ausgaben wie die vom Arzt selbst erbrachten Leistungen. Die bisherigen Wirtschaftlichkeitsprüfungen, die sich am durchschnittlichen Ordnungsverhalten der Ärzte orientieren, haben sich als nicht wirksam genug erwiesen. Sie sollen intensiviert und effizienter gemacht werden, um das Interesse der Ärzte an einer wirtschaftlichen Verordnung zu stärken.

Notwendig ist auch, eine ausreichende Qualifikation der jungen Kassenärzte sicherzustellen. Deshalb ist die Ableistung einer einjährigen Vorbereitungszeit auf die kassenärztliche Tätigkeit nach der Approbation auch nach dem Anlaufen der Regelung über den Arzt im Praktikum (AiP) vorgesehen.

Weiterhin ist der grundsätzliche Ausschluß einer Zulassung oder Ermächtigung von Ärzten nach Vollendung des 55. Lebensjahres vorgesehen. Es erscheint auch nicht vertretbar, den Seiteneinstieg (z.B. pensionierte Krankenhausärzte oder Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes) zur kassenärztlichen Versorgung weiterhin zuzulassen.

Erforderlich ist schließlich, die Zahl der Studenten dem tatsächlichen Bedarf anzupassen. Die Bundesregierung appelliert an die Länder, durch Änderung der Kapazitätsverordnungen für die Zulassung von Medizinstudenten ihren Beitrag zum Abbau bestehender Überkapazitäten bei gleichzeitiger Verbesserung der Qualität der ärztlichen Ausbildung zu leisten.

6. Zahnerhaltung mehr fördern, Zahnersatz wirtschaftlicher erbringen

In der zahnmedizinischen Versorgung weist die Bundesrepublik Deutschland im internationalen Vergleich die höchsten Pro-Kopf-Ausgaben auf, ohne daß die Zahngesundheit ihrer Bürger diesem Aufwand entspricht. Die gesundheitspolitischen Prioritäten dieses Bereichs sind falsch gesetzt, da für die Spätversorgung der Zähne (Zahnersatz) ebensoviel Mittel aufgewendet werden wie für die Zahnerhaltung und die Vermeidung von Zahnschäden. 1970 überwogen die Ausgaben für Zahnerhaltung noch die Spätversorgung der Zähne mit 65 Prozent.

Obwohl seit langem bekannt ist, daß Zahnkrankheiten vergleichsweise leicht vermieden werden könnten, stiegen die für die gesamte zahnmedizinische Versorgung (ohne Eigenbeteiligung) aufzuwendenden Ausgaben zwischen 1970 und 1986 von 2,5 Mrd. DM auf 14,1 Mrd. DM. Dies entspricht einer Steigerung auf das 5,6fache. Diese Steigerung ist im wesentlichen auf die Entwicklung beim Zahnersatz zurückzuführen. Sein Ausgabenanteil an den gesamten Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung stieg in diesem

Zeitraum von 3,5 auf 6,0 Prozent. Diese gesundheitspolitisch falsche Entwicklung muß korrigiert werden.

Ursächlich für diese Fehlentwicklungen waren insbesondere:

- falsche Anreize in den zahnärztlichen Gebührenordnungen,
- weitgehend fehlende zahnmedizinische Prophylaxe insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, aber auch bei Erwachsenen (im Bereich der Prophylaxe hat die Bundesrepublik Deutschland im internationalen Vergleich einen Rückstand von ca. 20 Jahren),
- die Ausweitung der Zahnersatzleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung Mitte der 70er Jahre,
- fehlende Motivation der Versicherten zur Zahnhygiene und Vorsorge sowie fehlendes Interesse an qualitativ gutem **und** kostengünstigem Zahnersatz (trotz einer Beteiligung von 40 Prozent an den Kosten der zahnmedizinischen Leistungen).

Orientiert an dieser Ursachenanalyse werden folgende Maßnahmen zur Umorientierung der zahnmedizinischen Versorgung und damit zur Verbesserung der Zahngesundheit und der Ausgabeneindämmung vorgesehen:

Zur Stärkung des Vorsorgegedankens in der Zahnmedizin:

- Verpflichtung der Krankenkassen, sich finanziell an der Gruppenprophylaxe für Kinder und Jugendliche zu beteiligen,
- Einführung einer jährlichen zahnmedizinischen Vorsorgeuntersuchung für Erwachsene.

Zur Stärkung der Eigenverantwortung der Patienten:

- Bei Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgemaßnahmen erhöhter Zuschuß zum Zahnersatz.
- Bei Abbruch kieferorthopädischer Behandlung Zahlung eines Eigenanteils.

Zur Verbesserung der Preis- und Kostenkenntnis:

- Einführung der Kostenerstattung im Bereich Zahnersatz und Kieferorthopädie.

Zur Erreichung von mehr Wirtschaftlichkeit bei Zahnersatz:

- Einführung von Festzuschüssen für notwendigen Zahnersatz (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen). Festzuschuß der Kasse: die Hälfte, bei regelmäßiger Vorsorge bis zu $\frac{2}{3}$ der Kosten.

Zur Verbesserung der Qualität zahnärztlicher Leistungen:

- Einbeziehung von Qualitätskriterien in die Wirtschaftlichkeitsprüfung des gesamten zahnärztlichen Leistungsgeschehens.
- Verbesserung der Gewährleistung für Zahnersatz.

7. Wirtschaftliche Arzneimittelversorgung ohne Selbstbeteiligung

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Arzneimittel sind zu hoch,

- weil weder der Patient noch der Arzt, noch der Apotheker ein direktes Interesse an preisgünstigen Arzneimitteln hat, auch wenn diese zur Verfügung stehen,
- weil sich deshalb Arzneimittelpreise in einer Höhe halten können, die bei funktionierendem Preiswettbewerb nicht möglich wären.

Die Folgen: Die Arzneimittelpreise liegen bei uns 69 Prozent über dem EG-Durchschnitt. Und: Obwohl es in vielen Therapiebereichen bei wirkstoffgleichen Medikamenten Preisunterschiede gibt, die im Einzelfall bis zu 300 Prozent reichen, werden überwiegend die teuersten Medikamente verordnet.

Mit der Einführung von Festbeträgen bei Arzneimitteln ist beabsichtigt, den Wettbewerb zwischen zueinander in Konkurrenz stehenden Arzneimitteln zu verstärken und das Interesse des Patienten an preisgünstigen Arzneimitteln zu fördern.

Die Festbeträge bei therapeutisch gleichwertigen, aber zu unterschiedlichen Preisen angebotenen Arzneimitteln sollen so bestimmt werden, daß eine vollwertige und wirtschaftliche Arzneimitteltherapie ohne Zuzahlung des Patienten gewährleistet ist. Entscheidet sich der Patient nach der Diskussion mit seinem Arzt oder seinem Apotheker für ein teureres Arzneimittel, so soll er den überschüssigen Betrag selber zahlen.

Festbeträge bei Arzneimitteln sollen im ersten Schritt dort eingeführt werden, wo es mehrere identisch zusammengesetzte Arzneimittel (Originalpräparate und preisgünstigere Konkurrenzpräparate, z.B. Generika) gibt. In weiteren Schritten sollen sie über den ganzen Markt festgelegt werden.

Die Festbeträge werden sich an den preisgünstigeren therapeutischen Alternativen im Arzneimittelmarkt orientieren. Der Patient wird unterhalb des Festbetrages Auswahlmöglichkeiten zwischen gleichwertigen und qualitativ guten Arzneimitteln haben. Denn die Qualität des Arzneimittels ist nicht abhängig von der Höhe des Preises. Dort, wo solche Alternativen nicht vorhanden sind, trägt die Krankenkasse selbstverständlich die vollen Kosten des verordneten Medikaments.

Mit der Einführung von Festbeträgen fällt die Zuzahlung für den Versicherten weg. Dies bedeutet eine Entlastung der Patienten, weil damit eine vollwertige und wirtschaftliche Arzneitherapie ohne Selbstbeteiligung verwirklicht werden kann.

Bis die Festbeträge für alle Therapiebereiche durch die Selbstverwaltung bestimmt sind, werden etwa drei Jahre vergehen. Nur für diese Übergangszeit soll die bisherige Zuzahlung der Versicherten von zwei DM auf drei DM je verordnetes Arzneimittel erhöht werden.

Auch das Interesse der Apotheker an einer wirtschaftlichen Versorgung soll gestärkt werden. Gegenwärtig verdient ein Apotheker um so mehr, je teurer die von ihm verkauften Arzneimittel sind. Künftig soll er einen festen Betrag für jedes verkaufte Arzneimittel erhalten. Der Apotheker kann so an einer wirtschaftlichen Arzneimittelauswahl mitwirken, ohne selber hierdurch Einkommenseinbußen zu erleiden.

8. Heil- und Hilfsmittel: Auf Bagatellen und Luxus verzichten

Der vielschichtige Heil- und Hilfsmittelsektor hatte von allen Ausgabenbereichen der GKV in den letzten Jahren die höchsten Steigerungsraten aufzuweisen. Die Ausgaben dafür stiegen von 670 Millionen DM (1970) auf 7,2 Milliarden DM (1986) fast auf das Elffache.

Mit Hilfe der Strukturreform sollen die entscheidenden Steuerungsmängel bei der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln beseitigt werden:

— Heil- und Hilfsmittel, deren medizinische Bedeutung begrenzt oder deren Nutzung eher dem täglichen Konsum zuzurechnen ist, sollen aus dem Leistungskatalog der GKV ausgrenzt werden.

— Mit Hilfe von Festbeträgen sollen Anreize bei Anbietern und Nachfragern geschaffen werden, preisgünstige Produkte anzubieten bzw. nachzufragen.

Entlastung von Leistungen

Im Heil- und Hilfsmittelbereich gibt es viele Leistungen, die entweder wichtiger Bestandteil der ärztlichen Therapie sind (Heilmittel) oder für den Patienten unverzichtbar sind, um gesundheitliche Beeinträchtigungen oder Behinderungen auszugleichen (Hilfsmittel). Es gibt aber auch eine Reihe von Leistungen, deren therapeutischer Nutzen zweifelhaft ist, die eher der Sphäre des privaten Konsums zuzurechnen sind oder die vom Preis her als Bagatell-Leistungen einzustufen sind. Heil- und Hilfsmittel, die unter diese Kriterien fallen, sollen nicht mehr Leistungen der Krankenkassen sein. Dies gilt zum Beispiel für:

- **Einzelne Heilmittel (z.B. bestimmte Bäder)**, die eher bei Befindlichkeitsstörungen angewendet werden bzw. durch sportliche Betätigung ersetzt werden können.
- **Orthopädische Schuheinlagen** (Ausnahme: Kinder), die für jedermann erschwinglich sind und nicht solidarisch finanziert werden müssen.
- **Bandagen** an Armen und Beinen (vor allem Gelenkbandagen) werden oft bei der Sportausübung verwendet und sind deshalb eher dem privaten Konsum zuzurechnen.
- **Inhalationsgeräte** (Aerosol- und Ultraschallgeräte/Warm- und Dampfinhalatoren) können oft durch gängige Hausmittel — wie Kamilledampfbäder — ohne Nachteil ersetzt werden.
- **Bagatellmittel** (z.B. Augenklappe oder Ohrenbinde) sind vom Preis her für jedermann erschwinglich und liegen heute bereits oft unter der Zuzahlung von vier DM (Heilmittel) und zwei DM (Verbandmittel).
- **Zubehör für Hörgeräte und Kontaktlinsen** (Batterien, Pflegemittel) sind ebenfalls eher dem privaten Bedarf zuzuordnen.

Festbeträge

Festbeträge im Heil- und Hilfsmittelbereich sind ein geeignetes Instrument, um eine medizinisch notwendige und ausreichende Versorgung wirtschaftlich sicherzustellen. Die Versicherten werden auf diese Weise selbst unmittelbar zum Nachfrager. Sie können z.B. unter alternativen Angeboten der Hersteller das preisgünstigste, aber medizinisch ausreichende auswählen, da sie sonst die Differenz zwischen Festbetrag und dem Preis der jeweiligen Leistung selber zu tragen hätten. Die Leistungserbringer werden veranlaßt, überhöhte Preise zu senken, da sie sonst Marktanteile verlieren.

Festbeträge bei **Hörgeräten** und **Brillen** sollen so angesetzt werden, daß Leistungserbringer und Patienten Anreize erhalten, Produkte und Dienstleistungen preisgünstiger anzubieten bzw. nachzufragen.

- **Kontaktlinsen** sollen zukünftig nur noch in Höhe der Aufwendungen für Brillen bezuschußt werden. Damit soll der stark steigende Trend zu Kontaktlinsen auf Kosten der Solidargemeinschaft gebremst werden.
- Die Festbeträge für die **übrigen Heil- und Hilfsmittel** sollen grundsätzlich so festgelegt werden, daß der Patient das preisgünstigste, medizinisch notwendige und ausreichende Mittel ohne Zuzahlung erhält. Nur unnötige Ausgaben müssen von ihm selbst getragen werden. Damit wird mehr Wettbewerb um Qualität und Preise entstehen.

9. Weitere Schritte beim Krankenhaus

Das Krankenhaus ist mit rund einem Drittel aller Ausgaben der größte Ausgabenblock der gesetzlichen Krankenversicherung, und seine Kostenentwicklung verfehlt seit Jahren das gemeinsame Ziel der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen, nach dem sich die Ausgabenentwicklung in den Grenzen der Grundlohnsummenentwicklung halten soll.

Zwischen 1970 und 1986 stiegen die Ausgaben der GKV für Krankenhausbehandlung von 6,0 auf 37,5 Milliarden DM. Das entsprach einer durchschnittlichen jährlichen Steigerung von 10,9 Prozent, während die Grundlöhne nur um durchschnittlich 6,9 Prozent stiegen.

Das 1984/85 geschaffene neue Krankenhausfinanzierungsgesetz und die darauf beruhende neue Bundespflegesatzverordnung haben ihre Bewährung noch nicht bestanden.

Die neuen Möglichkeiten differenzierter Pflegesatzverhandlungen wurden von den Vertragspartnern der Selbstverwaltung noch nicht ausgeschöpft.

Im Jahre 1988 wird die Bundesregierung einen Erfahrungsbericht über die Neuregelung des Pflegesatzrechts im Rahmen der Krankenhausfinanzierung vorlegen. Erst dann kann entschieden werden, ob eine gesetzliche Neufassung notwendig und sinnvoll ist. Mit der Strukturreform im Gesundheitswesen sollen jedoch schon drei weitere Schritte im Krankenhausbereich getan werden:

1. Die Krankenkassen sollen ein Kündigungsrecht erhalten, um unwirtschaftliche und nicht mehr bedarfsgerechte Krankenhäuser oder Krankenhausabteilungen von der Versorgung der Versicherten auszuschließen. Bei einem Veto der Länder gegen solche Kündigungen tragen sie die öffentliche Beweislast, wenn sie den Abbau überflüssiger und unwirtschaftlicher Betten verhindern wollen.

2. Es bedarf einer gesetzlichen Regelung im Bereich der Kur- und Spezialeinrichtungen nach § 184 a Reichsversicherungsordnung. Dabei geht es um die seit einigen Jahren zu beobachtenden Veränderungen von der Rehabilitationsmedizin zur Akutmedizin und damit zu einer gewissermaßen heimlichen Erweiterung des Bettenbestandes im Akutbereich. Diese Entwicklung unterläuft die Krankenhausplanung und vergrößert den Bettenberg. Ihm muß der Gesetzgeber entgegenreten, weil sonst alle Bemühungen einer Beschränkung der Bettenzahl erfolglos blieben.

3. Ambulante und stationäre Versorgung werden enger verzahnt mit dem Ziel, durch eine bessere Abstimmung der Maßnahmen in den beiden bisher zu starr getrennten Bereichen eine optimale medizinische Versorgung der Patienten zu erreichen und gleichzeitig vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen. Im einzelnen wird

- die gesetzliche Möglichkeit eröffnet, Patienten in Krankenhäusern zeitlich begrenzt vorstationär zu diagnostizieren und nachstationär zu behandeln. Für den Patienten können dadurch unnötige Krankenhausaufenthalte vermieden werden,
- die Abstimmung zwischen Krankenhäusern, Krankenkassen, Kassenärzten und den zuständigen Landesbehörden bei Anschaffung, Nutzung und Standortbestimmung medizinisch-technischer Großgeräte für die ambulante und stationäre Versorgung verbindlicher ausgestaltet, um einen bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Einsatz der teuren medizinischen Großtechnik sicherzustellen,
- die gegenseitige Informationspflicht und Zusammenarbeit zwischen den Ärzten im ambulanten und im niedergelassenen Bereich intensiviert, um die Einweisung der Patienten in geeignete Krankenhäuser und eine durchgängige Behandlung der Patienten beim Übergang vom ambulanten in den stationären Bereich und umgekehrt zu gewährleisten.

10. Ausufernde Transportkosten stoppen

Schon nach geltendem Recht hat die Krankenkasse nur die Transportkosten zu übernehmen, die aus medizinischer Sicht erforderlich sind und soweit sie fünf DM je einfache Fahrt übersteigen. Trotzdem gibt die GKV jährlich 1,56 Milliarden DM für Fahrkosten aus, davon allein 521 Millionen DM für Taxen.

Die Kassenärzte sind zwar verpflichtet, bei der Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransport- und Rettungsdienstleistungen sorgfältig zu prüfen, ob ein Transport auf Kosten der Krankenkasse erforderlich ist. Der zunehmende Konkurrenzdruck der Ärzte untereinander läßt aber leider manchen Arzt großzügiger sein — und die Krankenhausärzte unterliegen meist keiner Kontrolle.

Es ist den Versicherten in aller Regel zuzumuten, die Fahrkosten zum Arzt selbst zu tragen, zumal dies häufig mit persönlichen Besorgungen und Einkäufen verbunden wird. Deshalb sollen Fahrkosten im Rahmen einer ambulanten Behandlung nur noch in Ausnahmefällen (z.B. bei Gehbehinderung und wenn der Versicherte nur über sehr geringes Einkommen verfügt) übernommen werden.

Bei stationärer Behandlung liegt die Situation etwas anders, zumal die Transportkosten hier häufig höher sind. Aber auch hier ist dem Versicherten eine gewisse Eigenbeteiligung zuzumuten.

Wer ins Krankenhaus, in eine Kurklinik oder ein Sanatorium muß, erhält die Fahrkosten in der Höhe der Kosten erstattet, die bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel entstanden wären. Hierbei hat der Versicherte bei einer Fahrt

in ein Krankenhaus 20 DM, bei Behandlung in einer Kurklinik oder einem Sanatorium 50 DM selbst zu tragen.

Die Kosten für den Transport mit einem Rettungsfahrzeug werden voll übernommen, wenn der Transport aus medizinischen Gründen zwingend erforderlich war.

In Härtefällen (z.B. bei Dauerbehandlungen und bei sehr niedrigem Einkommen des Versicherten) soll die Krankenkasse die Fahrkosten ganz übernehmen.

11. Sterbegeld schrittweise der persönlichen Vorsorge überlassen

Nach geltendem Recht zahlt die Krankenkasse beim Tod des Versicherten und seiner Angehörigen Sterbegeld, das von der Höhe des Verdienstes bzw. der Rente abhängig ist. Es kann von der Krankenkasse im Satzungsweg bis auf das Doppelte erhöht werden. Davon haben die meisten Krankenkassen Gebrauch gemacht. 1986 hat die GKV für Sterbegeld rd. 2,1 Milliarden DM ausgegeben, davon an erhöhtem Sterbegeld allein für Rentner rd. 750 Millionen DM.

Aufgabe einer „Kranken“-Versicherung ist es eigentlich nicht, durch den Tod verursachte Kosten zu tragen. Wenn dennoch diese Leistung bislang in die GKV einbezogen war, so ist das im Hinblick auf die finanzielle Situation der Arbeiter und ihrer Familien zur Zeit der Gründung der GKV (1883) zu sehen und verständlich. Eine Absicherung durch private Versicherungsunternehmen hätte den Arbeitern damals nicht zugemutet werden können, zumal die „Beiträge“ nach dem Risiko und für jeden Familienangehörigen hätten gezahlt werden müssen.

Seit Gründung der GKV hat sich die finanzielle Lage der Arbeitnehmer ganz erheblich verbessert. Sie rechtfertigt heute nicht mehr eine Absicherung der Bestattungskosten durch das System der solidarischen Krankenversicherung. Das Sterbegeld soll deshalb aus dem Leistungskatalog der GKV herausgenommen werden. Es gehört heute zum Verantwortungsbereich des einzelnen, durch Sparen oder eine private Versicherung entsprechend Vorsorge zu treffen.

Damit sich die Versicherten auf die neue Situation einstellen können, wird eine großzügige Übergangsregelung geschaffen. Danach gibt es das einfache Sterbegeld als Regelleistung noch für alle Versicherten, die bei Inkrafttreten des Gesetzes bereits 60 Jahre alt waren. Für die jüngeren Versicherten ist eine eigenverantwortliche Absicherung über eine private Sterbegeldversicherung möglich und zumutbar.

12. Verbesserung der Leistungs- und Kostentransparenz

Die Unübersichtlichkeit von jährlich rund einer Milliarde Abrechnungsbelegen und die Anonymität des Abrechnungsverfahrens kennzeichnen derzeit die fehlende Transparenz des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies verhindert ein kostenbewußtes Verhalten bei Leistungserbringern und Leistungsempfängern und bietet keinerlei Schutz vor Berechnungsmanipulationen oder Mißbrauch durch Leistungserbringer bzw. Versicherte.

Die Krankenkassen sind Empfänger aller Leistungsabrechnungen; nur hier kann also über die Sammlung und Auswertung der Informationen der Weg zu mehr Effizienz und Effektivität des Leistungsgeschehens und damit auch zur Kostendämpfung ansetzen.

In der Strukturreform sollen die Regelungen getroffen werden, die erforderlich sind, den Krankenkassen unter Verwendung rationeller Verfahren der Informationsweitergabe und -erfassung einen qualifizierten Einblick in das Leistungsgeschehen zu ermöglichen. Durch versicherten- bzw. fall- und arztbezogene Auswertungen kann dann gezielter und damit auch wirkungsvoller Einfluß auf die Wirtschaftlichkeit des Leistungsgeschehens ausgeübt werden. Hierbei wird durch datenschutzrechtliche Regelungen selbstverständlich sichergestellt, daß mit den Daten kein Mißbrauch getrieben wird.

Voraussetzung dafür ist die Führung von Versichertenverzeichnissen und Leistungskonten sowie die Verwendung maschinell erfaßbarer Kennzeichen für Versicherte, Leistungserbringer und Leistungen. Hierfür sollen die gesetzlichen Regelungen bestimmte Vorgaben enthalten, die dann durch die jeweils beteiligten Spitzenorganisationen der Kassen und der Leistungserbringer bundeseinheitlich im Vertragsweg umzusetzen sind. Sollten keine befriedigenden Vereinbarungen zustande kommen, ist der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung ermächtigt, durch Rechtsverordnung entsprechende Regelungen zu treffen.

13. Anreize für die Versicherten: Beitragsrückgewähr

Im bisherigen System der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es kaum Anreize für den Versicherten, verantwortlich und rücksichtsvoll bei der Beanspruchung von Leistungen der Solidargemeinschaft zu sein. Es hat für ihn so gut wie keine Konsequenzen, ob er wegen jeder Kleinigkeit zum Arzt läuft oder diese Entscheidung verantwortlich gegenüber der Solidargemeinschaft trifft.

Deshalb soll das Instrument einer Beitragsrückgewähr Anreize zur Sparsamkeit bei den Versicherten schaffen. Gedacht ist an eine Rückgewähr an die Versicherten bis zur Höhe eines Monatsbeitrages pro Jahr, wenn keine oder nur geringe Leistungen der Krankenversicherung in Anspruch genommen wurden. Ein durchschnittlicher Monatsbeitrag beträgt in diesem Jahr für einen aktiv Versicherten 336 Mark, für einen Rentner 154 Mark.

Damit ein solches Bonus-System nicht zu gesundheitlich bedenklichen Folgen führt oder Familien mit Kindern benachteiligt, sollen:

- Vorsorgemaßnahmen nicht berücksichtigt werden,
- Leistungen der Mutterschaftshilfe und an Kinder den Bonus nicht beeinträchtigen,
- nicht schon ein einziger Arztbesuch im Jahr die ganze Beitragsrückgewähr verhindern, sondern nur entsprechend mindern.

Die finanziellen Folgen eines solchen Systems sind schwer vorauszuschätzen. Einerseits müßten die Krankenkassen die Mittel für die Beitragsrückgewähr zunächst einmal in ihren Haushalten einstellen. Andererseits sind durch ein verändertes Verhalten der Versicherten längerfristig erhebliche Einsparungen zu erwarten. Deshalb wird die Beitragsrückgewähr nicht sofort mit der Reform flächendeckend für alle eingeführt, sondern zunächst in großen Modellversuchen erprobt.

14. Finanzielle Auswirkungen

Zur Strukturreform im Gesundheitswesen sollen nach der Koalitionsvereinbarung alle Beteiligten ihren Beitrag leisten. Dies muß auch bei den finanziellen Auswirkungen beachtet werden.

Die Mehrzahl der vorgesehenen Maßnahmen bei Einnahmen und Ausgaben der Krankenkassen lassen sich nicht einfach den Versicherten oder den Leistungserbringern zurechnen, sondern Be- und Entlastung verteilen sich auf beide. Im einzelnen ergeben sich folgende Wirkungen:

- Wo die geplanten Festbeträge das medizinisch Erforderliche abdecken, gibt es keine zwingende Belastung der Versicherten; die Einsparungen gehen deshalb voll zu Lasten der Leistungserbringer.
- Durch die Festzuschüsse beim Zahnersatz, die nur einen Teil der Kosten abdecken, werden die Belastungen verteilt, da das finanzielle Eigeninteresse der Versicherten zu preisgünstigeren Leistungen führen wird.
- Wo Leistungen ganz aus dem Katalog der Solidarversicherung genommen werden, liegt die finanzielle Last bei unverändertem Anspruchsverhalten allein bei den Versicherten. Da sie mit ihrem eigenen Geld jedoch sorgfältiger umgehen werden als mit dem der Krankenkasse, wird es auch hier zu Einschnitten bei den Leistungserbringern kommen.

- Von den zu erwartenden Belastungen der Versicherten müssen die angestrebte Beitragssenkung und der Wegfall der Zuzahlungen bei Arzneimitteln (schrittweise), bei Heilmitteln und Brillen in Abzug gebracht werden. (Bisher Zuzahlung bei Arzneimitteln zwei DM — übergangsweise künftig drei DM; bisher bei Heilmitteln und Brillen vier DM.)
- Neue Leistungen der Krankenversicherung (häusliche Pflege, Vorsorge) kommen sowohl den Versicherten wie einzelnen Gruppen von Leistungserbringern und Gesundheitsberufen zugute.

I. Entlastungen

Das angestrebte Einsparvolumen von rd. 14,5 Milliarden DM wird mehr als zur Hälfte an die Beitragszahler zurückgegeben:

1. Versicherte

a) Beitragssenkungen	ca. 3.500 Mio. DM
b) Beseitigung von Zuzahlungen	
— Arzneimittel	300 Mio. DM
(soweit schon 1989 auf Festbeträge umgestellt wird)	190 Mio. DM
— Heilmittel und Brillen	ca. 3.990 Mio. DM

2. Arbeitgeber

Beitragssenkungen	ca. 3.500 Mio. DM
Gesamtvolumen der Entlastungen	ca. 7.490 Mio. DM
Ein Beitragspunkt entspricht einer Entlastung von ca. acht Milliarden DM, die je zur Hälfte Arbeitnehmern und Arbeitgebern zugute kommen.	

II. Neue Leistungen kommen Versicherten und Leistungserbringern zugute:

1. Zahnärztliche Gruppenprophylaxe	200 Mio. DM
2. Gesundheitsuntersuchungen	200 Mio. DM
3. Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung	325 Mio. DM
4. Bessere Förderung der häuslichen Pflege	6.470 Mio. DM
5. Bonus bei Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgemaßnahmen	nicht quantifizierbar
6. Beitragsrückzahlung bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen	nicht quantifizierbar
	ca. 7.195 Mio. DM
Gesamtsumme Entlastungen und neue Leistungen	14.685 Mio. DM
Die Einsparungen bei den Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung	

gehen überwiegend zu Lasten sowohl der Versicherten wie der Leistungserbringer. Eine exakte Zuordnung im Einzelfall läßt sich seriöserweise nicht berechnen.

III. Geschätzte Einsparungen einzelner Maßnahmen

1. Wegfall des Sterbegeldes mit Übergangsregelung später weitere 900 Mio. DM	1.100 Mio. DM
2. Zuzahlungen zum Zahnersatz (Höhe 50 v.H. der Kosten)	2.600 Mio. DM
3. Kieferorthopädie	
— Einschränkungen nach zahnmedizinischen Gesichtspunkten	200 Mio. DM
— Selbstbehalt bei Abbruch der Behandlung	70 Mio. DM
4. Festbeträge Brillen	700 Mio. DM
5. Kontaktlinsen (Begrenzung auf Aufwand für Brillen)	75 Mio. DM
6. Festbeträge Heilmittel	150 Mio. DM
7. Festbeträge Hilfsmittel	110 Mio. DM
8. Festbeträge Hörgeräte	170 Mio. DM
9. Halbierung der Zuschüsse zu den Kosten für Unterbringung und Verpflegung bei offenen Badekuren	200 Mio. DM
10. Ausschluß unwirtschaftlicher Arzneimittel	300 Mio. DM
11. Ausschluß medizinisch nicht notwendiger Heilmittel	25 Mio. DM
12. Ausschluß von Bagatellhilfsmitteln	190 Mio. DM
13. Einschränkungen bei den Fahrtkosten	800 Mio. DM
14. Einschränkung der Kostenübernahme von medizinischen Behandlungen im Ausland	150 Mio. DM
15. Festbeträge bei Arzneimitteln (Einstieg 1989 bei wirkstoffgleichen Arzneimitteln)	800 Mio. DM
16. Übergangsweise Erhöhung der Zuzahlung von zwei auf drei DM bei Arzneimitteln	400 Mio. DM
17. Umstellung bei den Apothekenpreisen auf Festzuschläge	400 Mio. DM
18. Veränderung der Kassenrabatte bei den Apotheken	200 Mio. DM
19. Solidarbeitrag der Arzneimittelhersteller	1.700 Mio. DM
20. Struktureffekte:	
a) Die Kumulation der dynamischen Wirkungen der Maßnahmen ergibt weitere Einspareffekte in den Bereichen der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung, der Arzneimittelversorgung, der Heil- und Hilfsmittelversorgung.	
Geschätzter Einspareffekt: ca. 3,5% der entsprechenden Leistungsausgaben (ca. 58 Mrd. DM)	2.000 Mio. DM

- b) Krankenhäuser: Auswirkungen der beschlossenen Maßnahmen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit, zur Verweildauerverkürzung, zum Bettenabbau und Abbau der Fehlbelegung
Einspareffekt ca. vier Prozent ca. 1.500 Mio. DM

IV. Mehreinnahmen/Minderausgaben

1. Krankenversicherung der Rentner
Anpassung des Beitragssatzes an die Höhe des durchschnittlichen Beitragssatzes der GKV nicht quantifizierbar, weil Beitragssatzunterschiede im Zeitpunkt des Inkrafttretens noch nicht bekannt.
2. Auslaufen der Finanzierung der theoretischen Ausbildung in Krankenhäusern zum 31. 12. 1988 200 Mio. DM
3. Übernahme der Kosten für Arbeitsunfälle durch die Unfallversicherung 20 Mio. DM
- Gesamtsumme
- Einsparungen/Mehreinnahmen/Minderausgaben rd. 14.000 Mio. DM

Solidarische Erneuerung unserer Krankenversicherung

Rede von Bundesarbeitsminister Norbert Blüm, MdB, vor dem Deutschen Bundestag am 4. Dezember 1987

Wir haben es geschafft: Die Weichen für eine solidarische Erneuerung unserer Krankenversicherung sind gestellt. Die Koalitionsparteien haben sich gestern auf Grundsentscheidungen geeinigt; der Gesetzentwurf folgt.

Wir sind entscheidungsfähig, wir klammern nicht aus, wir packen an. Unser Gesundheitssystem gehört zu den besten der Welt: medizinische Spitzenleistungen, freie Arztwahl, dichte Versorgung. Dabei soll es bleiben. Aber unsere gute alte Krankenversicherung kann nur erhalten werden, wenn sie reformiert wird. Wer nicht reformiert, der ruiniert; ohne Reform folgt der Ruin. Ohne Reform fressen die Beitragssteigerungen die Löhne auf. 1960 gab die Krankenversicherung neun Milliarden DM aus. Zehn Jahre später waren es 24 Milliarden DM, noch einmal zehn Jahre später 86 Milliarden DM. Heute sind es 125 Milliarden DM.

Während die Löhne in der gleichen Zeit um das Fünffache stiegen, stiegen die Ausgaben der Krankenversicherung um das Vierzehnfache. Die Beiträge überholen die Löhne. Wenn wir nicht stoppten, würden die Beitragssteigerungen zu irgendeinem Zeitpunkt den Lohn völlig aufgezehrt haben. So hat eine Krankenversicherung, die AOK im Papenburg, schon jetzt einen Beitragssatz von 16 Prozent. Wir mußten handeln.

Wir sparen mit großer Anstrengung rund 14 Milliarden DM. Das ist etwas weniger, als die Beitragszahler seit 1984 mehr zahlen müssen. Das macht die ganze Geschwindigkeit der Kostenentwicklung deutlich. Wer jetzt nicht die Bremse zieht, wird von einer Kostenlawine überrollt werden. Wer jetzt nicht die Bremse zieht, der wird demnächst nicht 14 Milliarden DM sparen müssen, sondern 30 Milliarden DM.

Wir sparen nicht nur, wir gestalten auch: 14 Milliarden DM Entlastung verschaffen wir uns. Die Hälfte soll den Beitragszahlern zugute kommen, mit der anderen Hälfte wollen wir den Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen helfen. Wir geben auch mehr Geld für die Vorsorge aus.

Was zuviel ist, wird zurückgenommen, um das, was zuwenig ist, zu verstärken. Unsere Krankenversicherung hat Überversorgung. Wir bauen die Überversorgung ab, um Unterversorgung beseitigen zu können.

Unsere Krankenversicherung hat auch Verschwendung. Jeder kennt die Pillen, Tropfen und Salben, die pfundweise in der Hausapotheke stehen und zentnerweise im Mülleimer landen. Verschwendung!

Unsere Krankenversicherung kennt Überversorgung. Wir haben sicherlich noch immer zu viele Krankenhausbetten und zu wenig Pflegebetten. Eine Ärzteschwemme droht auf das gesetzliche Krankenversicherungssystem zuzukommen.

Die solidarische Krankenversicherung muß weder Luxus noch Bagatelle über den Krankenschein bezahlen. Wir brauchen die Rückbesinnung auf die alten Prinzipien: Solidarität und Eigenverantwortung. Wir brauchen diese Konzentration, um das Wichtige zu tun, nämlich den Kranken helfen zu können.

Solidarität: Wer krank ist, dem muß geholfen werden. Dieser Grundsatz steht nicht zur Disposition. Heilung mit dem höchsten Standard des medizinischen Fortschritts: Niemand muß Angst haben, daß ihm nicht geholfen wird, weil er kein Geld hat; er bekommt die beste Medizin. Aber wenn beispielsweise die Arzneimittelhersteller ein Medikament für 90 DM und ein gleich gutes für 30 DM anbieten, frage ich Sie: Warum soll die Krankenversicherung das Präparat für 90 DM bezahlen? Wenn die Arzneimittel gleich gut sind, bezahlen wir künftig das preisgünstigere. Warum sollten wir das teuerste bezahlen? Wenn ein Hörgerät für 800 DM notwendig und ausreichend ist, warum sollten wir ein teureres bezahlen?

Wenn wir alles bezahlen, entsteht überhaupt kein Preisdruck. Wenn alles bezahlt wird, was angeboten wird, dann ist die Krankenversicherung in Gefahr, ausgebeutet zu werden. Auch für die Brille zahlen wir das Notwendige und Erforderliche. Wir bezahlen das Notwendige und nicht jede Brillengestellspielerei. Wir bezahlen bei der Brille für Gestell und Gläser, allerdings auch hier beschränkt auf das Notwendige. — Mit „wir“, Herr Vogel, meine ich uns alle — ich habe Sie vielleicht etwas voreilig mit eingeschlossen — in der gesetzlichen Krankenversicherung. „Wir“ ist die Solidargemeinschaft, in die Sie ausdrücklich eingeschlossen sind.

Mit Festbeträgen — ich wiederhole es — bezahlt unsere Krankenversicherung das Notwendige, auch wenn es noch so teuer ist. Wenn ein Rollstuhl für 20.000 DM gebraucht wird, wird er bezahlt. Aber es muß Schluß sein mit der bequemen Mitnahme und mit einer Krankenversicherung, von der man jeden Preis verlangen kann. Die solidarische Krankenversicherung ist für niemanden, auch nicht für die Anbieter, eine unendliche Melkmaschine. Das Erforderliche wird bezahlt, nicht jeder Preis und nicht jede Geschmacksvariante.

Dieser Festbetrag, meine Damen und Herren, kombiniert, wie ich meine, auf originelle Weise Solidarität, Wettbewerbsdruck und Einfachheit. Solidarität: Der Festbetrag bezahlt, was gebraucht wird. Wettbewerbsdruck: Er bringt die Anbieter in die heilsame Drucksituation, mehr Angebote in der Nähe des Festbetrages anzusiedeln und sich nicht wechselseitig mit Höchstpreisen zu überbieten. Er ist sozusagen der institutionalisierte Preisdruck, der nicht unterlaufen werden kann. Ich füge hinzu: Er ist auch einfacher und gerechter als jede prozentuale Selbstbeteiligung, die bekanntlich mit Härteklauseln arbeiten

muß, deren Verlauf immer umkämpft ist. Außerdem hören bei der prozentualen Selbstbeteiligung die Steuerungsmöglichkeiten an der Höchstgrenze der Selbstbeteiligung auf. Man wird keine unendliche Selbstbeteiligung, wenn man sie wollte, einführen, man wird Höchstgrenzen haben. Oberhalb der Höchstgrenze ist jede Steuerung verloren.

Wir werden auch — das will ich nicht umgehen — auf bisherige Pflichtleistungen verzichten müssen, an die wir uns gewöhnt haben. Ich will das Wichtigste nennen: das Sterbegeld. Allerdings: Für die, die älter als 60 Jahre sind, bleibt es bei der gesetzlichen Höhe. Ich gestehe zu, daß uns das nicht leichtgefallen ist. Aber wir brauchen auch dieses Geld — es bringt zunächst eine Milliarde DM — für die Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen. Wir nehmen das Geld, um jenen — auch älteren — Mitbürgern zu helfen, die rund um die Uhr gepflegt werden müssen, um sie nicht allein zu lassen. Die Hilfe für diese Menschen wollen wir unterstützen, damit sie nicht ins Heim gehen müssen, sondern zu Hause bleiben können, solange es geht.

Wir müssen eine Grenze zwischen dem medizinisch Notwendigen und dem allgemeinen Gesundheitskonsum ziehen, der zwar auch sehr vernünftig sein kann, der aber jedem selbst überlassen ist. Die Pflichtgemeinschaft Krankenversicherung, die Pflichtsolidarität kann nicht für alles zuständig sein, was gesundheitspolitisch erwünscht ist. Sie muß das medizinisch Notwendige zahlen, dem Kranken helfen. Wenn wir uns nicht darauf beschränken, wenn die Solidarität für jede Leistung in Anspruch genommen wird, degeneriert sie zur Ausbeutung der Bescheidenen und zur Umverteilung von den einfachen — ich nenne sie mit Respekt: biederer — Mitbürgern zu den cleveren. Wir wollen weder die Ausbeutung der Bescheidenen noch eine Umverteilung zugunsten der Cleveren.

Wir suchen eine neue Balance zwischen Solidarität und Eigenverantwortung; sie gehören zusammen. Ohne Eigenverantwortung wird Solidarität anonym, und ohne Solidarität wird Eigenverantwortung egoistisch. Deshalb das große Prinzip Eigenverantwortung. Es erhält eine neue Chance: Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit. Sie ist nicht einfach lieferbar, sie ist nicht von außen steuerbar. Auch ein Teil Selbstverantwortung gehört in eine humane Gesundheitspolitik.

Wir wollen regelmäßige Gesundheitsuntersuchungen für Versicherte über 35 Jahre finanzieren, insbesondere Untersuchungen bei Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen alle zwei Jahre ermöglichen.

Zahnärztliche Vorsorge: Wir sind in Sachen Zahnprophylaxe ein unterentwickeltes Land. Wir wollen sie ausbauen und auch an ein finanzielles Interesse binden, so daß der, der sie in Anspruch nimmt, später beim Zahnersatz auch einen höheren Zuschuß von seiner Krankenkasse erhält. Insofern binden wir Eigenverantwortung auch an das Solidarprinzip, an die solidarische Unterstützung. Wer mehr Eigenverantwortung in Sachen Zahnprophylaxe auf

sich genommen hat, erhält auch höhere Unterstützung durch die Solidarkassen. Insofern verknüpfen wir Solidarität und Eigenverantwortung.

Und wir versuchen — ganz vorsichtig — in Neuland vorzudringen, in Modellversuchen Erfahrungen mit der Beitragsrückgewähr zu sammeln. Wir wollen keine Sozialpolitik vom Reißbrett her, sondern eine Sozialpolitik, die sich auf Erfahrungen stützt. Beitragsrückgewähr für denjenigen, der seine Krankenversicherung nicht in Anspruch genommen hat, bis zu einem Monatsbeitrag. Ich denke, eine solche Beitragsrückgewähr ist besser als eine Selbstbeteiligung, die den Gang zum Arzt absperrt. Im akuten Notfall spielt Geld keine Rolle: Du gehst zum Arzt, aber du mußt dir schon überlegen, ob du das Solidarsystem wegen jeder Bagatelle in Anspruch nimmst. Du mußt dir auch überlegen — und der Arzt mit —, ob jede Maschine, die im Medizinbetrieb steht, laufen und ob die dritte Röntgenaufnahme auf die zweite folgen soll. Du mußt dir das überlegen, weil du sonst eine Beitragsrückgewähr nicht mehr empfangen kannst. Ich war und bin viel eher Anhänger eines Belohnungssystems als eines Bestrafungssystems. Belohnung entspricht unserem Menschenbild mehr.

Wir wollen in bezug auf das Krankenhaus den Bericht abwarten, der über die Erfahrungen mit dem neuen Krankenhausfinanzierungsgesetz dem Deutschen Bundestag 1988 vorgelegt wird. Was die Inanspruchnahme der neuen, fortschrittlichen, modernen Entgeltformen durch die Partner angeht: Wenn sie die links liegengelassen haben — das werden wir prüfen —, dann muß der Gesetzgeber mit neuen Pflegesätzen die Lücke schließen. Wenn sie trotz großen Angebots auf den alten Trampelpfaden weitermarschieren, dann muß der Gesetzgeber das, was besser die Selbstverwaltung gemacht hätte, selber übernehmen.

Wir wollen den Kassen ein Kündigungsrecht gegenüber Krankenhäusern geben, die über dem Bedarf liegen. Allerdings wird die Kündigung nur mit Zustimmung der Länder wirksam.

Wir wollen die Tür versperren, daß Privatkliniken, private Reha-Stationen sich zusagen am Krankenhausplan vorbeimogeln, um Bettenabbau, der im gesetzlichen System erzwungen wird, durch die Hintertür zu kompensieren.

In den Fällen, in denen Zuzahlung gefordert wird, beispielsweise beim Zahnersatz, gilt die Härteklausel. Versicherte mit entsprechend niedrigem Einkommen werden von Zuzahlungen völlig befreit.

Wir haben uns auf ein Modell verständigt, das mit Verzicht auf das arbeitet, was verzichtbar erscheint, und mit Festbeträgen, die das Notwendige finanzieren. Ich glaube, damit ist der Solidarität Genüge getan. Wir wollen Solidarität an Eigenverantwortung knüpfen.

Auch mit der Renovation der Kassenorganisation beginnen wir. Wir schneiden den alten Zopf ab, daß Arbeiter unbedingt pflichtversichert sein müssen. Wir

werden sie wie Angestellte behandeln, die nur bis zu einer bestimmten Einkommensgrenze pflichtversichert sind.

Wir schaffen Finanzausgleich innerhalb einer Kassenart auf Landesebene und freiwillig auch übergreifend. Das ist der erste — ich betone: der erste — Schritt zu einer Rationalisierung der Kassenorganisation.

Alle werden in dieser Reform gefordert, alle Beteiligten, auch die Anbieter. Wir erwarten einen Solidarbeitrag der Pharmaindustrie. Ohne diesen Solidarbeitrag ist diese Krankenversicherungsreform nicht zu machen. Wir wollen mit den Arzneimittelherstellern über die Wege reden. Aber ich bin ganz sicher, daß das Gesetz die dritte Lesung dieses Bundestages nicht ohne einen solchen Solidarbeitrag — um das ausdrücklich zu sagen — der Pharmaindustrie erreichen wird.

Ich meine, daß dieses Gesetz ein neues Kapitel nicht nur in der Renovation unserer guten Krankenversicherung aufschlägt, sondern daß es auch Neuland betritt, indem es die häusliche Pflege unterstützt, ein Feld weißer Flecken auf unserer Landkarte. Wir wollen denen helfen, die Schwerstpflegebedürftige rund um die Uhr pflegen. Wir wollen sie unterstützen. Wir wollen ihnen auch die Möglichkeit geben, vier Wochen im Jahr — ich sage es in meiner Sprache — Luft zu holen, Urlaub zu machen und währenddessen eine Ersatzperson zu haben.

Ich gebe zu, das ist keine spektakuläre ideologische Sozialpolitik. Es ist eine Sozialpolitik am Herzen des Volkes, orientiert an den praktischen Notwendigkeiten.

Es wird — jetzt wende ich mich ganz besonders an meine Kolleginnen und Kollegen der Koalitionsfraktionen — eine Kraft- und Mutprobe für uns werden. Es wird der Test der Gemeinwohlfähigkeit unserer Gesellschaft. Es wird der Test, ob Gemeinwohl möglich ist oder wir in Gruppenegoismus versinken.

Insofern geht es um mehr als Krankenversicherungsreform. Es wird von uns der Beweis gefordert, ob Politik zur Umstellung und zur Reform, die dieses Wort verdient, fähig ist oder ob sie nur Varianten korrigiert und weiterwurstelt.

Deshalb: *Zieht euch warm an. Es wird uns ein kalter Wind entgegenwehen. Ich sage entschlossen: Wir werden uns auch von Lobbyisten nicht umstoßen lassen.*