

Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer:

Dieses Reformwerk ist ein Prüfstein für die Umbaufähigkeit des Sozialstaates

- Aus der Rede des Bundesgesundheitsministers zur ersten Beratung des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 am 11. September im Deutschen Bundestag

Gesundheit ist für die Menschen ein hohes, ich meine, vielleicht sogar das höchste Gut. Bei keinem anderen Thema werden die Gefühle der Menschen so stark berührt wie bei der Sorge um die eigene Gesundheit. Deshalb heißt das erste Gebot Sachlichkeit. Wir dürfen die Auseinandersetzung um den richtigen Weg bei der Gesundheitsreform nicht durch völlig unbegründete Ängste, die in diesen Tagen geschürt wurden, auf dem Rücken der Kranken und Hilfsbedürftigen austragen.

Wir verdanken dieses Versorgungsniveau, die Qualität der gesundheitlichen Versorgung der Qualifikation und dem Einsatz der Männer und Frauen, die tagtäglich in der Sprechstunde, am Krankenbett, im Rettungsdienst, in vielen der Gesundheit dienenden Einrichtungen als Angehörige vieler Gesundheitsberufe oft rund um die Uhr unter Einsatz aller Kräfte im wahrsten Sinne des Wortes Dienst am Menschen leisten.

Wir haben in dieser Woche oft darüber diskutiert, was alles in den neuen Bundesländern noch nicht funktioniert, noch nicht erfüllt ist. Deshalb liegt mir zu Beginn dieser Diskussion daran, gerade beim Gesundheitswesen darauf hinzuweisen, was seit dem Fall der Mauer in der Gesundheitsversorgung in den neuen Bundesländern geschehen ist. Es ist in atemberaubender Schnelle und überall funktionierend ein flächendeckendes System der gesetzlichen Krankenversicherung, der gegliederten Krankenversicherung aufgebaut worden. Wir haben eine flächendeckende ambulante medizinische Versorgung. Die Qualität der Apparatemedizin wurde erheblich verbessert.

Die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in den neuen Bundesländern war zu keiner Minute gefährdet. Ich denke, daß

sich das, was in ein, zwei Jahren dort sehr rasch geschehen ist, sehen lassen kann. Alle Beteiligten, insbesondere die Selbstverwaltung, haben eine Pionierarbeit geleistet, die in die Geschichte der deutschen Gesundheitspolitik eingehen wird.

Es sind heute weniger die Qualität der Versorgung und weniger das Versorgungsniveau, sondern es sind die Finanzen, die uns beschäftigen. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung steigen seit zwei Jahren doppelt so schnell wie die Einnahmen.

Wir werden Ende dieses Jahres einen Beitragssatz von durchschnittlich über 13 Prozent haben. Er ist noch höher, als er im Mai/Juni dieses Jahres prognostiziert wurde. Trotz dieses Rekordbeitragssatzes in der Geschichte der deutschen Krankenversicherung werden wir gleichwohl ein Defizit von über 10 Milliarden DM haben.

Rekordbeitragssätze in den alten Bundesländern, Rekorddefizite in der Geschichte der deutschen Sozialversicherung in der Gesundheitspolitik, rote Zahlen in den neuen Bundesländern — darauf kann es nur eine Antwort geben: Hier helfen uns keine roten Karten, hier helfen uns keine bunten Plakate, hier helfen uns keine lauten Kongresse. Hier hilft uns nur die Kraft zum Handeln. Diesen Mut hat die Koalition.

Wenn wir jetzt, in dieser dramatischen Situation, nicht handeln, werden wir an der Schnittstelle 1994/95 einen durchschnittlichen Beitragssatz von über 15 Prozent haben. Dies bedeutet für einzelne Regionen in der Bundesrepublik Deutschland einen Spitzenbeitragssatz von etwa 20 Prozent. Wir hätten diesen durchschnittlichen Beitragssatz von 15 Prozent bereits

jetzt, wenn diese Koalition nicht 1988 die erste Gesundheitsreform durchgeführt hätte.

Der Erfolg der ersten Gesundheitsreform läßt sich in Mark und Pfennig nachweisen. Durch diese Gesundheitsreform ist von 1989 bis heute eine Beitragsentlastung von 50 Milliarden DM entstanden. Ich denke, der Erfolg des Gesundheits-Reformgesetzes kann sich sehen lassen. Wir haben bei der Verabschiedung der ersten Gesundheitsreform immer gesagt, daß eine zweite Stufe notwendig ist. Diese zweite Stufe der Gesundheitsreform leiten wir jetzt ein.

Die einzigen Reaktionen, die von uns bisher in den letzten zwei Jahren auf diese dramatische Entwicklung erfolgt sind,

Die Qualität unserer Gesundheitsversorgung steht weltweit an der Spitze.

waren Beitragserhöhungen, und diese einfache Antwort können wir uns nicht mehr länger leisten. Beitragserhöhungen sind gesundheitspolitisch falsch. Sie sind ökonomisch gefährlich, und sie sind auch sozial ungerecht.

Sie sind gesundheitspolitisch falsch, weil wir mit den derzeitigen Beitragserhöhungen nicht ein Mehr an Gesundheit finanzieren, sondern Unwirtschaftlichkeiten und Verschwendung.

Wenn wir ein Wundermittel gegen Krebs oder Aids finden würden, würden wir mit gutem Recht über Beitragserhöhungen diskutieren können. Aber das ist ja nicht der Fall. Wir finanzieren ja nicht mehr Gesundheit durch den aktuellen Kostenschub.

Es wird immer als Begründung angegeben: Das ist ja ganz natürlich, daß die Kosten, die Ausgaben explodieren, weil

die Lebenserwartung steigt und der medizintechnische Fortschritt voranschreitet. Meine Damen und Herren, dieses Argument ist mittel- und langfristig nicht zu bestreiten, aber es ist keine Erklärung für die aktuellen Kostenschübe.

Wenn die Ausgaben für den Zahnersatz im ersten Quartal 1992 um über 17 Prozent gestiegen sind, kann das doch niemand damit erklären, daß im gleichen Jahr etwa die Lebenserwartung um 17 Prozent gestiegen sei. Die gleichen Steigerungsraten haben wir — annähernd — bei Heilmitteln, bei Arzneimitteln.

Es gibt eine ganze Menge von Unwirtschaftlichkeiten und unnötigen Mengenausweitungen. Wir haben die zweithöchste Arztdichte in ganz Europa. Allein in den letzten zehn Jahren kamen 17 000 Kassenärzte — das sind 25 Prozent — hinzu. Und niemand wird bestreiten wollen, daß zwischen steigenden Arztszahlen und steigenden Ausgaben ein unmittelbarer Zusammenhang besteht.

Wir sind Weltmeister im Schlucken von Pillen und Tröpfchen. Eine hoher Anteil von verschriebenen Arzneimitteln wird angebrochen, aber nicht aufgebraucht und landet auf dem Arzneimüll. Kein Patient oder kaum ein Patient verläßt die Arztpraxis ohne ein Rezept.

Niemand bestreitet, daß wir in der Bundesrepublik Deutschland zu viele Krankenhausbetten haben, daß wir im Krankenhaus ein hohes Maß an Fehlbelegungen haben, daß wir in Deutschland viel zuviel stationäre und viel zuwenig ambulante Behandlung durchführen.

Niemand wird ernstlich in Frage stellen können, daß wir in der teuren Apparatemedizin z. B. einen Anteil von 30 Prozent überflüssigen Röntgen- oder Laborleistungen haben. Jeder kennt doch die Pro-

bleme mit den Mehrfachuntersuchungen, mit den großen Arzneimittelpackungen. Hier liegen große Wirtschaftlichkeitsreserven für das Einsparen.

Deshalb ist es gesundheitspolitisch falsch, mit steigenden Beiträgen Verschwendung und unerwünschte Mengenausweitung zu finanzieren.

Steigende Beiträge sind auch ökonomisch gefährlich. Das hat uns diese ganze Woche begleitet. Steigende Beiträge belasten die Arbeitskosten, gefährden Arbeitsplätze und die Wettbewerbsfähigkeit des Wirtschaftsstandortes Deutschland. Man muß sich einmal vorstellen, was es bedeutet, wenn in Regionen wie Dortmund oder Hamburg bei Nichthandeln der Politik ein Beitragssatz von annähernd 20 Prozent erreicht wird. Wenn ich 18 oder 19 Prozent Rentenversicherungsbeitrag und über 6 Prozent Arbeitslosenversicherungsbeitrag dazuzähle, wären manche Arbeitnehmer in den unteren Lohngruppen besser beraten, sie ließen sich die Abzüge auszahlen statt der Nettolöhne. Auch so kann es nicht weitergehen.

Höhere Beiträge sind auch sozial ungerecht. Ich gebe zu, daß dies in der Öffentlichkeit in der Konkurrenzsituation zur Selbstbeteiligung und Zuzahlung nicht einfach darzustellen ist. Es ist viel einfacher zu sagen: Selbstbeteiligung ist Abkassieren. Nur, meine Damen und Herren, die Stabilität der Beiträge liegt insbesondere auch im Interesse der Menschen, die über einen schmalen Geldbeutel verfügen, im Interesse von Menschen mit normalem Einkommen und insbesondere auch im Interesse von Rentnern.

Was entsteht denn, wenn die Ausgaben stärker als die Einnahmen steigen. Dann entsteht ein Defizit, und ein Defizit von heute ist die Beitragserhöhung von morgen. Und eine Beitragserhöhung bedeutet, daß in jedem Falle der Krankenversicherungsbeitrag für die Rentner steigt,

daß die Arbeitgeberbelastung beim Lohn steigt, und zwar mit dem Arbeitnehmerbeitrag.

Die Menschen kommen noch von einer zweiten Seite in die Zange, weil der Arbeitgeberbeitrag, wo immer es möglich ist, in die Preise einfließt. Das heißt, im Kern finanziert der Beitragszahler ein Defizit.

Was hat denn ein Rentner von einer 3%igen Rentenerhöhung, wenn auf der einen Seite die Preise über 3 Prozent hinaussteigen, auf der anderen Seite auch der Krankenversicherungsbeitrag. Dann hat der Rentner unter dem Strich nach einer Rentenerhöhung weniger als vorher. Deshalb müssen wir handeln.

Die Finanzierung eines Defizits in der gesetzlichen Krankenversicherung trifft den Beitragszahler, die Rentner, die Menschen mit schmalen Geldbeutel stärker als die Belastungen durch dieses Reformwerk. Deshalb liegt die Beitragsstabilität auch im Interesse der Beitragszahler und Patienten. Jeder Patient — dies wird oft vergessen — ist auch Beitragszahler.

Deshalb steht für diese Koalition eindeutig fest: Beitragssatzerhöhungen sind die denkbar schlechteste Antwort auf die Kostenexplosion. Beitragserhöhungen sind die unsocialste Form der Lösung dieses Problems.

Keines der dringenden Probleme wird damit gelöst. Deshalb wollen wir mit aller Entschlossenheit dieser Automatik, diesem Teufelskreis von steigenden Ausgaben und steigenden Beiträgen mit dieser Reform entgegenzutreten.

Ich halte es geradezu für eine ethische Verpflichtung der Politik, die Mittel von der Verschwendung, von der unerwünschten Mengenausweitung wegzuziehen und dorthin zu lenken, wo die Menschen wirklich Hilfe brauchen. Da haben

wir auch noch Aufgaben, wenn ich an die Pflegebedürftigen denke. Das sind Menschen, die gefüttert und gewickelt werden müssen, die rund um die Uhr betreut werden müssen, die ohne fremde Hilfe überhaupt nicht leben können. Es ist ein ethisches Gebot, Mittel von der Verschwendung wegzunehmen und zugunsten der Pflegebedürftigen in unserer Gesellschaft einzusetzen.

Wenn man ein so schwieriges und gewaltiges Reformwerk angeht, muß man auch das Ziel kennen, damit man den richtigen Weg einschlagen kann.

Wir wollen ein freiheitliches Gesundheitswesen, wir wollen ein pluralistisches Gesundheitswesen, und wir wollen ein solidarisches Gesundheitswesen.

Zur Freiheitlichkeit des Gesundheitswesens zählt die Freiberuflichkeit, zählt die Therapiefreiheit des Arztes, zählt die freie Arztwahl, zählt auch die Pluralität des Angebots gerade in der Krankenhauslandschaft, und dazu gehören auch freigemeinnützige, private und kirchliche Krankenhäuser. Zur Freiheitlichkeit des Gesundheitswesens gehört auch die Selbstverwaltung — trotz aller Mängel, die es da und dort gibt. Deshalb treten wir für die Vorfahrt der Selbstverwaltung in diesem Gesetzgebungsverfahren ein, obwohl in der Öffentlichkeit genau das Gegenteil behauptet wird.

Selbstverwaltung heißt auch Selbstverantwortung. Wer für die Selbstverwaltung eintritt, muß die Aufträge, die die Selbstverwaltung hat, auch erfüllen. Vielleicht würden wir heute hier nicht diskutieren, wenn die Selbstverwaltung in den letzten Jahren die Aufträge, die sie durch die erste Gesundheitsreform 1989 bekommen hat, fristgerecht erledigt hätte.

Wenn die Verantwortung durch andere nicht wahrgenommen wird, dann müssen wir als Politiker dafür sorgen, daß rich-

tige Maßnahmen in der Praxis durch Ersatzvornahmen umgesetzt werden. Das darf man uns nicht zum Vorwurf machen. Drei Jahre standen bisher zur Verfügung für die Einführung von Richtgrößen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Qualitätsprüfungen und für mehr Transparenz im Gesundheitswesen. Wir geben jetzt der Selbstverwaltung für die Verwirklichung dieser Aufträge noch einmal Zeit bis Ende 1994, weil wir akzeptieren, daß im Zusammenhang mit der deutschen Einheit Probleme in bezug auf die Arbeitsbelastung in der Selbstverwaltung bestanden.

Bis Ende 1994 sind dann insgesamt sechs Jahre seit der erstmaligen Auftragserteilung vergangen. Wenn die dafür zuständigen Stellen in dieser Zeit ihre Verantwortung nicht wahrnehmen, können der Gesundheitsminister und die Aufsichtsbehörden handeln. Wenn die staatlichen Verwaltungen dann handeln, kann jedoch ein nachträgliches Handeln der Selbstverwaltung das staatliche Handeln wieder außer Kraft setzen.

Mehr Vorrang für die Selbstverwaltung als die soeben angesprochenen sechs Jahre mit der zusätzlichen Möglichkeit der Aushebelung staatlicher Ersatzvornahme durch eigenes Handeln der Selbstverwaltung ist kaum vorstellbar.

Wir wollen eine solidarische Krankenversicherung. Das heißt, daß diese Krankenversicherung auch in Zukunft das solidarisch abdecken muß, was der einzelne und seine Familie nicht leisten können.

Ich füge hinzu: Die gleichen finanziellen Probleme, die die gesetzliche Krankenversicherung begleiten, hat in gleichem Umfang — in Teilbereichen sogar noch stärker — die private Krankenversicherung. Dies macht deutlich, daß es weniger um eine Systemfrage, sondern mehr um Strukturfragen geht.

Wir wollen den Segen des medizinischen Fortschritts allen Menschen in diesem Lande zugute kommen lassen, und zwar unabhängig vom Alter, unabhängig vom sozialen Stand und auch unabhängig vom persönlichen Einkommen. Wir wollen keine Auslese bei der medizinischen Versorgung nach Lebensalter, wie dies in manchen europäischen Ländern geschieht, und wir wollen vor allem auch kein Gesundheitssystem wie in den Vereinigten Staaten, wo 40 Millionen Menschen überhaupt keine Absicherung im Krankheitsfall haben, weil sie es sich entweder nicht leisten können oder von den Versicherungen aus Risikogründen nicht aufgenommen werden.

Unser Konzept setzt drei Schwerpunkte:

Erstens: Wir haben nicht zuwenig Einnahmen, sondern zuviel Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung. Deshalb ist die erste und wichtigste Antwort ein rigoroser Sparkurs, eine Sofortbremsung, die verhindert, daß sich ab 1993 die Schere zwischen Ausgaben und Einnahmen weiter auseinanderentwickelt. Dies heißt konkret, daß wir zeitlich befristet — nicht, wie oft behauptet wird, unbefristet — im Gesetz dafür sorgen, daß sich die Pflegesätze im Krankenhaus und die Arzthonorare 1993, 1994 und 1995 nicht stärker als die Löhne und Gehälter der Beschäftigten nach oben entwickeln können.

Ich denke, das ist das mildeste Mittel, das denkbar ist. Das ist eine zumutbare Lösung für die Ärzte, für die Zahnärzte und auch für die Krankenhäuser, um in dieser schwierigen Situation der gesetzlichen Krankenversicherung in den Sparbeitrag einbezogen zu werden.

Es geht um die Begrenzung der Zuwächse — zeitlich befristet. Ich kann gar nicht verstehen, daß dies als Sozialismus oder Planwirtschaft eingestuft wird. Ich halte

nichts davon, daß man auf Dauer budgetiert. Auf längere Sicht muß man andere strukturelle Maßnahmen haben. Aber eine zeitlich befristete Budgetierung in dieser dramatischen Situation — das halte ich für selbstverständlich; denn keine Familie, kein Handwerksbetrieb und kein mittelständischer Betrieb können auf Dauer mehr ausgeben, als sie einnehmen.

Das hat nicht das geringste mit Sozialismus oder Planwirtschaft zu tun. Deshalb stehe ich voll hinter dieser Maßnahme. Das Prinzip, daß man auf Dauer nicht mehr ausgeben kann, als man einnimmt, ist eine Grundregel der Betriebs- und der Volkswirtschaft. Ich bin dafür, daß wir dies zeitlich befristet auch in der gesetzlichen Krankenversicherung verwirklichen. Das ist die erste Sofortmaßnahme, die wir ergreifen müssen.

Aber wir beschränken uns nicht auf diese Sofortbremsung. Wir gehen auch an die Wurzeln der Entwicklung heran, indem wir strukturelle Maßnahmen einleiten. Tiefgreifende Strukturveränderungen müssen her.

Dieses Reformwerk ist weit mehr als ein Reparaturgesetz.

Wir leiten tiefgreifende Strukturänderungen ein, z. B. im Krankenhaus, bei den Arztzahlen, beim Zahnersatz durch eine Regelwahlleistung und dadurch, daß wir bei den freiwillig Versicherten die Möglichkeit der Kostenerstattung auf freiwilliger Basis einführen. Wir verwirklichen die Richtgrößen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Erstaunlicherweise sind jetzt die Richtgrößen, die von den Ärzten drei Jahre lang bekämpft wurden, als Alternative zu diesem Gesetzentwurf von den Ärzten vorgeschlagen worden.

Und was in der öffentlichen Diskussion häufig übersehen wird: Wir verbinden trotz dieses großen Sparprogramms damit

auch einen Umbau des Sozialstaats. Auch das ist eine strukturelle Veränderung.

Wir verabschieden ebenfalls neue Personalanhaltszahlen für die Krankenhäuser, die gewährleisten, daß wir in den nächsten vier Jahren in den deutschen Krankenhäusern insgesamt 26 000 Stellen mehr haben.

Wir haben in den letzten Jahren alle miteinander den Dienst an der Maschine und den Dienst am Schreibtisch höher bewertet als den Dienst für den Menschen. Hier müssen wir umsteuern.

Wenn wir 11,4 Milliarden DM einsparen und einen Teil davon dazu verwenden, die Pflegefachberufe, z. B. die Schwestern, zu unterstützen, dann ist das ein Umbau des Sozialstaats. Ich setze alles daran, daß ich meine Zusage, die ich den Schwestern und Pflegern gegeben habe, auch einhalte. Ich hoffe, daß mich die SPD an der Verwirklichung der Glaubwürdigkeit — gerade in diesem Punkt — nicht hindern wird.

Ein weiteres Strukturelement ist die Einführung der Transparenz. Es wird höchste Zeit, daß die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung durch einen Kontoauszug erfahren, was im Falle der ärztlichen Behandlung im konkreten Fall verschrieben und in Rechnung gestellt wird. Das führen wir durch dieses Gesetz ein.

Es steht auch fest, daß wir das Gehäuse unserer gesetzlichen Krankenversicherung langfristig neu zimmern müssen. Das ist heute keine aktuelle Aufgabe in diesem Reformwerk. Aber ich sage dies mit Absicht an dieser Stelle so deutlich. Lieber Norbert Blüm, wir haben diesen Punkt 1988, nämlich daß eine zweite Stufe notwendig ist, gemeinsam nicht ausreichend in die Köpfe der Menschen gebracht. Jetzt wird die zweite Stufe als Antwort auf das Scheitern der ersten

Stufe eingestuft. Aber sie war genau so geplant.

Wir brauchen etwa Mitte dieses Jahrzehnts eine dritte Stufe, in der das Verhältnis zwischen Solidarität und Eigenverantwortung neu definiert wird. Ich bin der festen Überzeugung, daß wir mit der Krankenversicherung von heute, mit dem Leistungskatalog von heute die gewaltigen Herausforderungen der Demographie, des medizinischen Fortschritts im nächsten Jahrhundert nicht bewältigen können.

Wir müssen eine Antwort darauf finden, was solidarisch, gemeinschaftlich in einer Zwangsversicherung, nämlich der gesetzlichen Krankenversicherung, abgesichert werden muß und kann und was wir der Eigenverantwortung der Menschen übertragen können und müssen.

Diese Antwort sollte nicht in diesem Gesetz gegeben werden, weil es eine sehr schwierige Antwort ist. Da dürfen wir keine Flickschusterei betreiben. Deshalb haben wir uns darauf verständigt, daß wir den Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion mit einem Sondergutachten beauftragen, damit er uns Vorschläge macht, nach welchen Regeln und Kriterien diese Neuabgrenzung zwischen Solidarität und Eigenverantwortung stattfinden kann.

Ich lade auch die Ärzte ausdrücklich ein, sich in den nächsten ein, zwei Jahren rechtzeitig Gedanken über diese Neukonstruktion zu machen, damit die Situation dieser Woche vermieden wird, gewissermaßen zwölf Stunden vor der Beratung eines Gesetzentwurfes mit Sonderärztetagen eine Alternative auf den Tisch legen zu müssen. Vielleicht hätten wir die Alternative nie bekommen, wenn wir in den letzten Wochen und Monaten nicht so standhaft geblieben wären.

Es reicht nicht aus, gegen Macht zu sein.

Vielmehr brauchen wir bei den Standesvertretungen, bei den Verbänden Gestaltungsmacht. Deshalb lade ich alle Ärzte und alle anderen Gruppen des Gesundheitswesens ein, die nächste Zeit zu nutzen, hier Konzepte zu entwickeln, damit wir diese dritte Stufe bewältigen können. In dieser dritten Stufe müssen wir auch über die jetzt durch Datenerhebung eingeleitete Krankenkassenreform endgültig entscheiden.

Das sind unsere drei Schwerpunkte: Sofortbremsung, Einleitung struktureller Maßnahmen auf vielen Gebieten und Vorbereitung einer langfristigen Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung in punkto Leistungskatalog und Krankenkassenreform. Diese drei Maßnahmen zusammen werden 1993 zu einem Einsparvolumen von 11,4 Milliarden DM führen, sozial gerecht verteilt: 8,2 Milliarden DM bei den Leistungserbringern, also Krankenhausärzten, Apothekern, Pharmabereich, Zahntechnikern, Zahnärzten, und 3,2 Milliarden DM bei den Versicherten.

Über 70 Prozent des Sparbeitrages tragen die Leistungserbringer und unter 30 Prozent die Versicherten. Ich denke, man kann mit Fug und Recht von einer gerechten Verteilung der Sparlasten sprechen.

Ein Thema hat in den letzten Tagen eine besondere Rolle gespielt, nämlich das sogenannte Arzneimittelbudget. Wir bekommen ja mit diesem Gesetz, auch wenn viele es nicht glauben, einen Solidarbeitrag der Pharmahersteller durch eine gesetzliche Absenkung der Preise 1993 und 1994. Das wird 1993 und 1994 insgesamt ein Solidarbeitrag von über 3 Milliarden DM sein. Die Koalition ist fest entschlossen, diesen Solidarbeitrag auch durchzusetzen.

Dieser Solidarbeitrag ist notwendig, weil wir auf der anderen Seite eine verstärkte Selbstbeteiligung der Versicherten bei den Arzneimitteln bekommen.

Diese Selbstbeteiligung, die jetzt gefunden worden ist, verhindert eine große Ungerechtigkeit, die im nächsten Jahr eintreten würde, nämlich daß sich die im Gesetz bereits enthaltene 15%-Selbstbeteiligung bei Arzneimitteln vorwiegend auf die Arzneimittel konzentrieren würde, die innovativ neu auf den Markt kommen, auf die Arzneimittel, die typischerweise bei schweren Erkrankungen verschrieben werden, während gleichzeitig Arzneimittel, die bei Bagatellerkrankungen verschrieben werden, dann zuzahlungsfrei wären. Es könnte auf Dauer nicht so bleiben, daß bei schweren Erkrankungen Zuzahlungen zu leisten wären und bei Bagatellerkrankungen Zuzahlungsfreiheit bestünde. Deshalb meine ich, daß wir hier jetzt ein Stück soziale Gerechtigkeit verwirklichen.

Ich möchte der Öffentlichkeit sehr deutlich sagen, daß die Härtefallregelung bei Arzneimitteln nach wie vor bestehen bleibt, ja, daß wir uns im Gesetzgebungsverfahren darum bemühen werden, die Härtefallregelung noch transparenter und verständlicher zu machen, damit auch wir Politiker, die wir manchmal nachlesen müssen, was alles in der Härtefallregelung steht, sie verstehen. Darauf werden wir noch etwas Gehirnschmalz verwenden müssen.

Es bleibt bei der Härtefallregelung, wonach Menschen, die ein bestimmtes Einkommen nicht überschreiten, von Zuzahlungen völlig befreit sind, und bei der Überforderungsklausel, wonach Patienten nur mit einem bestimmten Anteil ihres Einkommens Zuzahlungen leisten müssen, nämlich 2 Prozent und Höherverdienende 4 Prozent. Darüber hinaus

kann niemand zu Zuzahlungen herangezogen werden.

Es bleibt also bei dieser Härtefallregelung. Das ist der soziale Ausgleich bei den Zuzahlungsregelungen, und dieser soziale Ausgleich ist, wie wir wissen, in der Praxis treffsicher, weil er die Menschen, die wirtschaftlich nicht so leistungsfähig sind, vor Überforderung schützt.

Nun machen wir das Arzneimittelbudget, und zwar nicht deshalb, weil wir etwa große Anhänger von Budgetierungen sind. Auch das Arzneimittelbudget ist zeitlich befristet. Ich möchte hier noch einmal den wesentlichen Grund für dieses Budget sagen: Wenn wir 1993 und 1994 die Preise gesetzlich um 5 Prozent senken, dann müssen wir dafür Sorge tragen, daß diese Preissenkung nicht durch Strukturkomponenten und Mengenentwicklung unterlaufen wird. Das ist der entscheidende Grund.

Nun könnte man sagen: Dafür haben wir doch die Selbstbeteiligung. Aber wir wissen seit 1989, daß die Selbstbeteiligung, für sich allein betrachtet, nicht die Steuerungswirkung auslöst, die sich viele von ihr versprochen haben. Wir haben seit 1989 in den Bereichen, in denen wir die höchste Selbstbeteiligung haben, auch die größte Mengenentwicklung, den größten Mengenzuwachs.

Deshalb können wir nicht allein auf die Steuerungswirkung der Selbstbeteiligung vertrauen. Wir würden uns ja geradezu der Lächerlichkeit preisgeben, wenn wir den Solidarbeitrag der Pharmahersteller, den sie übrigens — mit Ausnahme einzelner Firmen — sehr klug begleiten, jetzt als großes Sparopfer der Pharmaindustrie darstellten und diese Preissenkung dann im Herbst 1993 durch Mengenentwicklung vielleicht überholt würde. Das darf nicht passieren. Deshalb müssen wir Sorge dafür tragen, daß die Mengen nicht explodieren.

Wir stellen für 1993 — und es geht, um das noch einmal deutlich zu sagen, um ein einziges Jahr; anschließend ist dies Sache der Selbstverwaltung — gesetzlich ein Arzneimittelvolumen zur Verfügung, das in seiner Höhe in der Bundesrepublik Deutschland bisher erst einmal verbraucht wurde, nämlich über 24 Milliarden DM. Das ist der Spitzenwert für den Medikamentenverbrauch in der Bundesrepublik Deutschland. Den kürzen wir nicht, sondern stellen ihn 1993 zur Verfügung.

Deshalb ist die Mär, chronisch Kranke, Allergiker, Diabetiker, Herzranke, Rheumatiker, würden nicht mehr die notwendigen Mittel erhalten, absolut falsch. Ich garantiere, auch nach dieser Reform bekommt jeder Kranke sein medizinisch notwendiges Medikament!

Ich sage in diesem Zusammenhang noch einmal: Wir reduzieren nicht die Qualität, wir reduzieren nicht das Versorgungsniveau, sondern das einzige, was wir tun, ist, Verschwendung und Unwirtschaftlichkeit wegzunehmen. Und die gleichen Standesvertreter und Ärzte, die sagen, das Arzneimittelbudget könne zu einer Beeinträchtigung der Therapiefreiheit führen, sagen in ihren Beschlußpapieren: Grenzt doch unwirksame Arzneimittel aus, die es in Milliardenhöhe gibt. Man kann doch nicht auf der einen Seite sagen: „Wir können nicht mehr genug verordnen“ und auf der anderen Seite zugeben, daß es in diesem Leistungskatalog unwirksame Arzneimittel in Milliardenhöhe gibt, die wir ausgrenzen können. Gleichwohl sage ich: Das Einsparvolumen gerade in diesem Punkt muß erreicht werden. Doch hinsichtlich des Instruments sind wir, ist die Koalition natürlich gesprächsbereit.

Aber es darf nicht die Illusion entstehen, daß wir das Sparvolumen dann aufgeben.

Es muß bei der gerechten Lastenverteilung bleiben.

Steigende Zahl der Kassenärzte: Es gibt einen direkten Zusammenhang zwischen steigenden Arztzahlen und steigenden Ausgaben. Deshalb müssen wir eine Antwort auf dieses Thema finden. Unser Vorschlag ist, wie Sie wissen, die Bedarfszulassung. Ich weiß, daß dies eine verfassungsrechtliche Frage von hohem Rang ist. Aber wir sind überzeugt, daß wir dieses Problem nicht anders lösen können. Wenn wir die Antwort in diesem Gesetzgebungsverfahren darauf nicht finden, dann sind staatliche Dauerinterventionen unvermeidbar.

Viele Verfassungsjuristen schlagen uns vor, die Dauerintervention der Honorardeckelung zu machen. Das wäre der weitest schärfere Eingriff, weil er an die Qualität und an die Existenz der bestehenden Praxen geht. Die Auswirkungen dieses auf den ersten Blick sehr verführerischen Vorschlags beginnen doch schon beim Medizinstudium.

Ich habe dagegen unter dem Gesichtspunkt der Qualität der Mediziner Ausbildung überhaupt nichts einzuwenden; anders könnten wir da verfassungsrechtlich ohnehin nicht ran. Die ganzen Schwierigkeiten im Zusammenhang mit Föderalismus lasse ich jetzt einmal beiseite; das Ganze ist ja Kulturhoheit.

Aber unabhängig vom Verfassungsrecht und unabhängig davon, daß es unter Qualitätsgesichtspunkten Sinn machen würde, beim Zugang und bei der Praxisbezogenheit etwas am Medizinstudium zu ändern, muß man darauf hinweisen, daß dies die Bedarfsfrage, nämlich die ständig steigende Kassenarztzahl, in keiner Weise steuert oder löst.

Denn die Europäische Gemeinschaft ermöglicht es, daß jeder, der in Europa Medizin studiert, in Deutschland als Arzt zugelassen werden muß. Jeder deutsche Medizinstudent, der im Ausland studiert,

muß in Deutschland ebenfalls zugelassen werden. Wenn wir das Medizinstudium für deutsche Studenten jetzt unter Bedarfsgesichtspunkten — das wäre rechtlich gar nicht zulässig — verschärfen würden, dann würden wir bezüglich der zusätzlichen Kassenzulassungen in der Bundesrepublik Deutschland wegen der Freizügigkeit in Europa nichts erreichen. Das wäre eine Maßnahme, die sich allein gegen die deutschen Medizinstudenten richtet.

Krankenhaus — ein Kernpunkt unseres Strukturkonzeptes. Ich sage auch hier noch einmal: Ohne Einbeziehung des Krankenhauses gibt es keine Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Warum wird immer mehr stationär behandelt? Warum steigt die Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte in den letzten zehn Jahren um fast 50 Prozent? Sind denn die Menschen um so viel kränker geworden? Das Krankenhaus ist eine Stätte der Hochleistungsmedizin. Ich bin sehr dafür, daß es auch so bleibt. Aber dies heißt doch nicht, daß es nicht auch dort Wirtschaftlichkeitsreserven gibt, die wir nutzen müssen. Wir müssen beispielsweise das Vergütungssystem, das Selbstkostendeckungssystem im Krankenhaus durch leistungsorientierte Vergütungen wie Sonderentgelte und Fallpauschalen ablösen.

Wir müssen dafür sorgen, daß wir mehr ambulant — im niedergelassenen Bereich und möglicherweise auch im Krankenhaus — und weniger stationär behandeln. Auch dazu sieht der Gesetzentwurf Ansatzpunkte vor; man kann sie vielleicht noch verstärken.

Was die 11 DM Zuzahlung im Krankenhaus betrifft: Wir wollen die Hochleistungsmedizin für die Menschen gerade im Krankenhaus; das kostet Geld. Wir wollen die optimale pflegerische Betreu-

ung. Aber wenn wir das wollen — was wir auch finanzieren können müssen —, dann müssen wir mit der Bevölkerung eine Diskussion führen, ob sie nicht bereit ist, sich wenigstens an der Verpflegung im Krankenhaus zu beteiligen.

Ich bin sehr dafür, daß wir diese Diskussion führen; denn wenn wir das nicht tun, dann müßten wir die Qualität zurückführen. Das wäre der weitaus größere Eingriff für die Menschen.

Natürlich müssen wir uns die Extremfälle, die uns genannt wurden, anschauen und im Gesetzgebungsverfahren überlegen, ob wir im Sinne einer Härtefallregelung hier sozial etwas abfedern können.

Die Krankenhäuser — da bin ich sicher — bleiben auch in Zukunft der Ort der Hochleistungsmedizin. Es gibt keinen Grund zur Sorge, daß die Trägervielfalt im Krankenhausbereich durch dieses Gesetz gefährdet sein könnte. Das wollen wir nicht.

Nach der Entwicklung der letzten Tage möchte ich zum Stil der Auseinandersetzung nur zwei Bemerkungen machen. Ich denke, es ist legitim, ja sogar notwendig, daß Verbände und Standesvertretungen in der Bundesrepublik Deutschland bei einem Reformwerk ihre Interessen mit allem Nachdruck vertreten; das müssen sie. Ein Politiker, der dies nicht aushält, wäre falsch am Platz. Nur, auch diese Auseinandersetzung muß sich innerhalb der demokratischen Spielregeln abspielen. Ich sagte eingangs, sie darf vor allem nicht auf dem Rücken der Kranken und der Hilfebedürftigen ausgeübt werden.

Ich möchte Ihnen jetzt nicht jedes persönliche Erlebnis, das ich im Zusammenhang mit diesem Reformwerk hatte, vortragen. Aber wenn man mir persönlich vorwirft, ich würde mit diesem Reformwerk ein verkapptes Euthanasieprogramm und die Hinrichtung von Men-

schen verfolgen, wenn man in Zeitungsanzeigen veröffentlicht „Wer früher stirbt, ist billiger für die Krankenversicherung“ — dies stammt von einer Aktionsgemeinschaft der Kassenärzte —, dann bitte ich um Verständnis, wenn ich sage: Hier ist die Schallmauer der Geschmacklosigkeit durchbrochen.

Ich konnte nicht anders, als durch die Nichtteilnahme an den Ärztetagen ein deutliches Signal in der Öffentlichkeit zu setzen.

Ich respektiere und vermerke mit Dank, daß sich die Spitzenvertreter der deutschen Ärzteschaft an diesen beiden Tagen distanziert haben.

Ich möchte dem Ersten Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Ulrich Oesingmann, ausdrücklich danken. Wir haben uns in den letzten Tagen und Wochen beide nichts geschenkt; aber ich habe mit großem Respekt begleitet, wie er mit der Spitze der KBV den Kurswechsel, nämlich hin zu Dialogbereitschaft und zur Alternative, in dieser Woche eingeleitet hat. Wer die Verhältnisse in der Ärzteschaft bis zu diesem Tage kannte, weiß, daß dazu eine gehörige Portion Mut gehört hat. Deshalb möchte ich ihm hier vor aller Öffentlichkeit danken, daß er den Faden in die Gesprächsspule wieder eingeführt hat. Es gibt nicht nur eine medizinische Verantwortung der Ärzte, sondern es gibt bei so einem Reformwerk auch eine soziale Verantwortung der Ärzte.

Ich bedanke mich auch bei den Krankenkassen, die dieses Reformwerk ohne Ausnahme verantwortungsvoll begleitet haben, obwohl die Versicherten davon betroffen sind. Sie haben mir immer wieder gesagt: Wir sind bereit, Verantwortung zu tragen, wenn die Lasten gerecht verteilt werden.

Ich sage für die ganze Koalition: Wir bleiben in den nächsten Wochen und Monaten dialogbereit, nicht nur mit den

Ärzten, sondern auch mit den Kassenzahnärzten, mit der Krankenhausgesellschaft, den Zahntechnikern, den Apothekern und den Krankenkassen. Dialogbereitschaft heißt: Wenn gute Argumente auf den Tisch kommen, muß man auch bereit sein, etwas zu ändern.

Da fällt niemandem ein Zacken aus der Krone, da geht es nicht um Eitelkeiten. Aber um Illusionen von vornherein vorzubeugen: Es muß gewährleistet bleiben, daß das Sparvolumen nicht verwässert wird und daß die Lastenverteilung gerecht bleibt.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, dieses Gesetz, dieses Reformwerk ist ein Prüfstein für die Umbaufähigkeit des Sozialstaates. Gefragt ist die Kraft zu Reformen anstelle des Klammersns an Besitzstände. Gefragt ist Mitmenschlichkeit, das Denken an das Gemeinwohl statt Egoismus. Gefragt sind jetzt rasche, eindeutige und nach Möglichkeit auch richtige Entscheidungen. So wie die Koalition in den letzten Wochen in höchstem Maß vertrauensvoll zusammengearbeitet hat, werden wir auch in den nächsten Wochen zusammenarbeiten.

Da wir die Zustimmung zu diesem Gesetz brauchen und da es um ein komplexes und ernstes Thema geht, möchte ich hier der SPD und den Bundesländern im Namen der Koalition das Angebot zu Gesprächen und zur Zusammenarbeit machen.

Ich bitte, in dieses Angebot nichts Falsches hineinzuinterpretieren. Dahinter stecken weder koalitionspolitische, taktische Fragen, noch hat irgend jemand die

Absicht, Partner gegeneinander auszuspielen. Ich denke, es ist, wenn man die Zustimmung braucht, ein Gebot der Vernunft, das Gespräch frühestmöglich zu suchen — aber nicht nur wegen der Zustimmung.

Nachdem das Arbeitsförderungsrecht in einer großen, parteiübergreifenden Koalition konzipiert, die Rentenreform parteiübergreifend durchgeführt und auch die Rentenüberleitung auf die fünf neuen Länder parteiübergreifend „gezimmert“ worden ist, wäre es gut, wenn wir auch auf dem schwierigen Feld des Gesundheitswesens und der gesetzlichen Krankenversicherung zu einem großen Konsens kommen würden. Ich lade alle Beteiligten dazu ein.

Wenn wir das schaffen — ich bin sicher, daß wir es schaffen —, haben wir nicht nur einen gewaltigen Schritt zur Lösung der aktuellen Probleme getan, sondern auch einen Riesenschritt zur sozialen Zukunftsvorsorge, auf daß allen Menschen in der Bundesrepublik Deutschland der Segen des medizinischen Fortschritts zu finanzierbaren Beiträgen zugute kommt.

Ich bitte Sie auf diesem Weg um Ihre Unterstützung. Zeigen Sie Gelassenheit, Lebensfreude! Dazu möchte ich auch die Bevölkerung ermuntern. Denn beides ist neben dem, was wir heute diskutieren, immer noch die beste Medizin.

Ich habe mich dieser Medizin, der Gelassenheit und der Lebensfreude, in den letzten Wochen bedient. Ich habe festgestellt, sie ist hochwirksam.