

Eckpunkte für den Entwurf
eines Gesundheits-Strukturgesetzes der
Fraktionen CDU/CSU, SPD und FDP

Stabile Beitragssätze sind das Ziel

- Der Konsens von Lahnstein zu Einsparungen und Strukturverbesserungen im Gesundheitswesen

Unser Gesundheitswesen garantiert ein hohes Niveau an medizinischer Versorgung und gesundheitlichen Leistungen, es gehört zu den leistungsfähigsten der Welt. Darauf sind wir stolz. Wer krank ist, kann die notwendigen Leistungen in Anspruch nehmen, solange dies erforderlich ist und zwar unabhängig vom Einkommen. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) schafft die Voraussetzung für diese qualitativ hochstehende Versorgung für die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung (ca. 90 Prozent). Dabei soll es auch bleiben.

Ein derart vorbildliches System ist mit erheblichen Kosten verbunden. Überproportional stark steigende Kosten sind aber nicht unbedingt Folge einer verbesserten medizinischen Versorgung, sie können ebenso ein Zeichen für Unwirtschaftlichkeit und mangelndes Kostenbewußtsein sein. Unser Gesundheitswesen braucht daher Rahmenbedingungen, die es auch für die Zukunft leistungsfähig, für alle zugänglich und finanziell tragbar halten. Dies ist unser Ziel: Medizinische Versorgung auf hohem Niveau zu fairen Kosten, damit auch zukünftig genügend finanzieller Raum für den medizinischen Fortschritt besteht. Das liegt im Interesse aller Versicherten, ist vor allem aber eine Notwendigkeit für die Kranken und Pflegebedürftigen, die auf ein leistungsfähiges und bezahlbares Gesundheitswesen angewiesen sind.

Die Kosten steigen doppelt so schnell wie die Beiträge

Die Diagnose ist nicht bestreitbar: Die GKV ist krank. Sie leidet unter einer ausufernden Kostenentwicklung. Derzeit steigen die Ausgaben doppelt so schnell wie die Einnahmen. Trotz Minderausgaben in Teilbereichen durch das Gesundheitsreformgesetz 1989, trotz über der Inflationsrate liegender Einkommens- und damit Beitragseinnahmen und trotz der gestiegenen Beschäftigtenzahl (im Westen), die ebenfalls zu deutlichen Mehreinnahmen geführt hat, lag das Defizit der gesetzlichen Krankenversicherung im letzten Jahr bei fünf Milliarden DM. Für dieses Jahr wird ein Defizit von rund 10 Milliarden DM erwartet.

Langfristige Entwicklungen, wie die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung und der medizinische Fortschritt, können diese kurzfristigen Kostenschübe nicht erklären. Zu diesem Defizit führen vielmehr Überkapazitäten, unwirtschaftliche Strukturen und medizinisch nicht erforderliche Mengenausweiterungen. Die Folge: Die Defizite drücken auf die Beiträge. Deshalb hat sich

der durchschnittliche Beitragssatz, der nach der Gesundheitsreform von 12,9 auf 12,2 Prozent gesunken war, zwischenzeitlich wieder auf 12,5 Prozent erhöht. Wenn nicht schnell etwas geschieht, müssen die Krankenkassen ihre Beiträge weiter — teilweise drastisch — erhöhen, ohne daß dies zu einer besseren medizinischen Versorgung der Kranken führt. Steigende Beitragssätze würden zu vielfältigen negativen Folgewirkungen führen:

- Sie überfordern Arbeitnehmer und Arbeitgeber, und das in einer Situation, in der alle Anstrengungen auf den Aufbau der neuen Bundesländer und auf den Start in den Europäischen Binnenmarkt und in die Europäische Union gerichtet sein müssen.
- Sie fördern inflationäre Tendenzen und belasten insbesondere die Bezieher niedriger und mittlerer Einkommen.
- Sie begrenzen den Spielraum für den medizinischen Fortschritt und für zwingend notwendige zusätzliche soziale Leistungen. Steigende Beitragssätze erschweren insbesondere die Einführung einer Pflegeversicherung, die angesichts 1,6 Millionen pflegebedürftiger Menschen in Deutschland zu den vordringlichsten sozialpolitischen Aufgaben gehört.
- Sie schaden den Rentnern in doppelter Weise. Zum einen begrenzen sie den Spielraum für die Rentenerhöhungen, da die Renten der Nettolohn-Entwicklung folgen, zum anderen ergibt sich auch für die Rentner eine zusätzliche Belastung durch steigende Beitragssätze.

Wem jetzt die Kraft und der Mut fehlt, im Gesundheitswesen eine wirksame Kostenbremse einzubauen, muß sich vorwerfen lassen, den Versicherten in der Zukunft **jährliche** Beitragssatzsteigerungen von ca. 0,5 Beitragssatz-Prozentpunkten zuzumuten. Normalverdiener und Rentner würden dann mehrfach zur Kasse gebeten. Die CDU begrüßt, daß die SPD ihre Verweigerungshaltung und ihre Blockadepolitik auf dem sensiblen Feld der Sozialpolitik aufgegeben und mit uns zusammen einen Durchbruch zur Stabilisierung der Krankenversicherung im Interesse von Patienten und Versicherten ermöglicht hat.

Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer: „Durch den in Lahnstein gefundenen Konsens haben alle gewonnen, die Versicherten wie die gesetzliche Krankenversicherung und die Leistungsbereiche. Damit ist der Weg frei für die tiefgreifendste Reform seit Bestehen der gesetzlichen Krankenversicherung. Das Reformwerk sichert nicht nur die Finanzgrundlagen, es enthält auch Strukturelemente, die weit in die Zukunft weisen. So wird z. B. die Krankenhausfinanzierung neu geordnet und die Organisation der Krankenkassen auf eine zeitgemäße Grundlage gestellt.“

Koalition wie Opposition bewerten die Ergebnisse von Lahnstein als durchschlagenden Erfolg. Im Interesse des Gemeinwohls ist es gegen die Widerstände von Interessengruppen gelungen, einen tragfähigen Konsens zu erzielen.

Das Sparziel von rund 11 Mrd. DM wird erreicht. Leistungsverbesserungen sind möglich. Die Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung werden stabilisiert.“

Grundüberlegungen für ein Gesundheitsstrukturgesetz

Aufgrund der gegenwärtigen Kostenentwicklung sind Maßnahmen erforderlich, die schnell wirken und zu einer sofortigen Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung führen. Es geht dabei allerdings nicht um eine reine Kostendämpfung. Vielmehr geht es darum, insbesondere die Kosten zu vermeiden, die auf mangelnden Wirtschaftlichkeitsanreizen beruhen bzw. aus einer Überfrachtung des Solidargedankens resultieren. Daher sieht das Gesundheitsstrukturgesetz zeitlich drei Schritte vor: eine sofort wirkende Kostenbremse zur Sicherung der finanziellen Grundlagen, Maßnahmen zu strukturellen Verbesserungen, die mittelfristig Fehlentwicklungen korrigieren sollen und langfristig eine Neudefinition der Aufgaben des Sozialstaates.

1. Kurzfristige Kostenbremse: Beitragssatzstabilität heißt das Gebot der Stunde, und Beitragssatzstabilität ist auch das Ziel des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993. Wir brauchen daher eine **sofort wirksame Sicherung** der finanziellen Grundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung dürfen ab 1993 nicht mehr stärker steigen als die Beitragseinnahmen. (Die im folgenden als „Sofortmaßnahmen“ gekennzeichneten Änderungen sollen am 1. 1. 1993 in Kraft treten.)

Damit dieses Ziel kurzfristig erreicht werden kann, müssen alle am Gesundheitswesen Beteiligten in die Pflicht genommen werden; d. h. daß alle einen ausgewogenen Beitrag erbringen müssen — die Leistungserbringer wie die Versicherten.

Um die Beiträge ab 1993 wieder stabil halten zu können, müssen jährlich ca. 11 Milliarden DM eingespart werden. Davon sollen ca. 8,2 Milliarden DM, also der überwiegende Teil, auf die Leistungsanbieter entfallen, ca. 2,8 Milliarden DM auf die Versicherten.

2. Strukturelle Maßnahmen: Das Gesundheitsstrukturgesetz beschränkt sich aber nicht auf kurzfristige Korrekturen. Vielmehr werden zeitgleich struktu-

reelle Maßnahmen eingeleitet, um die **Fehlentwicklungen** an der Wurzel zu beseitigen. Sowohl für die Patienten, wie auch für die Krankenhäuser, Ärzte, Arzneimittelhersteller und Leistungserbringer von Heil- und Hilfsmitteln gibt es im bestehenden System zu wenig Anreize für wirtschaftliches Verhalten. Die Folge: Es entstehen höhere Kosten als unbedingt notwendig. Daher muß es für alle Beteiligten mehr Anreize zu kostenbewußtem Verhalten geben.

Daneben bleibt die **Selbstverwaltung** selbstverständlich aufgefordert, ihren Handlungsauftrag aus dem Gesundheitsreformgesetz 1989 zu erfüllen und ihren Beitrag zur Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung zu leisten.

Auch für die Krankenkassen gibt es zukünftig mehr Anreize für wirtschaftliches Verhalten. In Zukunft können alle Versicherten ihre Kasse frei wählen. Dies führt zu **mehr Wettbewerb** unter den Kassenarten. Damit dieser Wettbewerb nicht durch stark abweichende Risikostrukturen verzerrt wird, wird mit der Einführung eines bundesweiten Risikostrukturausgleichs zwischen allen Kassenarten die Voraussetzungen für einen am Leistungsvermögen und an den Beiträgen orientierten Wettbewerb geschaffen. Mehr Wettbewerb führt zu mehr Kostenbewußtsein in den Krankenkassen und kommt damit letztlich den Versicherten zu gute.

3. Solidarität und Eigenverantwortung: In einem dritten Schritt geht es langfristig auch darum, die Baugesetze unseres Sozialstaates, Solidarität und Subsidiarität, neu zu definieren. Soziale Sicherheit, soziale Gerechtigkeit und Eigenverantwortung müssen in ein Gleichgewicht gebracht werden, das den Änderungen im Altersaufbau der Bevölkerung und dem medizinischen Fortschritt Rechnung trägt. Deshalb muß geklärt werden, was die Solidargemeinschaft und was der einzelne leisten kann und muß. Zu dieser Frage soll der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen ein Sondergutachten erstellen.

Maßnahmenkatalog

I. Stationäre Versorgung

Ein Drittel der Leistungsausgaben der GKV (1991: 49 Milliarden DM) entfallen auf den Krankenhausbereich, der für die ungebremste Kostendynamik wesentliche Mitverantwortung trägt. Die Kritik am Krankenhauswesen macht sich hauptsächlich am sogenannten „Selbstkostendeckungsprinzip“ fest, nach dem die Krankenhäuser ihre Kosten nur nachweisen und rechtferigen müssen; sie werden dann in der Regel ohne weitere Prüfung in der geforderten Höhe von der gesetzlichen Krankenversicherung ersetzt. Dieses

Element der mangelnden Kostenverantwortung, das es in dieser Form ansonsten nirgendwo auf der Welt gibt, muß zwingend abgelöst werden. Erforderlich ist ein leistungsbezogenes Vergütungssystem im Krankenhaus, das dem Krankenhaus auch wieder verstärkt Gestaltungsspielräume zubilligt und somit für mehr Wettbewerb sorgt. Dazu muß generell die Eigenverantwortlichkeit der Krankenhäuser gestärkt und die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit in die Krankenhäuser zurückverlagert werden. Im einzelnen ist folgendes vorgesehen:

1. Das **Selbstkostendeckungsprinzip** wird zum 1. Januar 1993 aufgehoben. Damit wird ein grundlegender Strukturfehler im Krankenhaus beseitigt und ein entscheidender Anreiz für mehr Wirtschaftlichkeit geschaffen. Für 1993 bis 1995 werden die dem Krankenhaus zur Verfügung stehende **Mittel der GKV** auf den Zuwachs der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen begrenzt (**Sofortmaßnahme**).
2. Der tagesgleiche Pflegesatz wird so schnell und so weitgehend wie möglich durch **leistungsorientierte und pauschalierte Vergütungen** (Sonderentgelte und Fallpauschalen) abgelöst.
3. **Private Investitionen** werden erleichtert. Krankenhäuser erhalten die Möglichkeit, neben den Finanzierungsmitteln der Länder auch privates Kapital einzusetzen.
4. Bei **privatärztlicher Tätigkeit** sollen die liquidationsberechtigten Ärzte für die Inanspruchnahme von Personal und Sachmitteln des Krankenhauses einen sachgerechten Ausgleich an das Krankenhausbudget leisten (**Sofortmaßnahme**).
5. Die **Zuzahlung der Patienten** in Höhe der **häuslichen Ersparnis** bleibt auf 14 Tage pro Jahr beschränkt. Ab 1. 1. 1993 beträgt diese in den alten Bundesländern 11 DM und in den neuen Bundesländern 8,— DM pro Tag. Vom 1. Januar 1994 an beträgt sie 12,— DM bzw. 9,— DM. Rehabilitationsverfahren, Kuren und Krankenhausbehandlung werden — wie im geltenden Recht — auf die Gesamtdauer angerechnet (**Sofortmaßnahme**).

Darüber hinaus werden im Bereich der stationären Versorgung nicht nur Einsparungen erzielt, sondern auch Verbesserungen möglich:

6. Zum 1. Januar 1993 soll die Verordnung zur besseren Ausstattung der Krankenhäuser mit **Pflegemitarbeitern** in Kraft treten. Dafür sind Mittel in Höhe von 210 Mio. DM vorgesehen. Damit können ab 1993 weitere 13 000 Krankenschwestern und Krankenpfleger zusätzlich eingestellt werden. Hinzukommen zusätzliche Stellen für **Hebammen und Geburtshelfer** (**Sofortmaßnahme**).

7. Ein Gemeinschaftsprogramm zur **Finanzierung von Krankenhausinvestitionen in den neuen Bundesländern** von 1994 bis 2003 wird unter Beteiligung von Bund, neuen Ländern und Krankenkassen unter Einbeziehung privater Investitionsmittel angestrebt. Private Finanzierung oder private Mitfinanzierung von Krankenhäusern soll ermöglicht werden.

II. Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung

Die gegenwärtig strikte Trennung in ambulante und stationäre Versorgung führt oftmals zu doppeltem Aufwand und damit zu erhöhten Kosten. Vielfach wird auch aufgrund einer Operation ein teures Krankenhausbett in Anspruch genommen, selbst wenn dies medizinisch nicht notwendig ist. Daher ist eine bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Behandlung beabsichtigt. Dies spart nicht nur Kosten, sondern führt auch zu einer patientengerechteren Versorgung mit medizinischen Leistungen. Im einzelnen ist folgendes vorgesehen:

- 1. Vor- und nachstationäre Behandlung:** Krankenhäuser erhalten die Möglichkeit, Patienten vor- und nachstationär ambulant zu behandeln. Die vorstationäre Behandlung erstreckt sich auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage nicht überschreiten.
- 2. Ambulantes Operieren:** Die Möglichkeit des ambulanten Operierens wird in Krankenhäusern und Arztpraxis ausgebaut. Dazu soll ein Katalog ambulant durchführbarer Operationen von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbart werden, einschließlich der Maßnahmen zur Qualitätssicherung.
- 3. Verbesserung der Großgeräteplanung:** Es bleibt bei dem Vergütungsausschluß für vor 1993 in Betrieb genommene, aber nicht genehmigte Großgeräte.

III. Ambulante kassenärztliche und kassenzahnärztliche Versorgung

Die Ärzte sind die wichtigsten Partner für die Gesundheitspolitik. In ihrer Hand liegt der Schlüssel für eine Vielzahl von Leistungen, wie die Verordnung von Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln sowie Krankenhausbehandlungen. Das macht ihre Verantwortung für die Versichertengemeinde-

schaft und damit für das Gesundheitswesen im Ganzen deutlich. Sie müssen ebenso in die Pflicht genommen werden, wie die anderen Beteiligten am Gesundheitswesen: zum einen, weil sie durch ihre Verordnungstätigkeit über die Kosten des Arztbesuches hinaus weitere Kosten verursachen, zum anderen, weil ein direkter Zusammenhang zwischen steigenden Arzthäufigkeiten und steigenden Ausgaben in der GKV besteht.

- 1. Die Gesamtvergütungen** der Kassenärzte und Kassenzahnärzte werden für den Zeitraum 1993 bis einschließlich 1995 auf den Zuwachs der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkasse **begrenzt**. Die gegenwärtig üblichen Einzelleistungshonorierungen sollen bis Ende 1995 für Allgemeinärzte durch Honorare nach Fallpauschalen bzw. Leistungskomplexen ersetzt werden. Für alle anderen Ärzte sollen nach 1995 solche Vergütungsformen möglichst bald eingeführt werden (**Sofortmaßnahme**).
- 2. Die Arztvergütung** für Zahnersatz in der GKV wird ab 1993 um zehn Prozent **abgesenkt**, um die ungleichgewichtige Bewertung von Zahnerhaltung und Zahnersatz zu beseitigen. Die **Vergütung für zahntechnische Leistungen** wird um fünf Prozent gesenkt (**Sofortmaßnahme**).
- 3. Um verstärkte Anreize** für eine wirtschaftliche Verordnungsweise zu schaffen, wird ab 1993 ein **Arznei- und Heilmittelbudget** auf der Basis von 1991 festgelegt (**Sofortmaßnahme**). Das Arzneimittelbudget wird ab 1994 ausgesetzt, wenn Richtgrößen vereinbart und auf dieser Grundlage Wirtschaftlichkeitsprüfungen durchgeführt werden.
- 4. Die steigende Zahl von Kassenärzten** führt zur Überversorgung der Bevölkerung. Deshalb wird die **Bedarfsplanung** des geltenden Rechts (§§ 99 – 104 SGB V) zum 1. 1. 1993 wirksamer ausgestaltet. Ab 1. 1. 1999 wird die Zahl der Kassenärzte durch gesetzliche Regelungen begrenzt. Die Kassenzulassung endet ab diesem Zeitpunkt grundsätzlich mit dem 68. Lebensjahr (nicht wie bisher geplant nach dem 65. Lebensjahr). Über die Altersgrenze hinaus kann die Kassenarztpraxis weitergeführt werden, wenn der Kassenarzt weniger als 20 Jahre als Kassenarzt praktiziert hat.
- 5. Zahnersatz** ist durch konsequente Prophylaxe in vielen Fällen vermeidbar. Deshalb ist es gerechtfertigt, daß zahnheilkundlich umstrittener und unnötig aufwendiger Zahnersatz nicht mehr von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen wird. Wer aufwendigere Formen der Versorgung von einer Kasse erstattet haben möchte, muß sich privat zusatzversichern! Eine zweckmäßige zahnmedizinische Versorgung wird jedoch in jedem Fall von der gesetzlichen Krankenversicherung gewährleistet (**Sofortmaßnahme**).

IV. Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln

22 Milliarden DM haben die Krankenkassen auf Veranlassung der Ärzte für Arzneimittel in den westdeutschen Bundesländern 1991 ausgegeben. Eine nicht unerhebliche Menge dieser Arzneimittel wurde von den Patienten nicht gebraucht und mußte vernichtet werden. Es ist daher gerechtfertigt, auch das Kostenbewußtsein der Patienten durch die Einführung einer generellen Eigenbeteiligung für Arzneimittel zu stärken. Dabei geht es insbesondere um die mengenmäßige Inanspruchnahme.

Andererseits muß im Pharmabereich das Verantwortungsbewußtsein für die Arzneimittelpreise gestärkt werden. Die Arzneimittelpreise liegen in Deutschland weit über dem Durchschnitt vergleichbarer Industrieländer. Daher ist es gerechtfertigt, auch vom Pharmabereich einen Solidarbeitrag zu fordern.

Im einzelnen ist folgendes vorgesehen:

1. Das **Arznei- und Heilmittelbudget** wird ab 1993 auf der Basis von 1991 festgelegt (**Sofortmaßnahme**).
2. Als **Solidarbeitrag** der **Pharma-Hersteller**, des **Apothekengroßhandels** und der **Apotheken** wird der Herstellerabgabepreis für Arzneimittel ohne Festbetrag am 1. 1. 1993 auf gesetzlicher Grundlage um fünf Prozent abgesenkt und bis zum 31. 12. 1994 festgeschrieben. Die Preissenkung für nichtrezeptliche Arzneimittel beträgt zwei Prozent (**Sofortmaßnahme**).
3. Die Umsetzung der Arzneimittelfestbeträge wird für die Stufen 2 und 3 erleichtert (**Sofortmaßnahme**).
4. Es wird eine **Liste verordnungsfähiger Arzneimittel** in der gesetzlichen Krankenversicherung erarbeitet.
5. Für alle zu Lasten der GKV verordneten Arzneimittel wird ab 1. 1. 1993 eine Zuzahlung von 3,— DM, 5,— DM oder 7,— DM festgesetzt. Für 1993 gilt diese Staffelung nach Preisen. Ab 1994 orientiert sie sich an der Packungsgröße. Damit wird die für den 1. Juli 1993 vorgesehene gesetzliche Regelung abgelöst, nach der die Zuzahlung für Nicht-Festbetragsarzneimittel 15 Prozent betragen hätte. Die Härtefallregelungen finden weiterhin uneingeschränkt Anwendung (**Sofortmaßnahme**).

V. Organisationsreform der Krankenkassen

Die Koalition hat sich in den Koalitionsvereinbarungen für die 12. Legislaturperiode auf die Durchführung einer Organisations- und Strukturreform der

GKV verständigt. Die Vereinbarung von Lahnstein sieht nun im einzelnen folgendes vor:

Das gegliederte System der gesetzlichen Krankenversicherung wird bewahrt.
Sondersysteme — landwirtschaftliche Krankenversicherung, Bundesknapp-schaft, See-Krankenkasse — bleiben erhalten.

In Zukunft sollen alle Versicherten — die Arbeiter wie bisher schon die Angestellten — ihre Kassen wählen können.

Mit der Einführung eines **bundesweiten Risikostrukturausgleichs** zwischen allen Kassenarten werden die Voraussetzungen für diesen Wettbewerb um die Versicherten geschaffen. Der Ausgleich umfaßt die beitragspflichtigen Einnahmen (Grundlöhne), mitversicherte Familienangehörige, Alter und Geschlecht der Versicherten. Vom 1. Januar 1994 an wird der Risikoausgleich in der allgemeinen Krankenversicherung und ab 1. Januar 1995 auch in der Krankenversicherung der Rentner eingeführt. Der geltende Finanzausgleich in der Krankenversicherung der Rentner wird dann aufgehoben. Nach Durch-führung des Risikostrukturausgleichs können sich die Versicherten von Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen für eine Mitgliedschaft in einer Ersatz-kasse entscheiden. Diese darf sie nicht zurückweisen.

Die gesetzlichen Zugangsbeschränkungen bei den Betriebs- und Innungskran-kenkassen bleiben erhalten. Diese Kassen können sich für alle anderen Versi-cherten öffnen, müssen es aber nicht.

Es bleibt bei der Anbindung der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen in den Jahren 1993 bis 1995 an die beitragspflichtigen Einnahmen.

Es bleibt bei der Einführung der **Krankenversicherungskarte** sowie der zur Kostentransparenz vereinbarten Information der Versicherten über die von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen und der damit verbundenen Kosten. Dabei wird ein rationelles und kostensparendes Verfahren angestrebt.

VI. Neue Länder

Den besonderen Bedingungen in den neuen Ländern wird auf vielfältige Weise Rechnung getragen.

1. Die Anbindung der Rückgabe der **Kassenzulassung** an 20 Jahre Kassenarzt-tätigkeit trägt besonders den neu niedergelassenen Kassenärzten und Kassenzahnärzten Rechnung.
2. Es bleibt bei der Sicherung der Mittel für die **Instandhaltung der Kranken-häuser** in den neuen Ländern.

3. Die am 1. 10. 1992 bestehenden ärztlich geleiteten Einrichtungen in den neuen Ländern (z. B. Polikliniken und Fachambulanzen) bleiben für die Zeit nach 1995 im derzeitigen Umfang zur ambulanten Versorgung zugelassen.
4. Die Einkommensgrenzen für die Überforderungs- und Sozial-Klausel sowie die Zuzahlungen im Krankenhaus orientieren sich an den vergleichsweise geringen Einkommen in den neuen Bundesländern.

Beitrag der Patienten ist sozial ausgewogen und gerecht

Auch die Versicherten tragen durch unwirtschaftliches Verhalten, mangelndes Kostenbewußtsein und Anspruchsdenken zur Kostenexplosion im Gesundheitswesen bei. Deshalb ist es richtig, daß auch die Versicherten ihren Beitrag zur Stabilisierung der GKV leisten.

1. Der Beitrag der Versicherten beschränkt sich auf drei Punkte. Dabei wird niemand überfordert.

- Die geplante Erhöhung der **Zuzahlung im Krankenhaus** von täglich 10,— DM auf 11,— DM ab 1993 und 12,— DM ab 1994 (8,— DM bzw. 9,— DM in den neuen Bundesländern) entspricht der allgemeinen Einkommensentwicklung und der Erhöhungen der Lebenshaltungskosten und ist vernünftig, weil auch die häuslichen Verpflegungskosten während des Klinikaufenthaltes gespart werden.
- Die künftige Staffelung der Zuzahlung auf alle Medikamente von 3,— DM, 5,— DM bzw. 7,— DM stellt für viele Versicherte eine günstigere Regelung dar, als die bisher ab 1. Juli 1993 gesetzliche vorgesehene Zuzahlung in Höhe von 15 Prozent für Nicht-Festbetragsarzneimittel. 1993 werden sich die Zuzahlungen an den Preisen orientieren. Für Medikamente bis 30,— DM wird die Zuzahlung 3,— DM betragen, für Medikamente bis 50,— DM beträgt sie 5,— DM und über 50,— DM beträgt die Zuzahlung 7,— DM. Zu einem Arzneimittel im Wert von 60,— DM hätte der Versicherte also nach altem Gesetz 9,— DM zuzuzahlen, nach dem Gesundheitsstrukturgesetz dagegen nur 7,— DM. Außerdem werden die Arzneimittelpreise ab 1. 1. 1993 dauerhaft um fünf Prozent gesenkt.
- Beim Zahnersatz ändert sich für die meisten Versicherten nichts. Zahnheilkundlich umstrittener und unnötig aufwendiger Zahnersatz wird allerdings nicht mehr erstattet. Dies führt zu mehr Kostenbewußtsein und ist gerecht.

2. Es gibt keine unsozialen Leistungsausgrenzungen. Richtig ist:

- Brillen werden wie bisher gezahlt. Der Zuschuß für Brillengestelle bleibt bei 20,— DM.
- Kuren bleiben im Leistungsangebot.
- Der Zuschuß der Kassen zum Zahnersatz bleibt wie bisher bei 60 Prozent.
- Beim **Arztbesuch** wird es keine Selbstbeteiligung geben.
- Die Zuzahlung der Versicherten bei einem **Krankenhausaufenthalt** wird nicht von 10,— DM auf 20,— DM verdoppelt und auch nicht zeitlich verlängert.

3. Durch die bereits jetzt geltenden Härteklauseln gibt es für viele Versicherte eine vollständige oder teilweise Befreiung von Zuzahlungen.

Grundsätzlich gilt: Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre sind von der Zuzahlung zu Arzneimitteln und im Krankenhaus ganz befreit.

Härtefallregelungen

1. Vollständige Befreiung (Sozialklausel)

Die Krankenkasse hat Versicherte von der Zuzahlung zu Arznei-, Verband- und Heilmitteln, Fahrkosten und Zahnersatz zu befreien, wenn die Versicherten unzumutbar belastet würden.

Eine unzumutbare Belastung liegt bei Versicherten in den **alten Bundesländern** vor, deren monatliche Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt 40 v. H. der monatlichen Bezugsgröße (1992 = 1.400,— DM) nicht überschreiten. Die Einkommensgrenze erhöht sich für den ersten im gemeinsam Haushalt lebenden Angehörigen um 15 v. H. und für jeden weiteren Angehörigen um 10 v. H. der monatlichen Bezugsgröße (1992 = 525,— DM bzw. 350,— DM).

Für die **neuen Bundesländer** gelten wegen der geringeren Einkommen auch niedrigere Einkommensgrenzen bei der Sozialklausel. So beträgt die Einkommensgrenze 1992 für Alleinstehende 840,— DM, für Verheiratete 1.155,— DM zuzüglich 210,— DM für jeden weiteren Familienangehörigen.

Bei Versicherten, die

- laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem **Bundessozialhilfegesetz**,

- ergänzende Hilfe zum Lebensunterhalt im Rahmen der Kriegsopferfürsorge,
- Arbeitslosenhilfe,
- Ausbildungsförderung im Rahmen des § 40 BAföG,
- Ausbildungsförderung nach den Regelungen für die Arbeits- und Berufsförderung Behindter (Bundesanstalt für Arbeit) erhalten oder
- in einem (Alten-, Pflege-) Heim oder einer ähnlichen Einrichtung zu Lasten der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge versorgt werden,

wird unterstellt, daß sie unzumutbar belastet sind. Sie sind unabhängig von ihren individuellen Einkommensverhältnissen von der Zuzahlungspflicht zu befreien bzw. haben Anspruch auf volle Kostenübernahme.

Versicherte, die ihren Heimaufenthalt aus eigenen Mitteln bestreiten und denen nur Einkünfte in Höhe eines Taschengeldes verbleiben, sollen ebenfalls von den Zuzahlungen befreit werden.

2. Teilweise Befreiung (Überforderungsklausel)

Die teilweise Befreiung erstreckt sich auf Zuzahlungen zu Arznei-, Verband- und Heilmitteln sowie Fahrkosten. Dadurch sollen auch die übrigen Versicherten vor einer finanziellen Überforderung geschützt werden.

Alte Bundesländer

Um die Zuzahlungen auf einen zumutbaren Eigenanteil zu begrenzen, muß eine Überforderungsklausel eingeführt werden. Wer die Einkommensgrenzen für die vollständige Befreiung überschreitet, dem werden bei einem jährlichen Bruttoeinkommen von bis zu 61.200,— DM (Wert für 1992; diese Grenze wird jährlich entsprechend der Einkommensentwicklung erhöht) Eigenbeteiligungen in Höhe von 2 v. H. des zu berücksichtigenden Bruttoeinkommens zugemutet. Bei höheren Einkommen liegt die Belastungsgrenze für die Zuzahlungen bei 4 v. H. des Einkommens.

Der Gesetzgeber geht dabei von einem Familieneinkommen aus. Deshalb kommt es darauf an, wie viele Personen von dem Familieneinkommen leben müssen — denn für jeden Familienangehörigen wird auch ein Freibetrag berücksichtigt. Er beträgt 1992 für den ersten Angehörigen 6.300,— DM und für jeden weiteren Angehörigen 4.200,— DM jährlich. Diese Freibeträge werden vom Familieneinkommen abgezogen. So macht der zumutbare Eigenanteil je nach Familiengröße einen anderen Betrag aus.

Neue Bundesländer

Wer die Einkommensgrenzen für die vollständige Befreiung (Sozialklausel) überschreitet, dem werden 1992 bei einem jährlichen Familien-Bruttoeinkommen bis zu 43.200,— DM Eigenbeteiligungen in Höhe von 2 v. H. des zu berücksichtigenden Bruttoeinkommens zugemutet. Bei höheren Einkommen liegt die Belastungsgrenze für die Zuzahlungen bei 4 v. H. des Einkommens. Als Freibeträge sind für 1992 zu berücksichtigen: Für den ersten Angehörigen 3.780,— DM und für jeden weiteren 2.520,— DM jährlich.

Die Härteklauseln sind ein wirksamer Schutz für Personen mit niedrigerem Einkommen, wie die folgenden Beispiele zeigen:

Neue Bundesländer:

Rentnerin: alleinstehend mit 800,— DM Rente; zumutbare Zuzahlung 0,— DM

Rentnerehepaar: ohne Kinder, mit 1.375,— DM Rente; zumutbare Zuzahlung 18,70 DM monatlich

Arbeiter: verheiratet mit 1 Kind, anrechenbares Bruttoeinkommen 1.917,— DM, zumutbare Zuzahlung 27,84 DM monatlich.

Alte Bundesländer:

Rentnerin: alleinstehend mit 1.200,— DM Rente; zumutbare Zuzahlung 0,— DM.

Rentnerehepaar: ohne Kinder, mit 2.000,— DM Rente; zumutbare Zuzahlung 29,50 DM monatlich.

Arbeiter: verheiratet mit 1 Kind, anrechenbares Bruttoeinkommen 3.000,— DM; zumutbare Zuzahlung 32,50 DM monatlich.

Angestellter: verheiratet mit 2 Kindern, anrechenbares Bruttoeinkommen von 4.000,— DM; zumutbare Zuzahlung 35,50 DM monatlich.

Argumente zum Gesundheitsstrukturgesetz 1993 im Überblick:

1. Zur langfristigen Sicherung unseres freiheitlichen Gesundheitswesens sind zwingend Maßnahmen gegen die ungebremste Kostendynamik erforderlich.

derlich. Im Gesundheitswesen muß mehr Wirtschaftlichkeit und eine höhere Kostenverantwortlichkeit durchgesetzt werden.

2. Die vereinbarten Eckpunkte für ein Gesundheitsstrukturgesetz beinhalten sowohl eine kurzfristig wirksame Kostenbremse, als auch strukturelle Maßnahmen, die mittelfristig die Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen korrigieren und langfristig zu einer Neudefinition der Aufgaben unseres Sozialstaates führen.
3. Das Gesundheitsstrukturgesetz ist kein reines Spargesetz. Es ermöglicht auch die Schaffung von 13.000 neuen Stellen für Krankenschwestern und Krankenpfleger. Darüber hinaus stellt es Mittel in Höhe von rd. 330 Mio. DM ab 1994 für die Instandhaltung der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern zur Verfügung.
4. Die Vorschläge setzen auf mehr Eigenverantwortung, Wirtschaftlichkeit und Kostenverantwortung.
5. Die Vorschläge bauen auf der Bereitschaft aller am Gesundheitswesen Beteiligten auf, durch begrenzten Verzicht unser Gesundheitswesen langfristig zu sichern.
6. Es sind keine unzumutbaren Belastungen vorgesehen. Leistungsausgrenzungen können vermieden werden, wenn die vorgesehenen Maßnahmen beschlossen werden.
7. Es gibt keine einseitigen Belastungen, weder für die Versicherten und Patienten, noch für die Leistungserbringer und Unternehmen. Alle erbringen ihren Beitrag im Rahmen ihrer Möglichkeiten, die Versicherten genauso, wie die Krankenhäuser, die Ärzte und die Pharmaindustrie.
8. Die Beiträge der Beteiligten sind ausgewogen, wirtschaftlich angemessen und sozial verträglich.
9. Die Härtefallregelungen bleiben voll erhalten und sorgen dafür, daß niemand über Gebühr belastet wird.
10. Die Vorschläge sind sozial, weil nichts zu höherer sozialer Ungerechtigkeit führen würde, als die Beibehaltung des gegenwärtigen Zustandes. Wenn die Krankenkassen ihre Beiträge erhöhen müssen, werden alle Versicherten stärker belastet. Sie sparen durch die Reform jährlich mehr als zwei Milliarden DM.

Die Details zu den vereinbarten Eckpunkten
können Sie anfordern bei

- **Bundesministerium für Gesundheit**
Deutschherrenstraße 87
5300 Bonn 2
- **CDU-Bundesgeschäftsstelle**
Referat Gesundheitspolitik
Friedrich-Ebert-Allee 73-75
5300 Bonn 1