

Norbert Blüm:

Solidarität und Eigenverantwortung

Die Reform des Gesundheitswesens

Das ist in 40 Jahren der dritte Anlauf zur Gesundheitsreform und der erste, der ans Ziel kommt. Deshalb bin ich stolz auf alle — CDU/CSU und FDP —, die dem Sturmlauf der Lobbyisten, dem Dauerbeschuß, den Verdrehungen, Unwahrheiten und Geschmacklosigkeiten stand- und durchgehalten haben.

Das Reformgesetz zeigt seine ersten Wirkungen schon, bevor es verabschiedet ist. Trotz der Kampagne „kurz vor Torschluß alles abzuholen, auszunutzen und mitzunehmen, was immer geht“: **Der durchschnittliche Beitragssatz steigt nicht mehr — zum ersten Mal seit vier Jahren!**

Während die Beiträge in den letzten Jahren in schöner Regelmäßigkeit Jahr für Jahr nach oben kletterten und den Versicherten in ebenso schöner Regelmäßigkeit jährlich über drei Mrd. DM mehr aus der Tasche geholt wurde, erhöht sich diesmal nach aller Voraussicht der durchschnittliche Beitrag nicht.

Das übertrifft selbst unsere Erwartungen. Das ist das Ende des Abkassierens bei den Versicherten. Wir demontieren das etablierte Abkassiermodell. Die Krankenkassen haben die im kommenden Jahr zu erwartenden Entlastungen fest einkalkuliert und deshalb von Beitragsanhebungen abgesehen.

Eine der Folgen ist, daß der Krankenversicherungsbeitrag der Rentner weniger steigt als wir in den ersten Planungen für die Rentenerhöhung 1989 unterstellt haben. Die Rentenanpassung wird höher sein. **Die Rentner sind also mit die ersten, die von der Krankenversicherungsreform profitieren.**

Die Beitragszahler werden nicht mehr abkassiert.

Die Lobbyisten tobten, die SPD klebt Plakate und verteilt Flugblätter mit Halb- und Unwahrheiten, und wir setzen das Vernünftige durch.

Geschrei rechts, Geschrei links, wir handeln.

Während die SPD noch das Scheitern der Reform voraussagt, ist ein Erfolg schon da.

Die SPD hat wieder einmal ihre Wunschvorstellungen, daß die Reform scheitern möge, mit der Wirklichkeit verwechselt.

Die Beiträge steigen nicht, und ab 1. Januar erhalten die Schwerpflegebedürftigen zum ersten Mal eine handfeste Hilfe von der Krankenversicherung.

Die Notwendigkeit der Reform

Hilfe für die Hilfesbedürftigen und Entlastung für die Beitragszahler. Das ist der Sinn unserer Reform.

Hilfesbedürftig sind nicht der „Hartmannbund — Verband der Ärzte Deutschlands“, der „Freie Verband der Zahnärzte“, der „Pharmaverband“, der „Apothekerverband“. **Hilfe brauchen die Kranken.**

Hilfe brauchen die stillen Samariter des Sozialstaates: Das sind die Helfer der Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen: denen helfen wir.

Entlastungen brauchen Millionen von Arbeitnehmern, denen immer weniger vom Lohn übrigbleibt und die derzeit zusammen mit den Betrieben weit über 100 Mrd. DM im Jahr an Beiträgen zahlen.

Der Höchstbeitrag nach durchschnittlichem Beitragssatz der gesetzlichen Krankenversicherung stieg von 98 DM im Jahr 1970 auf 585 DM in diesem Jahr. Soll das ungebremst so weitergehen? Dann würde dieser Monatsbeitrag im Jahre 2000 auf 1.142 DM geklettert sein!

So, wie es jetzt ist, kann es nicht weitergehen. Immer höhere Beiträge führen in die Sozialisierung des Lohnes. Die Ausgaben der Krankenversicherung sind seit 1960 dreimal schneller gestiegen als die Löhne. Jeder, der rechnen kann, kann den Zeitpunkt ausrechnen, wann die ungehemmte Fortsetzung dieser Entwicklung die verfügbaren Einkommen der Arbeitnehmer auf Null gebracht hätte.

Wer jetzt nicht handelt, ruiniert das System. Wir handeln, wir retten unser freiheitliches Gesundheitssystem. Es ist **Rettung in letzter Minute**. Wäre sie

mißlungen, würden viele, die heute noch schreien, ein paar Jahre später als angestellte Ärzte und Zahnärzte eines verstaatlichten Gesundheitssystems aufwachen und sich nach Blüm und seiner Reform zurücksehnen.

Beitragsstabilität ist weder unmöglich noch unzumutbar.

Denn trotz stabiler Beiträge wachsen die Einnahmen der Krankenversicherung, weil sie an jeder Lohnerhöhung profitiert.

Selbst ohne Beitragserhöhung fließen Jahr für Jahr rund drei Mrd. DM mehr in die Kassen der Krankenversicherung. Das muß reichen. Davon kann auch der medizinische Fortschritt bezahlt werden.

Medizinischer Fortschritt muß ja auch bedeuten, daß die Menschen länger gesund bleiben und, wenn sie krank werden, auch wieder schneller gesund sind.

Die Widerstände und Unverschämtheiten

Was ist nicht alles gegen diese Reform aufgefahren worden?

Die deutschen Arzneimittelhersteller schämen sich nicht, in einer bundesweiten Anzeige zu behaupten: „Keine neuen Medikamente mehr gegen Krebs und Aids aus Deutschland.“

Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte verglich unseren Gesetzentwurf mit dem „Ermächtigungsgesetz“.

Der Interessenverband der Dialysepatienten und Nierentransplantierten Deutschlands schrieb in einem Manifest: „Englische Verhältnisse. Nämlich, wer unter zwölf oder über 55 Jahren ist, muß sterben.“

Apothekervereine mobilisieren Patienten mit der Parole: „Wer jetzt krank wird, kann sich gleich erschießen.“ In einem anderen Flugblatt heißt es: „Weil Du arm bist, mußt Du früher sterben.“

Und die SPD schießt den Vogel der Geschmacklosigkeit ab mit einem Flugblatt, das den Titel trägt: „Ab 1. Januar dürfen Sie nicht mehr krank werden.“

Ich frage den Partei- und Fraktionsvorsitzenden der Sozialdemokratischen Partei, Hans-Jochen Vogel: Welchen Ausdruck schlagen Sie vor, mit dem ich diese Geschmacklosigkeit der SPD mit Ihrer Genehmigung qualifizieren darf?

Die SPD verbreitet mit ihrem Flugblatt sechs ganze oder halbe Unwahrheiten:

1. „Sie müssen mehr für Arzneimittel zahlen.“ Das ist kaum die halbe Wahrheit. Zwar wird die bisherige Zuzahlung von zwei DM auf drei DM erhöht. Zuzahlungen entfallen aber völlig, wo auf Festbeträge umgestellt wird. Die Entlastungswirkung durch den Wegfall der bisherigen Zuzahlungen ist insgesamt sechsmal höher als die Anhebung der Zuzahlungen auf die Arzneimittel, für die es noch keinen Festbetrag gibt.

2. „Brillen und Hörgeräte werden für Sie richtig teuer.“ Das ist völlig falsch. Der Zuschuß für Brillengestelle beträgt künftig 20 DM. Brillengestelle zu diesem Preis wird es künftig geben. Schon vor Jahren hat ein Händler einen Preis von 10 DM genannt; in den USA gibt es eine komplette Brille schon für sieben Dollar. Bei Hörgeräten gibt es in Zukunft Festbeträge, die das medizinisch Notwendige abdecken. Es gibt **keine Zuzahlung**. Nur wer mehr haben will als das medizinisch Notwendige zahlt die Differenz aus eigener Tasche.

3. „Die dritten Zähne zahlen Sie zur Hälfte selber.“ Auch das ist nicht richtig. Die Selbstverwaltung der Krankenkassen und der Zahnärzte legt in Zukunft differenzierte Zuschüsse fest. Die Krankenkassen zahlen künftig allen, die regelmäßig Zahnpflege betreiben, für zahntechnisch einfachen Zahnersatz einen Zuschuß von 70 Prozent, für mittlere einen Zuschuß von 60 Prozent und für aufwendigen Zahnersatz einen Zuschuß von 50 Prozent. Bei längerer regelmäßiger Vorsorge steigt der Zuschuß um weitere fünf Prozentpunkte, so daß die Erstattungsbeträge dann lauten: 75 Prozent, 65 Prozent und 55 Prozent. 75 Prozent als „die Hälfte“ zu bezeichnen — das ist typisch für die SPD. Ihre Dreiviertelwahrheiten sind noch nicht einmal die halbe Wahrheit.

4. „Zehn DM pro Tag statt bisher fünf DM zahlen Sie zusätzlich im Krankenhaus.“ Die SPD verschweigt, daß ein von den damaligen Regierungsfraktionen der SPD und der FDP 1982 eingebrachter Gesetzentwurf die Zuzahlung von fünf DM erstmalig vorgeschlagen hatte. Sie wollten damals sogar die Kinder in die Zuzahlungsregelung hereinnehmen. Bei uns bleiben die Kinder draußen und die Zuzahlung gilt nur für höchstens 14 Tage im Jahr. Verschwiegen wird auch, daß diese Erhöhung erst ab 1991 in Kraft treten soll, wenn die neuen Leistungen für die häusliche Pflege schwerpunktmäßig in Kraft treten.

5. „Fahrten zum Arzt werden nicht mehr bezahlt.“ Das ist falsch, denn medizinisch notwendige Fahrten für einkommensschwache Versicherte werden im Rahmen der Härteklausel übernommen. Außerdem stehen alle Versicherten unter dem Schutzhelm der Überforderungsklausel.

Im übrigen: Die Ausgaben für Krankentransporte stiegen von 180 Millionen 1970 auf 1,6 Milliarden 1987. Man fragt sich: Ist der Krankenschein auf dem Weg, zur kostenlosen Fahrkarte bei Taxifahrten zu werden? Wir sparen jetzt die Hälfte der Ausgaben und liegen damit immer noch 4mal höher als 1970, einer Zeit, in der es weniger private Autos und weniger öffentlichen Nahverkehr gab.

6. „Selbst das Sterben wird teurer: Das Sterbegeld wird auf 2.100 DM zusammengestrichen.“ Auch das ist nur die halbe Wahrheit. Bei Versicherten mit niedrigen Einkommen erhöht sich das Sterbegeld, denn bei ihnen liegen die Leistungen heute zum Teil unter 2.100 DM.

Das Flugblatt des SPD-Bundesvorstandes endet mit: „Jetzt reicht's, Herr Blüm!“ Mir reicht es auch.

Wen wundert es, daß angesichts dieser SPD- und Wartezimmerkampagne des Hartmannbundes Kranke und Behinderte in Angst und Schrecken verfallen? Bei diesem Festival der Geschmacklosigkeiten denkt niemand an die Schwächsten, die womöglich glauben, was ihnen vorgelogen wird. Rücksichtslos wird die Angst von Kranken parteipolitisch ausgenutzt. Ohne Rücksicht auf die Wahrheit Parteipolitik zu machen, so etwas nenne ich skrupellos.

Die Wirklichkeit wird uns bestätigen

Auch nach dem 1. Januar 1989 steht die Krankenversicherung den Kranken wie bisher zur Seite. Wer Hilfe braucht, wird Hilfe bekommen. Das Reformgesetz sichert den Kranken weiterhin einen vollwertigen Versicherungsschutz. Im internationalen Maßstab bleibt die deutsche Krankenversicherung insgesamt die Nr. 1:

- kein Kranke wird im Stich gelassen,
- der medizinische Fortschritt geht ungehindert weiter und wird bezahlt,
- Einkommensschwache werden von Zuzahlungen befreit,
- jedermann wird vor Überforderung geschützt,
- keine Intimdaten werden gespeichert,
- die Vorsorge wird ausgebaut,
- den Pflegebedürftigen wird geholfen,
- kein Pharmaunternehmen wird Konkurs anmelden (und Arbeitsplätze werden nur dann ins Ausland verlegt, wenn sie sowieso dorthin verlegt worden wären).

Schon kündigt die Firma Schering an, daß man Einnahmeverluste zum Teil

im Ausland zu kompensieren hoffe, was nur beweist, daß deutsche Beitragszahler bisher ausländische Pharmamärkte subventioniert haben. Und tatsächlich kosten deutsche Pharmaprodukte im Ausland oft nur einen Bruchteil von dem, was dem deutschen Beitragszahler hierzulande abverlangt wird.

Der Schaum der Polemik wird verfliegen und die Realität wird die Angstmache Lügen strafen.

Wir sparen für die Beteiligten an der Krankenversicherung: Entweder erhalten sie Beitragsentlastung oder neue Leistungen. Keine Mark geht dabei verloren, keine Mark wird zweckentfremdet.

Diese Reform ist eine **Reform für die Versicherten**. Die neuen Leistungen wie zum Beispiel Pflege und Verbesserung der Vorsorge sowie die Entlastungen der Versicherten — zusammen über zehn Mrd. DM — übersteigen die Einsparungen auf Seiten der Versicherten bei weitem. Die Versicherten profitieren in der Bilanz der Reform mit rund 4,5 Mrd. DM. Bei den Leistungserbringern werden demgegenüber über 7 Mrd. DM eingespart.

Das Kartell der Nein-Sager

Worin sind sich denn die Gegner der Reform einig? Nur in der Ablehnung der Reform. Nein sagen kann jeder. Wo sind die Alternativen?

Am leichtesten sind Reformen, die nicht gemacht werden. Wir machen Reformen. Das ist schwer.

SPD und Bundesärztekammer ließen nach einem Gespräch die Öffentlichkeit wissen, daß sie die Gesundheitsreform gemeinsam ablehnen. Auf die Frage, was sie denn gemeinsam vorschlagen, kam vom Präsidenten der Bundesärztekammer Dr. Vilmar die klassische Antwort: Nichts, denn mit den Vorstellungen der SPD könne er sich auch nicht einverstanden erklären. So einfach ist das!

Ablehnung voll, Alternative null

Es reicht offenbar Ablehnung. Einwände, Einsprüche sind in unserer Gesellschaft gefragt. Nein ist „in“. Niemand kommt auf die Idee, die Ablehner zu fragen, wo ihre Alternativen sind. So kann ein Staat nicht regiert werden. Die Demokratie verkommt auf diesem Wege zur Veto-Gesellschaft, die zu nichts anderem mehr die Kraft hat als zur gemeinsamen Unbeweglichkeit. Sie pflegt ihre Verweigerung und hätschelt ihre Unfähigkeit zur aktiven Bewältigung von Problemen.

Das einzige, worauf Interessenverbände sich verständigen können, ist die Alternative: „Wir wollen mehr.“ Mehr Geld von Versicherten und Staat, das ist die Kurzformel der Reformvorschläge des Hartmannbundes der Ärzte. Hört: Mehr Geld von der Alkoholsteuer, mehr Geld von der Tabaksteuer, mehr Geld von unfallträchtigen Sportlern, z. B. Skifahrern, mehr Geld von der Rentenversicherung. „Mehr“, „mehr“, „mehr“ — viel mehr fällt ihnen sonst nicht ein.

Das ist auch das Rezept der SPD:

- Mehr Beitrag durch Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze,
- mehr Beitragszahler durch Wegfall der Versicherungspflichtgrenze.

Das sind bevorzugte Vorschläge von Interessenverbänden und SPD — so einfach wie einfallslos.

Weniger an der einen Stelle ausgeben, um an anderen Stellen mehr helfen zu können — das ist das Konzept für Umbau. Wir wollen den Sozialstaat um-, nicht abbauen.

Sparen und Gestalten ist das Motto der heutigen Reform.

Unsere Verbündeten: Verantwortungsvolle Mitbürger

Doch wir brauchen nicht die Hoffnung aufzugeben. Das Bewußtsein für Verantwortung und Gemeinwohl ist nicht ausgestorben in unserer Gesellschaft. Tausende von Bürgern beweisen es täglich. Unsere Mitbürger sind vernünftiger, als Lobbyisten und viele Verbandsfunktionäre annehmen.

Ein Arzt aus Dortmund schrieb mir:

„Die Diskussionsbeiträge vieler meiner Kollegen sind polemisch und vordergründig, außerdem zeugen sie von Ignoranz. Das GRG muß bald verabschiedet werden.“

Ein Kinderarzt schrieb mir:

„Der Hartmannbund ist nicht der Vertreter der Ärzte, sondern nur einer Gruppe. Ihre Reformen, Herr Minister, sollten unverzüglich durchgeführt werden.“

Bemerkenswert ist der Brief einer Apothekenhelferin:

„Trotz der Kündigung meines Arbeitsplatzes, die u. a. auch mit der bevorstehenden Strukturreform begründet wurde, komme ich nicht umhin, Ihnen zu schreiben. Entgegen aller Opposition muß ich wie im Volksmund

sagen: Sie sprechen mir aus der Seele. Es wurde schon lange Zeit, das Gesundheitswesen einmal ordentlich zu entstauben.“

Von vielen Rentnern erhalte ich Unterstützung:

„Sehr geehrter Herr Minister, ich stehe auf Ihren Plan, das schreibt Ihnen eine Rentnerin mit monatlichem Einkommen von etwas über 1.000 DM.“

Ein Rentnerehepaar schrieb mir:

„Es kann doch nicht angehen, daß die Krankenversicherung weiterhin ein Selbstbedienungsladen bleibt. Wir sind Rentner und glauben, daß uns die Solidargemeinschaft Krankenkasse wie bisher alle notwendige Hilfe gewähren wird. Bleiben Sie weiterhin tapfer!“

Ich versichere nicht nur diesem Rentnerehepaar: Die Koalition ist tapfer geblieben!

Die Prinzipien der Reform

Die Reform versucht, die großen Prinzipien unseres Sozialstaates **Solidarität** und **Eigenverantwortung** in ein neues Gleichgewicht zu bringen. Ohne Solidarität würde unsere Gesellschaft in einen gnadenlosen Egoismus versinken. Die Kranken und Behinderten brauchen Solidarität, sie sind auf andere angewiesen. Aber ohne Eigenverantwortung hätten wir weder Kraft noch Geld, anderen zu helfen.

Wenn alle Probleme in dieser Gesellschaft von anderen gelöst werden sollen, versinkt die Gesellschaft in Unzufriedenheit. Die Sehnsucht nach allgemeiner allumfassender Betreuung beraubt die Menschen auch der Erfahrung, für sich selber zuständig zu sein und mit eigenen Problemen selbst fertig zu werden.

Eigenverantwortung ist nicht weniger Stütze unserer Menschlichkeit wie Solidarität.

„Die Unfähigkeit, Niederlagen und Schmerz selbstständig zu verwinden, alles das sind Symptome ein und derselben Erscheinung: des Verlustes unserer Fähigkeit, dem Leben die Stirn zu bieten, des Verlustes von Werkzeugen, mit deren Hilfe der einzelne kraft seiner eigenen geistigen Bestände sich das Gleichgewicht angesichts von Niederlagen und Leiden wieder herstellen konnte.“ — Sagt der große marxistische Humanist Leszek Kolakowski.

Auch Gesundheit ist nicht einfach Fremdleistung. Hinter dem ausufernden Bedürfnis nach Medikamenten könnte auch eine Selbstaufgabe des Menschen versteckt sein, selbst mit Problemen fertig zu werden. Wir haben inzwischen Tabletten und Tröpfchen für fast alles. Wir „neutralisieren“ unseren

Lebensrhythmus durch einen wechselnden Mechanismus von Weck- und Beruhigungsmitteln.

Aber eine wohltemperierte Gesellschaft mit gleichgestellter Stimmungslage produziert nichts anderes als Langeweile und Angst. Und deshalb geht es in der Gesundheitsreform nicht nur um Mark und Pfennig, sondern auch um die Abwehr der total betreuten Gesellschaft.

Überversorgung abbauen, um Unterversorgung zu beseitigen

Der Sozialstaat muß umgebaut werden. Bäume wachsen nicht in den Himmel. Und die Antwort auf alle Fragen kann nicht heißen: immer mehr.

Wir bauen Überversorgung, Verschwendung und Vergeudung in unserem Krankenversicherungssystem ab, um die so erwirtschafteten Mittel jenen zuzuwenden, die Mangel leiden. Mit den rd. 2 Mrd. DM, die wir bei den Arzneimitteln sparen, haben wir z. B. schon mehr als ein Drittel des Geldes erwirtschaftet, das wir den Schwerbehinderten zukommen lassen wollen.

Pflege

Unser Sozialsystem hat für vieles Geld und für manche Sachen zuviel. Vernachlässigt aber werden noch immer die Pflegebedürftigen. Wir wollen jene unterstützen, die zu Hause ihre Familienangehörigen, ihre Freunde, ihre Nachbarn oder einfach den hilfsbedürftigen Nächsten pflegen.

Ab 1. Januar 1989 besteht ein Anspruch auf die Übernahme der Kosten der Pflege bis zu vier Wochen je Kalenderjahr, wenn die Pflegeperson wegen Urlaub, Krankheit oder aus anderen Gründen zeitweise verhindert ist. Das heißt: Die Mutter, die rund um die Uhr ihr behindertes Kind pflegt, wird endlich einmal Urlaub machen können, ohne sich um das Kind sorgen zu müssen. Die Krankenkasse wird ihr helfen, für diese Zeit eine Ersatzperson zu finanzieren. Bis zu **1.800 DM** werden hierfür pro Einzelfall bereitgestellt.

2 Jahre später soll mit Geld- und Sachleistungen eine weitere Hilfe hinzukommen. Ab 1. Januar 1991 wird eine Pflegekraft den Schwerpflegebedürftigen monatlich in bis zu 25 Pflegeeinsätzen versorgen — die Kosten übernimmt die Krankenkasse. Wenn der Pflegebedürftige sich durch Verwandte oder Nachbarn pflegen lässt, zahlt ihm die Krankenkasse **400 DM** monatlich.

Damit ist das Thema Pflege in unserer Gesellschaft noch nicht befriedigend gelöst. Aber die Krankenkassen leisten ihren Beitrag zur Lösung dieser

großen sozialen Frage, die mit steigendem Lebensalter der Menschen noch größer werden wird. Andere Institutionen werden ebenfalls folgen müssen: Die Kommunen, Länder, Sozialverbände. Weitere Schritte und andere Finanzierungsmodalitäten werden mit diesem ersten Schritt nicht verbaut.

Wir haben uns ganz bewußt zuerst für die Unterstützung der häuslichen Pflege entschieden. Prioritäten setzen heißt, das Notwendigste zuerst machen. Und Pflege ist eine sozial- und gesundheitspolitische Priorität.

Wer sagt, die Krankenversicherung habe mit der Pflege nichts zu tun, möge mit seinen Spitzfindigkeiten weiter die sozialstaatlichen Scholastiker wortreich beschäftigen. Niemand hat mir bisher die Grenzlinie aufzeigen können zwischen den langfristig Kranken, für die die Krankenversicherung unbestritten zuständig ist, und den Pflegebedürftigen.

Man mag gegen unsere Lösung viel einwenden. Aber wir tun etwas, und zwar mit rd. fünf Mrd. DM. Das sind rd. fünf Mrd. mehr als die Endlosdiskutanten bisher zustande gebracht haben. Wir haben gehandelt!

Für den Ausbau der Pflege und gegen Verschwendungen und Vergeudung im Gesundheitssystem — das ist unsere Entscheidung!

Vorsorge

Der Ausbau der Vorsorge ist ein weiterer Schritt in ein bisher weitgehend unbesetztes Feld. Während die **Pflege** die **Solidarität** stärkt, wird die **Vorsorge** die Eigenverantwortung stützen. Gesundheit bedarf nicht erst der Sorge, wenn sie durch Krankheit gefährdet oder ruiniert ist.

Wir sind ein Land mit einem großen Ausgabenvorsprung im Zahnersatz und gleichzeitig mit einer großen Verspätung in der Zahnprophylaxe. Dieses Mißverhältnis drückt eine der Schlagseiten unseres Gesundheitssystems aus. Wir wollen die Brücke schlagen von der Zahnvorsorge zur Zahnbehandlung. Erst an letzter Stelle steht der **Zahnersatz**.

Großes Gewicht legen wir auf die Vorsorge gegen Zahnerkrankungen. Die Krankenkassen beteiligen sich künftig aktiv an der Organisation und Finanzierung der Zahnvorsorge in Schulen und Kindergärten, der sogenannten Gruppenprophylaxe. Die Krankenkassen übernehmen die Kosten für individuelle Vorsorgeleistungen durch den Zahnarzt.

Wer regelmäßig für seine Zahngesundheit gesorgt hat und damit die Solidarität der Krankenkasse entlastet, wird im Bedarfsfall für den Zahnersatz eine höhere Unterstützung erhalten als derjenige, der darauf vertraut, die anderen werden es schon bezahlen.

Die bisher ausschließlich auf Krebs konzentrierten Früherkennungsuntersuchungen werden zu regelmäßigen Gesundheitsuntersuchungen ausgebaut, zu einem Gesundheits-check-Up. Sie erstrecken sich auf die Früherkennung der großen Zivilisationskrankheiten: Herz- und Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Nieren, einschließlich Krebs.

Die Kinderuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre Entwicklung gefährden, werden ausgebaut. Der Anspruch besteht jetzt zwei Jahre länger, für Kinder bis zum 6. Lebensjahr.

Auch bei der Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsschäden werden die Kassen in Zukunft mehr mitwirken können und ihre Erkenntnisse in den Dienst der Prävention stellen. Dazu gehört eine enge Zusammenarbeit mit den Unfallversicherungsträgern und den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen.

Die SPD plakatiert das Schauerbild vom angeblichen Abkassiermodell mit den Worten: „Wir sagen: vorbeugen statt abkassieren.“ Das ist der Unterschied zwischen der SPD und uns. Sie sagt es, wir machen es: vorbeugen statt abkassieren.

Solidarität für die Pflegebedürftigen,
Eigenverantwortung durch mehr Vorsorge,
mehr Wettbewerb durch Festbeträge.

Festbetrag

Der Festbetrag ist ein Kernstück unserer Reform. Er ist ein originärer Beitrag für ein modernes Gesundheitssystem.

Der Festbetrag unterstützt das Solidaritätsprinzip, denn er deckt die notwendige medizinische Leistung ohne Zuzahlung ab. Unter gleich guten Angeboten bezahlt die Krankenkasse in Zukunft nicht mehr das Teuerste. Wenn ein Medikament 30 DM kostet, ein anderes gleich gutes aber 90 DM, warum sollen dann die Krankenkassen das Teuerste bezahlen?

Und der Patient, der das vom Festbetrag abgedeckte Medikament nimmt, muß in Zukunft nichts mehr zuzahlen. Es fallen damit Zuzahlungen von insgesamt 600 Mio. DM für die Versicherten weg. Ist das Abkassieren?

Bisher hat die Pharmaindustrie bei den Krankenkassen abkassiert. Damit ist jetzt Schluß. Und endlich werden die teureren, aber nicht besseren Medikamente heruntergeholt auf die Preisebene ihrer preiswerten Konkurrenten. Endlich wird der Pharmabereich von der frischen Luft des Wettbewerbs erfaßt. Der Wettbewerb zerstört die bisher bequeme

Arbeitsteilung: Der Arzt verschreibt, die Apotheke gibt aus und die Krankenkassen bezahlen alles, was verlangt wird.

Wettbewerb wirkt innovativ. Die forschende Industrie braucht ihn nicht zu fürchten. Sie ist im übrigen durch Patent- und Verwertungsschutz sowie durch Schutzfristen bei der Festbetragsregelung geschützt. Und bevor die Pharma industrie auch nur 1 DM für Forschung einspart, hat sie noch genug Spar möglichkeiten in ihrem Marketingbereich.

Eine ganze Kolonne von Zeitschriften lebt von ihren Anzeigen und wird von ihr finanziert. Ein Heer von Pharmaberatern übertrifft bei weitem den Informationsbedarf der Ärzte. Die Pharma industrie drängt sich ihnen geradezu auf.

So schrieb mir ein Arzt aus Bad Bramstedt:

„Mindestens ein halber Mülleimer pro Woche geht nur auf das Konto ungelesener weg geworfener Pharma-Werbezuschriften inkl. der nicht bestellten Zeitschriften. Multipliziert mit der Anzahl der Kassenärzte in Deutschland wahrhaftig ein gigantischer Müllberg ... Ich hoffe sehr, daß es Ihnen mit Ihrem Gesundheits-Reformgesetz gelingen möge, diese auch umweltpolitisch skandalösen Werbemethoden einzuschränken.“

Im übrigen lebt die Pharma industrie nicht nur von der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern zur Hälfte auch von ihrem Auslandsabsatz. Und bei ihrem Inlandsumsatz ist ein Drittel überhaupt nicht verschreibungspflichtig, wird also durch den Festbetrag gar nicht berührt.

Niemand wird bestreiten, daß es im Arzneimittelbereich Verschwendungen und Vergeudung gibt. Auch die Ärzte müssen sorgfältiger mit ihrer Arzneimittelverschreibung umgehen. Tonnenweise landen Medikamente auf der Müllhalde. Im Müllcontainer einer Sondermüllsammlung von fünf baden-württembergischen Landkreisen sammeln sich alle sechs Wochen 35 Kubikmeter unbenutzter Arzneimittel, das sind rund 100.000 Arzneimittelpackungen, schrieb mir der Geschäftsführer einer AOK und legte mir ein Foto des gefüllten Müllcontainers bei.

Eine Schulkasse aus Euskirchen untersuchte Sondermülldeponien. 37 Prozent der Medikamentenpackungen waren gar nicht angebrochen und über 60 Prozent der Packungen enthielten noch über die Hälfte des ursprünglichen Inhalts ungenutzt. Man kann sich des Verdachts nicht erwehren, daß es für die Gesundheit gar nicht gut wäre, wenn alle Medikamente verbraucht würden, die verschrieben worden sind. Aber es ist auch nicht gut, daß die Krankenkasse alles bezahlt und unsere Beiträge zur Füllung von Pharma-Müllhalden eingesetzt werden.

Daß im Bereich von Massagen, Kuren und auch Heilmitteln Mißbrauch und Verschwendungen getrieben wurden, weiß jedermann. Und die Anzeigen von Optikern, noch schnell eine modische Brille abzuholen, zeigen ebenso wie die jüngsten Steigerungen der Ausgaben für Hörhilfen um 22 Prozent in diesem Jahr, für Zahnersatz um 16 Prozent, für Brillen um über 9 Prozent, wie hilflos das System gegenüber jedwedem Konsumentenwunsch ist.

Soziale Rücksicht

Wir schützen die Solidarkasse vor Ausbeutung.

Aber — kein sozial Schwacher braucht deshalb Angst zu haben, daß ihm Hilfe in Not verwehrt bleibt. Wer Hilfe braucht, wird sie bekommen.

Wer von 2-Klassen-Medizin redet, wer behauptet, die Ärmeren könnten sich nowendige Leistungen nicht mehr leisten, sagt die Unwahrheit.

Die Wahrheit ist, daß Versicherte mit einem niedrigen Einkommen (unter 1.232 DM bezogen auf 1988) von der Zuzahlung für Zahnersatz, für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, für Arznei- und Heilmittel sowie für Fahrtkosten **vollständig befreit werden**. Die Einkommensgrenze (bezogen auf 1988) liegt für Alleinstehende bei 1.232 DM; für Verheiratete bei einem Haushaltseinkommen von 1.694 DM; Verheiratete mit einem Kind: 2.002 DM; Verheiratete mit 2 Kindern: 2.310 DM, mit 3 Kindern: 2.618 DM.

Dabei wird **nicht** mitberechnet Kindergeld, Erziehungsgeld, BAföG, Wohngeld etc.

Für **alle** Versicherten wird eine **Überforderungsklausel** eingeführt.

Das ist ein neues, familienfreundliches Element der sozialen Gerechtigkeit: Diese Härtefallregelung verhindert nicht nur bei der **einzelnen** Zuzahlung eine zu starke finanzielle Belastung des Versicherten, sie berücksichtigt auch die **Gesamtbelastung**, die sich aus wiederholten Zuzahlungen im Laufe eines Jahres ergibt.

Das ist besonders wichtig für chronisch Kranke und alte Menschen, die häufiger Leistungen in Anspruch nehmen müssen.

Die Überforderungsklausel beschränkt die Zuzahlung bei Arznei- und Heilmitteln sowie für Fahrtkosten auf zwei Prozent des Einkommens.

Dabei wird eine Familienkomponente berücksichtigt: Mit der Zahl der Kinder steigen die Freibeträge.

Daraus ergeben sich bei einem Durchschnittseinkommen von 3.200 DM folgende Maximalbelastungen pro Monat:

- Alleinstehende: 64 DM
- Ehepaar: 54,55 DM
- Ehepaar mit einem Kind: 48,25 DM
- Ehepaar mit zwei Kindern: 41,95 DM
- Ehepaar mit drei Kindern: 35,65 DM

Kinder und Jugendliche stehen sich besser als vorher. Sie sind bis zum 18. Lebensjahr befreit von der Zuzahlung bei Arzneimitteln, Heilmitteln, stationären Kuren sowie beim Krankenhausaufenthalt.

- Hilfe für die Pflegebedürftigen,
- Ausbau der Vorsorge,
- Festbeträge, die Solidarität mit Wettbewerb verbinden,
- Härteklauseln mit Überforderungsschutz.

Das sind wichtige Bestandteile unserer Reform.

Transparenz

Hinzu kommt der Ausbau von Leistungs- und Kostentransparenz in der Krankenversicherung. Wenn die Krankenkassen bezahlen, werden sie wohl auch wissen dürfen, für was sie bezahlen. Kein Käufer würde Geld ausgeben, wenn er nicht wüßte für was. Und was der privaten Krankenversicherung seit eh und je billig ist, das muß für die gesetzliche Krankenversicherung recht sein. Kein Patient braucht Angst zu haben, daß seine Krankheitsdiagnose weitererzählt wird. Der Bundesdatenschutzbeauftragte hat ausdrücklich bestätigt, daß der Datenschutz voll gewährleistet ist.

Die Vorstellung eines gläsernen Patienten ist offensichtlich nur deshalb ins Spiel gebracht worden, damit die Krankenversicherung weiterhin eine Dunkelkammer bleibt, in der niemand weiß, wer welche Hand in wessen Tasche hat. Es geht in der Transparenz auch um die Sicherung der Qualität der ärztlichen Versorgung.

Wirtschaftlichkeitsprüfungen

Wirtschaftlichkeitsprüfungen müssen sein. Solange die gesetzliche Krankenversicherung existiert, gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot.

Bisher wurde die Behandlungsweise des Arztes in erster Linie an der Meßlatte von Durchschnittswerten seiner Arztgruppe beurteilt. Nur wer auffiel, weil er über dem Durchschnitt lag, wurde geprüft. Die Cleveren unter den Ärzten fanden meist Wege und Methoden, um unter diesen Werten zu bleiben. Künftig wird es auch Stichproben geben. Bei diesen Stichprobenprüfungen

werden nicht nur Kostendurchschnitte geprüft. Die Behandlungsweise des Arztes muß individuell geprüft werden. Das ist sachgerechter und fairer gegenüber dem Arzt.

Selbstverwaltung

Wir leisten unseren Beitrag für eine Krankenversicherung, in der Solidarität keine Einbahnstraße ist und Eigenverantwortung nicht nur für die Patienten, sondern auch für die Anbieter gilt. Ein freiheitliches System kann nicht alles regeln. Je mehr Verantwortung, um so weniger Vorschriften. Der Gesetzentwurf überläßt der Selbstverwaltung große Mitwirkungsfelder und überträgt ihr neue Aufgaben.

Heute schlägt die Stunde des Gesetzgebers.

Für alle schreienden Lobbyisten schlägt die Stunde der Wahrheit spätestens mit Inkrafttreten des Gesetzes.

Spätestens zum 1. Januar 1989 schlägt die Stunde der Selbstverwaltung. Denn ihr sind neue Instrumente an die Hand gegeben, die es für sie und die Versicherten zu nutzen gilt:

— Die Krankenkassen erhalten die Aufgabe, bei Arzneimitteln zusammen mit den Vertretern der Ärzte die Festlegung der Gruppen bei Festbeträgen zu besorgen. Die Höhe der Festbeträge wird durch die Spitzenverbände der Krankenkassen festgelegt. Bei den Festbeträgen für Hilfsmittel werden die einzelnen Hilfsmittel durch die Bundesverbände festgelegt, die Höhe der Festbeträge wird auf Landesebene bestimmt.

— Die Krankenkassen erhalten neue Aufgaben und neue Handlungsmöglichkeiten bei der Gesundheitsvorsorge: Sie können Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit ihrer Versicherten vorsehen. Sie können Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen in Schulen und Kindergärten fördern. Hierzu sollen sie sich auf ein gemeinsames Verfahren verständigen.

— Zahnärzte und Krankenkassen bestimmen gemeinsam in ihrem Bundesausschuß die Indikationsgruppen, bei denen die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme bei kieferorthopädischer Behandlung vorliegen.

— Die Spitzenverbände der Krankenkassen sollen im Einvernehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung differenzierte Zuschüsse beim Zahnersatz festlegen. Sie können hierbei auch Festzuschüsse festlegen.

- Wir schaffen die Möglichkeit, durch Erprobungsregelungen neue Wege und Verfahren in der Krankenversicherung zu erproben. Dies gilt für die Möglichkeit, Kostenersstattung erproben zu können. Dies gilt für eine Beitragsrückzahlung. Dies gilt für die Möglichkeit, die Versicherten bei Behandlungsfehlern zu unterstützen. Dies gilt schließlich zur institutionellen Förderung von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Rehabilitation.
- Die Kassen schließen Versorgungsverträge mit Krankenhäusern ab; sie können diese Verträge kündigen.
- Die Kassen gestalten den Medizinischen Dienst, das ist im übrigen keine neue Mammutbehörde.
- Kassen und Ärzte gestalten gemeinsam die neuen Wirtschaftlichkeitsprüfungen und die Transparenz.

Wann — so frage ich alle diejenigen, die uns Staatsdirigismus und Zentralismus vorwerfen — gab es mehr Kompetenzen und mehr Verantwortung für die Selbstverwaltung?

Deshalb ist der Erfolg unserer Reform auch in hohem Maße von der **Mitwirkung, der Mitverantwortung und dem Durchsetzungswillen** der Selbstverwaltung abhängig. Das ist ein Risiko, das der Gesetzgeber eingeht. Aber die Freiheit ist nicht ohne Risiken. Jeder muß wissen, daß, wer seiner Verantwortung nicht gerecht wird, eine staatliche Reglementierung fördert. Ich bin für die Vorfahrt der Selbstverwaltung. Vorfahrt gilt nicht für parkende Autos. Deshalb appelliere ich an die Selbstverwaltung mitzuarbeiten.

Mit der Verabschiedung dieser Reform sind nicht alle Aufgaben gelöst. Im Bereich des **Krankenhauses, der Kassenorganisation und der Arzthäuser** wird der Gesetzgeber weitere Schritte unternehmen müssen. Aber das Feld, das jetzt geöffnet ist, ist groß, so daß es der Anstrengung aller Gutwilligen bedarf. Wir wollen dann den Blick nicht zurückwenden. Dieses Gesetz gibt der Selbst- und Mitverantwortung eine neue Chance.

Gesundheitsreform von A bis Z

Die Gesundheitsreform steht. Sie ist nötig, sozial und wirksam. Der Bundestag hat das Gesundheitsreformgesetz am 25. November 1988 verabschiedet. Der Bundesrat entscheidet am 16. Dezember. Hilfe für die Hilfsbedürftigen und Entlastung für die Beitragszahler. Das ist der Sinn unserer Reform. Die Maßnahmen im einzelnen:

Apotheken

Der Apotheker wird stärker in das Wirtschaftlichkeitsgebot der Krankenversicherung einbezogen. Er kann anstelle eines teureren „Originalarzneimittels“ ein preisgünstigeres Generikum (Nachahmerpräparat) abgeben, soweit das der verordnende Arzt zuläßt.

Der Apotheker kann bei ärztlicher Verordnung auch einzelne Tabletten aus Fertigarzneimittel-Packungen abgeben. (Auseinzelung)

Der Apothekenabgabepreis muß auf der Arzneimittelpackung angegeben sein, damit auch der Versicherte einen Überblick über die Kosten erhält.

Arzneimittel

Für Medikamente mit gleicher Zusammensetzung, die von verschiedenen Herstellern zu unterschiedlichen Preisen angeboten werden, sollen möglichst bis Ende Juli 1989 Festbeträge festgelegt werden, die sich an den preisgünstigen vergleichbaren Produkten orientieren. Die Festbeträge garantieren eine vollwertige, medikamentöse Therapie ohne jegliche Zuzahlung.

Vom 1. Januar 1989 an gilt eine erhöhte Verordnungsgebühr von 3,— DM je Medikament, für das kein Festbetrag festgesetzt ist.

Vom 1. Januar 1992 an wird die erhöhte Verordnungsgebühr abgelöst. Dann ist für Medikamente ohne Festbetrag eine prozentuale Zuzahlung von 15 Prozent des Arzneimittelpreises, höchstens jedoch von 15,— DM pro Mittel zu zahlen.

Kinder unter 18 Jahren sind von diesen Zuzahlungen befreit. Ebenso Versicherte mit Einkommen unterhalb bestimmter Einkommensgrenzen und

chronisch Kranke im Rahmen der Überforderungsklausel (s. Stichwort Härtefälle).

Der Arzt kann auch künftig weiterhin Arzneimittel verordnen, deren Preis ^{den} Festbetrag übersteigt. Dann muß aber der Patient die Differenz zwischen Festbetrag und Arzneimittelpreis selbst zahlen.

Ärztliche Behandlung

Was für den Patienten medizinisch notwendig ist, das darf der Arzt auch weiterhin verordnen. Allerdings muß er — wie auch bisher — das Wirtschaftlichkeitsgebot beachten.

Der Katalog der Vorsorgeuntersuchungen beim Arzt wird erweitert: Weitere Gesundheitsuntersuchungen werden aufgenommen, insbesondere für Herz und Kreislauf sowie Diabetes und Nierenerkrankungen.

Versicherte, die das 35. Lebensjahr vollendet haben, haben künftig alle zwei Jahre Anspruch auf eine Untersuchung ihrer Gesundheit.

Beitragsrückgewähr

Mit der Reform wird ein neues Instrument eingeführt, das bisher nur der privaten Krankenversicherung bekannt war und sich dort bewährt hat: das System der Beitragsrückgewähr. Wer im Laufe eines Jahres keine oder geringe Leistungen in Anspruch nimmt, soll bis zu einem Monatsbeitrag zurückerhalten.

Folgende Leistungen der Krankenkassen können in Anspruch genommen werden, ohne die Beitragsrückgewähr zu gefährden:

- Leistungen zur Förderung der Gesundheit sowie zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten
- Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft
- Leistungen an Kinder und Jugendliche bis zu 18 Jahren.

Die Beitragsrückgewähr wird zunächst erst in Modellversuchen erprobt.

Brillen/Kontaktlinsen

Eine neue Brille gibt es nicht alle drei Jahre, sondern in der Regel nur noch bei Veränderung der Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrien.

Für das Brillengestell zahlt die Krankenkasse einen Festzuschuß von 20,— DM. Auch für die Brillengläser werden Festbeträge festgesetzt.

Die Kosten für Kontaktlinsen trägt die Krankenkasse auch künftig in medizinisch zwingend notwendigen Ausnahmefällen. Auch dafür werden Festbeträge festgesetzt.

Chronisch Kranke

Für chronisch Kranke, die regelmäßig medizinische Versorgung benötigen, ist im Gesetz eine Überforderungsklausel vorgesehen, damit sie nicht unzumutbar belastet werden.

Fahrtkosten

Den Versicherten ist in aller Regel zuzumuten, die Fahrtkosten zum Arzt selbst zu tragen. Die Krankenkasse übernimmt Kosten (oder einen Teil davon) nur dann, wenn die Fahrt wirklich medizinisch begründet ist **und**

1. bei Fahrten zur stationären Behandlung und zurück, soweit die Fahrtkosten 20,— DM je Fahrt überschreiten.
2. Bei allen Rettungsfahrten. Auch hier zahlt der Patient 20,— DM selbst, die Krankenkasse den Rest.
3. Bei einem Krankentransport, der während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder besonderen Einrichtung eines Krankenwagens bedarf.
4. Bei Härtefällen. Die Kasse bezahlt auch Fahrten zur ambulanten Behandlung, soweit der Patient nach den Härteklauseln von Zuzahlungen befreit ist. (Näheres siehe Stichwort Härtefälle)

Härtefallregelung

1. **Sozialklausel:** Wer 1989 weniger als 1.260,— DM brutto im Monat verdient, wird von allen Zuzahlungen bis auf die 10,— DM für die ersten 14 Tage im Krankenhaus befreit. Bei Ehepaaren erhöht sich diese Einkommengrenze auf 1.732,— DM und je Kind nochmals um 315,— DM. Kinder unter 18 Jahren müssen generell nur bei Zahnersatz und Fahrtkosten zuzahlen.

Von Zuzahlungen befreit sind Versicherte, die Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge, Arbeitslosenhilfe nach AFG oder Ausbildungsförderung nach BAföG erhalten oder in einer Einrichtung leben, deren Kosten die Sozialhilfe oder Kriegsopferfürsorge trägt.

2. Überforderungsklausel: Sie beschränkt die Zuzahlungen bei Arznei- und Heilmitteln sowie bei den Fahrtkosten auf einen zumutbaren Eigenanteil. Versicherte, die jährlich ein Bruttoeinkommen bis zu 54.900,— DM beziehen (das sind durchschnittlich 4.575,— DM im Monat) müssen maximal Zuzahlungen in Höhe von 2 Prozent des Bruttoeinkommens leisten. Wer mehr als 54.900,— DM verdient muß maximal 4 Prozent Zuzahlung leisten.

Heilmittel

Sie sind ein wichtiger Bestandteil der ärztlichen Therapie. Dazu zählen vor allem Maßnahmen der physikalischen Therapie (z. B. Massagen, Bäder, Krankengymnastik), der Sprachtherapie und der Beschäftigungstherapie.

Für Heilmittel werden keine Festbeträge eingeführt.

Vom 1. Januar 1989 an müssen Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zu den Kosten der Heilmittel 10 Prozent zuzahlen (auch hier gelten die Sozial- und Überforderungsklausel, s. Stichwort Härtefälle).

Hilfsmittel

Für Hilfsmittel, das sind z. B. Brillen, Hörgeräte, Prothesen, Rollstühle sollen — soweit zweckmäßig — Festbeträge eingeführt werden. Ausgenommen davon sind Hilfsmittel, die als Sonderanfertigungen für die besonderen Bedürfnisse Schwer- und Schwerstbehinderter ausgerichtet sind, z. B. Prothesen oder Spezialrollstühle. Die Kosten dafür werden in voller Höhe übernommen (s. Stichworte Brillen, Hörgeräte, Rollstühle, Prothesen).

Hörgeräte

Auf die unterschiedlichen Grade individueller Hörschädigungen wird Rücksicht genommen. Es gibt keinen einheitlichen Festbetrag für Hörgeräte und es gibt kein „Einheitsgerät“ für alle Formen der Hörschädigung.

Batterien oder aufladbare Batterien werden nur für Kinder und Jugendliche bis zu 18 Jahren bezahlt.

Krankenhaus

Für Krankenhäuser wird eine Preisvergleichsliste eingeführt. Der überweisende Arzt soll nicht nur ein geeignetes, sondern ein dem Fall entsprechendes preisgünstiges Krankenhaus aussuchen und den Patienten dorthin überweisen.

Wählen Versicherte ohne ersichtlichen Grund ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus, können sie mit den Mehrkosten belastet werden.

Die Zuzahlung bei Krankenhausaufenthalt wird ab 1991 auf 10,— DM für höchstens 14 Tage pro Jahr erhöht. Von der Zuzahlung befreit sind Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

Kuren

Bei **offenen Badekuren** können die medizinisch notwendigen Kurmaßnahmen, also die ärztliche Behandlung, Bäder und Kurmittel von der Krankenversicherung voll bezahlt werden.

Die Zuschüsse für sonstige Kosten, z. B. für Unterbringung und Verpflegung und die Kurtaxe werden vom 1. Januar 1989 an bei den offenen Badekuren auf höchstens 15,— DM täglich festgesetzt.

Sonderfall: Kuren für Mütter

Müttergenesungskuren sind auch weiterhin in Form einer Vorsorge- oder Rehabilitationskur in einer Einrichtung des Müttergenesungswerkes möglich. Die Kur kann auch in Form einer Mutter-Kind-Kur stattfinden, wenn dies aus medizinischen Gründen notwendig ist. Der Zuschuß der Krankenkasse zu den sonstigen Kosten, z. B. Unterkunft, Verpflegung, der Mütterkur ist in der Höhe **nicht begrenzt**.

Pflege

Endlich wird ein Einstieg erreicht, mit dem die Schwerpflegebedürftigen und die Pflegenden mehr Hilfe erhalten: Vom 1. Januar 1989 an gilt, daß für die Zeit eines Erholungsurlaubs für die Pflegeperson von der Krankenkasse eine Ersatzkraft gestellt und bezahlt wird. Die Kosten für diese Urlaubsvertretung sind auf 1.800,— DM pro Jahr begrenzt.

Vom 1. Januar 1991 an sollen Angehörige, die sich um den Kranken kümmern, monatlich bis zu 25 Stunden durch eine Pflegekraft oder eine Sozialstation entlastet werden. Diese „Sachleistung“ ist auf monatlich 750,— DM begrenzt.

Alternativ zu dieser Sachleistung kann wahlweise eine Geldleistung (Pflegegeld) von der Krankenkasse in Anspruch genommen werden; und zwar in Höhe von 400,— DM im Monat.

Rentnerkrankenversicherung

Rentner zahlen ab 1. Juli 1989 die Hälfte des Beitrages, den Arbeitnehmer bezahlen müssen: zirka 6,5 Prozent. Die andere Hälfte des Krankenversicherungsbeitrages trägt die Rentenversicherung.

Rollstühle/Prothesen

Für die Versorgung mit Rollstühlen gelten unterschiedliche Festbeträge, um den spezifischen Bedürfnissen der Patienten gerecht zu werden.

Für Prothesen gelten keine Festbeträge, weil diese überwiegend individuell für den einzelnen Patienten angefertigt werden; ihre Kosten werden in voller Höhe übernommen.

Selbstbeteiligung/Zuzahlungen

Die Selbstbeteiligung oder Zuzahlung des Versicherten muß gesundheitspolitisch akzeptabel sein. Sie darf nicht mit einem Abschreckungseffekt dort verbunden sein, wo Menschen auf Heilung angewiesen sind; sie darf keinen Kranken daran hindern, zum Arzt zu gehen.

In allen Bereichen, in denen Festbeträge gelten, entfallen künftig die bisherigen Zuzahlungen (etwa die Verordnungsgebühr für Arzneimittel).

In besonderen Fällen sollen Versicherte von Zuzahlungen befreit werden. Das gilt:

1. Für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren mit Ausnahme von Zahnersatz und Fahrtkosten.
2. Für Versicherte mit einem Einkommen unterhalb der Sozialklausel, mit Ausnahme der 10,— DM pro Tag Krankenhausaufenthalt.
3. Für Versicherte, die für Zuzahlungen bei Arznei- und Heilmittel sowie Fahrtkosten mehr als 2 Prozent des Bruttoeinkommens aufbringen, trägt den darüber hinausgehenden Betrag die Krankenkasse (Überforderungsklausel).

Sterbegeld

Das Sterbegeld soll langsam aus dem Leistungskatalog der Krankenversicherung auslaufen.

Für alle am 1. Januar 1989 in der Gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Personen wird im Sterbefall Sterbegeld gezahlt, d. h. ihre

Angehörigen erhalten im Todesfall des Versicherten ein Sterbegeld in Höhe von einheitlich 2.100,— DM. Für mitversicherte Familienangehörige zahlen die Krankenkassen 1.050,— DM. Diese Beträge werden nicht dynamisiert.

Wer nach dem 1. Januar 1989 neu in die Gesetzliche Krankenversicherung eintritt, hat keinen Anspruch mehr auf Sterbegeld.

Transparenz

Leistungs- und Kostentransparenz sollen im Gesundheitswesen für alle Beteiligten verbessert werden. Voraussetzung dafür sind zeitgerechte Datenerfassungs-, Datenübermittlungs- und Datenauswertungsverfahren.

Der Einsatz elektronischer Datenverarbeitung darf jedoch die Intimsphäre der Versicherten nicht gefährden. Den „gläsernen Patienten“ wird es nicht geben.

Vorsorge/Volkskrankheiten

Das Gesetz baut die Möglichkeiten der Vorsorge aus.

1. Die Krankenkassen sollen ihre Aufklärungsarbeit unter den Versicherten verstärken, den Ursachen von Gesundheitsgefährdung und Schäden nachgehen, auf ihre Beseitigung hinwirken und für Früherkennungsmaßnahmen werben.
2. Vom 35. Lebensjahr an können sich die Versicherten künftig alle zwei Jahre einem „Check up“, einer Untersuchung stellen, die sich gezielt auf die großen Zivilisationskrankheiten bezieht: Herz-/Kreislauferkrankungen, Nierenerkrankungen, Diabetes.
3. Die Krankenkassen führen für Kinder bis zum 12. Lebensjahr zusammen mit den Zahnärzten insbesondere an Kindergärten und Schulen gemeinsame Aktionen zur Verhütung von Zahnerkrankungen durch (Gruppenprophylaxe).
4. Versicherte vom 12. bis 20. Lebensjahr können sich halbjährlich einer individuellen zahnmedizinischen Vorsorgeuntersuchung unterziehen. (Individualprophylaxe)
5. Versicherte Kinder haben bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre geistige und körperliche Entwicklung in nicht geringem Maße gefährden.
6. Kinderuntersuchungen werden bis zum Alter von sechs Jahren ausgedehnt. Früherkennung und Frühbehandlung von kindlichen Entwicklungsstörungen

werden durch die Finanzierung auch nichtärztlicher Leistungen, insbesondere psychologischer Leistungen und ergänzender Leistungen zur Rehabilitation durch die Krankenkassen gezielt ausgebaut.

Zahnbehandlung

Zahnmedizinische Gruppenprophylaxe wird schon in Kindergärten und Schulen gefördert.

Für Versicherte vom 12. bis zum 20. Lebensjahr werden einmal im Kalenderhalbjahr besondere zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen eingeführt (Individualprophylaxe).

Für die Kosten beim Zahnersatz zahlt die Krankenkasse weiterhin einen Zuschuß. Er beträgt für alle, die regelmäßig Zahnvorsorge betreiben,

70 Prozent für zahntechnisch einfachen Zahnersatz,

60 Prozent für mittleren Zahnersatz und

50 Prozent für aufwendigen Zahnersatz.

Verzichtet der Versicherte auf regelmäßige Zahnvorsorge, wird der Zuschuß zum Zahnersatz von 1991 an in jeder Gruppe um 10 Prozentpunkte verringert.

Wer künftig mehr als 10 Jahre lang regelmäßige Zahnvorsorge betreibt, erhält einen zusätzlichen Bonus für den notwendigen Zahnersatz in Höhe von fünf Prozent. Das bedeutet dann, daß sich der Krankenkassenzuschuß

auf 75 Prozent für den zahntechnisch einfachen Ersatz,

auf 65 Prozent für den mittleren Zahnersatz und

auf 55 Prozent für den aufwendigen Zahnersatz erhöht.

Das Prinzip ist einfach: Je mehr Zahnvorsorge und je kostengünstiger der Zahnersatz um so höher ist der Zuschuß der Krankenkassen.

Für die Kosten des Zahnersatzes wird das Kostenerstattungsprinzip eingeführt.

Bei kieferorthopädischer Behandlung übernimmt die Krankenkasse zunächst 80 Prozent der Kosten. Die restlichen 20 Prozent werden erst bei Abschluß der kieferorthopädischen Behandlung erstattet. Bei zwei Kindern mindert sich der Eigenanteil auf 10 Prozent.

Wer nur ein geringes Einkommen hat — Alleinstehende 1.260,— DM, Verheiratete 1.732,50 — DM, erhält den Zahnersatz ohne eine eigene Zuzahlung.