

REFORMEN FÜR DIE ZUKUNFT

**Gesundheitswesen:
Leistungsstark
und bezahlbar**

■ Zur Reform der
Gesetzlichen
Krankenversicherung

Inhalt

Seite

- | | | |
|------|---|----|
| I | Warum wir eine Neuordnung der Gesetzlichen Krankenversicherung brauchen | |
| 1. | Finanz- und Beitragsentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung | 4 |
| 2. | SPD entzieht sich der Verantwortung | 5 |
| II. | Ziele der Neuordnungsgesetze | |
| 1. | Sicherung der solidarischen Krankenversicherung | 7 |
| 2. | Vorfahrt für die Selbstverwaltung | 7 |
| 3. | Keine Leistungsausgrenzung durch die Krankenkassen | 8 |
| 4. | Verbesserung der Finanzgrundlagen der Gesetzlichen Krankenversicherung | 8 |
| III. | Die wichtigsten Neuregelungen des ersten und zweiten Neuordnungsgesetzes | |
| 1. | Anhebung bestehender Zuzahlungen um fünf Mark bzw. fünf Prozentpunkte | 9 |
| 2. | Koppelung von Beitragssatzanhebungen einzelner Krankenkassen mit Zuzahlungserhöhungen | 9 |
| 3. | Außerordentliches Kündigungsrecht der Versicherten bei Beitragssatzerhöhungen und Satzungsänderungen | 10 |
| 4. | Verbesserung der Finanzgrundlagen der Gesetzlichen Krankenversicherung | 12 |
| 5. | Verbesserung der Härtefallregelung für chronisch Kranke | 12 |
| 6. | „Partnerschaftslösung“ statt „Gestaltungsleistungen“ | 13 |
| 7. | Versichertenfinanzierte Satzungsleistungen | 13 |
| 8. | Gestaltungsmöglichkeiten durch Beitragsrückerstattung, Selbstbehalt und Zuzahlungen | 14 |
| 9. | Verbesserte Informationsrechte und Möglichkeit der Kostenerstattung für alle Versicherten | 14 |
| 10. | Erweiterung von Modellvorhaben und Vertragsgestaltung | 15 |
| 11. | Neuregelung der ärztlichen Vergütung | 15 |
| 12. | Ablösung der Arznei- und Heilmittelbudgets durch Richtgrößen | 16 |
| 13. | Erweiterung der Prävention in der zahnmedizinischen Versorgung bei gleichzeitiger Begrenzung der Zahnersatzleistungen durch Festbeträge | 17 |
| 14. | Kassenzuschüsse bei Hospizleistungen | 18 |
| 15. | Fortsetzung der Reform in der stationären Versorgung | 19 |

Der Deutsche Bundestag hat am 20. März 1997 das 2. Gesetz zur Neuordnung der Gesetzlichen Krankenversicherung in 2. und 3. Lesung mit den Stimmen der Koalitionsparteien beschlossen. Damit werden **klare Verhältnisse für die Zukunft** der sozialen Krankenversicherung geschaffen. Mit dem Reformpaket sind Grundlagen dafür geschaffen worden, daß dieses Erfolgsmodell des deutschen Sozialstaates zukunftssicher wird:

- Es sichert das medizinisch und pflegerisch hohe Leistungsniveau.
- Es sichert die Bezahlbarkeit, ohne Patienten zu überfordern.
- Es schont die Arbeitskosten.
- Es ermöglicht auch künftig medizinischen Fortschritt und Wachstum im Gesundheitswesen.
- Es gibt den drei Millionen Beschäftigten im Gesundheitswesen verlässliche Perspektiven.

I. Warum wir eine Neuordnung der Gesetzlichen Krankenversicherung brauchen

Die Bundesrepublik Deutschland hat ein bewährtes, leistungsfähiges und international anerkanntes Gesundheitssystem. Qualität und Umfang der Leistungen haben ein hohes Niveau. Der Zugang zur Gesundheitsförderung und zur Behandlung von Krankheiten ist ebenso wie die sozialen Risiken, die durch Krankheit entstehen können, abgesichert. Medizinische Spitzenleistungen stehen für alle uneingeschränkt zur Verfügung – unabhängig von Einkommen, Wohnort und sozialem Stand.

Dieses soziale und freiheitliche System ist das beste der Welt und allen anderen Systemen überlegen: dem amerikanischen, das privatwirtschaftlich organisiert, aber sozial unverantwortlich und außerdem schlechter und teurer ist, aber auch überlegen gegenüber staatlichen Systemen wie in England, wo inzwischen nach Alter und Vermögensstand selektiert wird.

Wir stehen – ähnlich wie andere Industrienationen auch – **vor großen Herausforderungen**. Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Zahl älterer Menschen, der steigenden Lebenserwartung unserer Bevölkerung sowie des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts kommt es in Zukunft darauf an, das Gesundheitssystem auf qualitativ hohem Niveau weiterzuentwickeln. Gleichzeitig müssen wir die Voraussetzungen dafür schaffen, daß die Aufgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung finanzierbar und die Belastungen für Arbeitnehmer und Arbeitgeber tragbar und überschaubar bleiben.

Steigende Beitragssätze erhöhen die Abgabenbelastungen der Arbeitnehmer und verringern damit die verfügbaren Einkommen der privaten Haushalte. Die Höhe und der Zuwachs der Ausgaben im Gesundheitswesen und in der Gesetzlichen Krankenversicherung sind deshalb ständig auf ihre medizinische Notwendigkeit sowie auf die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu überprüfen. Eine verantwortliche Inanspruchnahme der Leistungen ist unverzichtbar.

Eine gesetzliche Festschreibung der gesamten Krankenversicherungsbeiträge oder eine globale Budgetierung der Ausgaben der Krankenversicherung sind kein geeignetes Mittel, um die Zukunft unseres Gesundheitsversorgungssystems auf hohem Niveau zu sichern. Sie würden lediglich zu einer Rationierung im Gesundheitssystem führen.

Beitragssatzanhebungen als Folge von Unwirtschaftlichkeit müssen verhindert werden, Beitragssatzanhebungen wegen medizinischer Notwendigkeit der Versorgung müssen jedoch nach wie vor zulässig bleiben.

Die bisherigen Maßnahmen zur Kostendämpfung waren nur begrenzt wirksam. Seit 1977 hat der Gesetzgeber in immer kürzer werdenden Abständen mit immer tiefer reglementierenden Maßnahmen und nur vorübergehendem Erfolg in das Gesundheitswesen eingegriffen. Mit zunehmendem Abstand zum Inkrafttreten gesetzlicher Neuregelungen ließen die ausgabenbegrenzenden Wirkungen und die Ausgabendisziplin der Beteiligten jeweils wieder nach. Diese Erfahrungen gelten auch für das Gesundheitsreformgesetz von 1988 und das Gesundheits-Strukturgesetz von 1992.

Damit jeder Versicherte auch in Zukunft bei Krankheit weiterhin umfassende solidarische Hilfe erhält, wenn aus sozialen Gründen eigenverantwortliche Hilfe nicht zugemutet werden kann, brauchen wir einen strukturellen Umbau unseres Gesundheitssystems. Wir können einfach nicht mehr so weitermachen wie bisher. Wer dies versucht, verspielt unsere Zukunft.

1. Finanz- und Beitragsentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung

Tatsache ist:

- Einem Ausgabenüberhang der Krankenkassen von rund sieben Milliarden Mark im Jahre 1995 folgt für 1996 ein Defizit von rund 6,3 Milliarden Mark (ca. 3,9 Milliarden Mark in den alten und ca. 2,4 Milliarden Mark in den neuen Ländern)

- Die Leistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung sind von rund 174 Milliarden Mark 1991 auf rund 240 Milliarden Mark 1996 gestiegen. Das entspricht einem Zuwachs von ca. 37 Prozent. Im gleichen Zeitraum stieg die Bruttolohn- und Gehaltssumme um ca. 20 Prozent.

Gesetzliche Krankenversicherung (Alte und neue Bundesländer)

Ausgaben für	1991 in Mrd. DM	1995 in Mrd. DM	Zuwachs 1991 bis 1995 in %	Zuwachs 1.-4. Quartal 1996 in %
Ärzte	30,0	38,5	28,3	1,5
Zahnärzte	10,7	13,8	29,0	6,6
Zahnersatz	6,8	7,4	8,8	10,1
Arzneien	28,5	31,4	10,2	6,3
Heil- und Hilfsmittel	10,8	16,8	55,6	9,4
Heilmittel	3,7	5,4	45,9	10,2
Hilfsmittel u. Dialyse	7,1	11,4	60,6	9,5
Krankenhaus	57,1	77,4	35,6	0,4
Krankengeld	12,4	18,4	48,4	- 1,2
Kuren	3,0	5,1	70,0	2,8
Fahrkosten	2,1	3,8	81,0	5,2
Verwaltungskosten	9,2	12,0	30,4	3,5
Beitragspflichtige Einnahmen	1.168	1.401	19,9	1,4

Die Steigerungsraten in den wichtigsten Leistungsbereichen zeigen, daß alle Vorwürfe, das deutsche Gesundheitswesen würde „kaputtgespart“ aus der Luft gegriffen sind und an den Realitäten vorbeigehen.

2. SPD entzieht sich der Verantwortung

Die SPD ist zwar häufig zu Lippenbekenntnisse bereit und unterstützt die Forderung, „daß gehandelt werden muß“, allerdings beschränkt sie sich in ihren Vorschlägen meistens darauf, mit Verschiebebahnhöfen die Probleme zu lösen; sei es durch den Griff in die Taschen des Steuerzahlers oder in die des Bundes oder in die von anderen Sozialversicherungsträgern.

Die SPD will weismachen, ein **Ausgabendeckel** könne alle Probleme lösen. Es ist Populismus pur, wenn sie behauptet, die Gesetzliche Krankenversicherung könne innerhalb dieses Deckels alles, was sie heute auch an geringfügigen

Risiken, die der einzelne selbst tragen kann, finanziert, auch weiterhin bezahlen.

Mit einer Deckelung würde mittel- und langfristig medizinischer Fortschritt abgeschnitten, denn neue Entwicklungen könnten nicht mehr finanziert werden. Langfristig führt eine Globalbudgetierung zu einer Rationierung der Spitzenmedizinischen Leistungen und damit zur Zwei-Klassen-Medizin. Genau das wollen wir auf jeden Fall vermeiden.

Darüber hinaus will die SPD die **Positivliste** wiederbeleben, die im übrigen auch eine Reihe ihrer eigenen Genossen nicht will – und das aus gutem Grund. Würden 10.000 Arzneimittel aus dem Leistungskatalog gestrichen, gäbe es nur zwei Möglichkeiten: Entweder müßten diese 10.000 Arzneimittel künftig von den Patienten vollständig aus eigener Tasche finanziert werden oder sie werden durch die verbleibenden Arzneimittel ersetzt, was durch den dann fehlenden Wettbewerb im Ergebnis die Arzneimittelversorgung verteuern würde. Das ist Realität.

Mit der Forderung der SPD nach flächendeckender Einführung des **Hausarzt-Modells** will sie die Versicherten bevormunden, indem die Kassenfunktionäre ihren Versicherten vorschreiben sollen, zu welchem Arzt sie zu gehen haben. Der Vorwurf der SPD, die Versicherten würden über Gebühr belastet und die Leistungserbringer geschont, entbehrt jeder Grundlage. Angesichts der folgenden Tatsachen kann von einer Schonung der Leistungserbringer ernsthaft nicht geredet werden:

- Im Beitragsentlastungsgesetz ist vorgesehen, daß die Krankenhäuser in den nächsten drei Jahren aufgrund des Pflegeversicherungsgesetzes 2,4 Milliarden Mark zusätzlich einsparen müssen.
- Bei den Ärzten bleiben die Instrumente zur Ausgabenbegrenzung bestehen. Die Ärzte haben dem übrigens zugestimmt. Es bleibt bei den sehr differenzierten Wirtschaftlichkeitsprüfungen des Ordnungsverhaltens von Ärzten.
- Weiterhin wird es beim Festbetrag bleiben, dessen Einfluß auf eine Absenkung des Preisniveaus wohl von niemandem bestritten werden kann.

Das alles zeigt: Niemand wird aus der Verantwortung für langfristige finanzielle Stabilität der Gesetzlichen Krankenversicherung entlassen. Alle Beteiligten müssen ihren Beitrag leisten, um die solidarische und soziale Krankenversicherung zu erhalten und für die Zukunft zu rüsten.

II. Ziele der Neuordnungsgesetze

1. Sicherung der solidarischen Krankenversicherung

Mit dem ersten und zweiten Neuordnungsgesetz werden Selbstverwaltung und Eigenverantwortung gestärkt, Leistungsfähigkeit und Gestaltungskraft der sozialen Krankenversicherung verbessert und die Finanzgrundlagen gesichert.

Die Grundprinzipien unseres freiheitlichen Gesundheitswesens bleiben unangetastet:

- Solidarität, Eigenverantwortung und Subsidiarität sind und bleiben die tragenden Säulen unseres Gesundheitssystems.
- Der soziale Ausgleich zwischen jungen und alten, gesunden und kranken Menschen, Beziehern niedriger und höherer Einkommen sowie zwischen Alleinstehenden und Familien steht nicht zur Disposition. Die beitragsfreie Familienmitversicherung bleibt unverändert.
- Eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze oder eine Einbeziehung weiterer Einkommensteile in die Beitragspflicht findet nicht statt. Die sogenannte Friedensgrenze, wie die Beitragsbemessungsgrenze auch genannt wird, zwischen Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung wird nicht verschoben.
- Das Gesundheitswesen bleibt pluralistisch. Das gegliederte System mit einer Vielfalt von Trägern, Verbänden und Selbsthilfeorganisationen erfährt durch den Wettbewerb eine zusätzliche Legitimation.
- Medizinischer Fortschritt soll finanzierbar und für die gesamte Bevölkerung zugänglich bleiben.

2. Vorfahrt für die Selbstverwaltung

Das Selbstverwaltungsprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung verschafft den unmittelbar Beteiligten und Betroffenen besondere Mitwirkungsmöglichkeiten in der Ausgestaltung des Gesundheitssystems. Das Prinzip der Subsidiarität gebietet es, der Selbstverwaltung immer dort Vorrang vor staatlichem Handeln einzuräumen, wo die Beteiligten in eigener Verantwortung die Angelegenheit der sozialen Krankenversicherung sachgerechter lösen können.

Das Gesundheits-Strukturgesetz von 1992 hat mit der Schaffung von Kassenwahlfreiheit der Versicherten und der Einführung des Risikostrukturausgleichs wichtige Grundlagen für einen funktionstüchtigen Wettbewerb und für eigenverantwortliches Handeln der Krankenkassen gelegt.

Allerdings sind die Möglichkeiten der Krankenkassen im Rahmen dieses Wettbewerbs bislang weitgehend auf die Beitragshöhe sowie den Verwaltungs- und Servicebereich beschränkt. Gerade hier ist es in den letzten Jahren etwa durch Ausgabenexpansionen bei Gesundheitsförderung und Marketing sowie im Bereich der Kuren zu Fehlentwicklungen gekommen. Insbesondere bei der Gestaltung der Versorgungsstrukturen sowie im Leistungs- und Vertragsbereich sind die Handlungsspielräume der Selbstverwaltung bislang nicht ausreichend genutzt worden.

3. Keine Leistungsausgrenzung durch die Krankenkassen

Die parlamentarischen Beratungen und die öffentliche Diskussion mit den Beteiligten haben die Gefahr aufgezeigt, daß die Krankenkassen erweiterte Spielräume im Leistungsbereich zur Leistungsausgrenzung und Risikoselektion mißbrauchen können und daß damit die Qualität der medizinisch notwendigen Versorgung der Bevölkerung gefährdet wird. Deshalb hat der Gesetzgeber seine im Entwurf zum Zweiten NOG geplante Einführung sogenannter „**Gestaltungsleistungen**“ fallen lassen, die den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet hätten, eigenverantwortlich „Art und Umfang“ der Leistungen bei Heilmitteln, häuslicher Krankenpflege, Kuren und Rehabilitation, Fahrkosten und Auslandsaufenthalten zu definieren. Obwohl die Koalition von Anfang an deutlich gemacht hat, daß die Absicht dieser Gestaltungsleistungen eine wirtschaftlichere und qualitätsorientierte Leistungserbringung und Leistungsgewährung war, haben Krankenkassenfunktionäre damit gedroht, diese Gestaltungsmöglichkeiten zu einer Ausgrenzung ganzer Leistungsbereiche zu mißbrauchen. Der Gesetzgeber hat daraus die Konsequenzen gezogen und die Gestaltung des Leistungskatalogs nicht in die Dispositionsmöglichkeit der Krankenkassen gegeben. Statt dessen sollten im Rahmen einer partnerschaftlichen Lösung unter Einbeziehung der Leistungserbringer in diesen Bereichen die Voraussetzungen für eine wirtschaftliche und qualitätsorientierte Versorgung geschaffen werden.

4. Verbesserung der Finanzgrundlagen der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die Beitragseinnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung hängen maßgeblich von der Entwicklung der Löhne und Gehälter der Versicherten ab. Hier hat sich bereits im vergangenen Jahr gezeigt, daß die sogenannten „beitragspflichtigen Einnahmen“ der Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung mit einem Zuwachs von 1,1 Prozent in den alten und 2,1 Prozent in den neuen Bundesländern die niedrigsten Anstiege zu verzeichnen hatten, die seit Erfassung dieser Größe in der GKV-Statistik registriert wurden. In diesem Jahr wird

der Grundlohnanstieg nach Einschätzung des Bundesgesundheitsministeriums mit eineinhalb bis ein Prozent in den alten und eineinhalb bis zwei Prozent in den neuen Ländern noch geringer ausfallen. Vor dem Hintergrund des Defizits von 6,3 Milliarden Mark in 1996 benötigen wir zur Vermeidung weiterer Defizite zusätzliche Finanzmittel, ohne gleichzeitig durch ungebremsten Beitragssatzanstieg Druck auf die Arbeitskosten auszulösen.

Als finanzwirksame Alternative bleibt nur die Erhöhung der bestehenden Zuzahlungen um fünf Mark bzw. fünf Prozentpunkte für die Versicherten aller Krankenkassen. Um gleichzeitig den Druck auf die Krankenkassen aufrechtzuerhalten, Beitragssatzerhöhungen zukünftig auf die Finanzierung des medizinisch Notwendigen zu beschränken, bleibt der Sanktionsmechanismus, der bei der einzelnen Krankenkasse durch Beitragssatzanhebungen gleichzeitig weitere Zuzahlungsanhebungen zur Folge hat, grundsätzlich bestehen.

Die Erhöhung von Zuzahlungen hat nicht nur fiskalische Bedeutung, sondern wird sich auch steuernd auf die Inanspruchnahme von Leistungen auswirken und damit ebenfalls einen günstigen Einfluß auf die finanzielle Entwicklung der Krankenkassen haben. Dabei gelten die **Beitragssatzanhebungen**, die bis zum 11. März 1997 (dem Tag des Fraktionsbeschlusses) wirksam wurden, mit der generellen Zuzahlungsanhebung für die Versicherten aller Krankenkassen als abgegolten. Sie lösen deshalb keine Zuzahlungserhöhungen aus. Auch wenn die Zuzahlungen primär eine Finanzierungsfunktion erfüllen und eine angemessene und somit verträgliche Beteiligung des Patienten an den Kosten des medizinischen Fortschritts gewährleisten sollen, können sie auch in bestimmten Fällen eine Steuerungsfunktion erfüllen, in dem sie z.B. unnötigen Medikamentenverbrauch reduzieren.

III. Die wichtigsten Neuregelungen des ersten und zweiten Neuordnungsgesetzes

Das beiden Neuordnungsgesetze enthalten eine Vielzahl von Neuregelungen, die die Gestaltungsspielräume und die Finanzverantwortung der Selbstverwaltung erweitern und die Eigenverantwortung der Versicherten stärken. Dabei sind insbesondere folgende Maßnahmen vorgesehen:

1. Anhebung bestehender Zuzahlungen um fünf Mark bzw. fünf Prozentpunkte

Für alle Krankenkassen gelten ab Mitte 1997 folgende Selbstbeteiligungen:

- für **Arzneimittel**: je Packungsgröße neun, elf und dreizehn Mark (bisher vier, sechs und acht Mark)
- bei **Krankenhausaufenthalt**: für längstens 14 Tage 17 Mark bzw. 14 Mark (West/Ost) (bisher 12 Mark bzw. 9 Mark)
- bei **Heilmitteln**: 15 Prozent (bisher 10 Prozent)
- bei **Fahrtkosten**: 25 Mark (bisher 20 Mark)
- bei **Zahnersatz**: 45 Prozent (bisher 40 Prozent)
- bei **Einlagen, Bandagen und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie**: 20 Prozent.

Nicht erhöht werden die Zuzahlungen bei Kuren, da diese erst zum 1.1.1997 auf 25 Mark (West) bzw. 20 Mark (Ost) angehoben wurden. Bei Mütterkuren und Anschlußrehabilitationen richten sich die Zuzahlungen nach denen für Krankenhausbehandlung.

Die in festen DM-Beträgen ausgedrückten Zuzahlungen (bei Krankenhaus, stationären Vorsorge- und Reha-Leistungen, Fahrtkosten und Arzneimitteln) werden in regelmäßigen Abständen an die Lohn- und Gehaltsentwicklung – erstmals zum 1. Juli 1999 – angepaßt.

Die **Sozialklausel** gilt weiterhin, d.h. Bezieher niedriger Einkommen sind von der Zuzahlung befreit. Unabhängig davon sind Kinder unter 18 Jahren bis auf Zahnersatz und Fahrtkosten von sämtlichen Zuzahlungen befreit. Bei Arznei-, Verband- und Heilmitteln sowie bei Fahrtkosten gilt zudem eine **Überforderungsklausel** (max. 2 Prozent des Jahresbruttoeinkommens, bei **chronisch Kranken** max. 1 Prozent). Bei Zahnersatz gilt eine spezielle Überforderungsklausel.

Die Anhebung der Zuzahlungen bringt **Minderausgaben** von max. 4,7 Milliarden Mark. Dies entspricht einer rechnerischen Entlastung von ca. 0,25 Beitragspunkten.

Mit diesen Regelungen werden ca. 6 Prozent der Leistungsausgaben durch Zuzahlungen der Versicherten finanziert (bisher waren es 4 Prozent). Im internationalen Vergleich hatten lediglich die Niederlande und Dänemark 1994 eine geringfügig niedrigere Selbstzahlungsquote der privaten Haushalte.

2. Koppelung von Beitragssatzanhebungen einzelner Krankenkassen mit Zuzahlungserhöhungen

Das Drehen an der Beitragssatzschraube war für die Krankenkassen in der Vergangenheit der einfachste Weg, um überproportionale Ausgabensteigerungen, die auf Unwirtschaftlichkeiten beruhen, zu finanzieren und drohende Defizite auszugleichen.

Nachdem das „GKV-Weiterentwicklungsgesetz“ am **Widerstand der SPD-Länder** im Bundesrat gescheitert war, konnte auch die in diesem Gesetz vorgese-

hene Regelung, die Beschlüsse von Beitragssatzerhöhungen durch die Selbstverwaltung der Krankenkassen an eine qualifizierte Mehrheit von mehr als drei Vierteln der satzungsgemäßen Mitglieder des Verwaltungsrates zu binden, zustimmungsfrei nicht realisiert werden.

Daraus ergab sich die Notwendigkeit, die Fragen der Finanzverantwortung der Krankenkassen und der Sicherung der Beitragssatzstabilität sowie die Erschwerung von Beitragssatzerhöhungen neu zu lösen.

Zur Sicherung der Beitragssatzstabilität und zur Vermeidung zusätzlicher Belastungen für Arbeitgeber und Arbeitnehmer werden hohe Hürden errichtet.

Jede Krankenkasse, die nach dem 11. März 1997 (Tag des Beschlusses der Koalitionsfraktionen) Beitragssatzerhöhungen durchführt, muß automatisch eine entsprechende Erhöhung der bestehenden Zuzahlungen vornehmen. Eine Erhöhung des Beitragssatzes um jeweils 0,1 Prozentpunkte führt einen Monat später zu einer Anhebung bei in DM-ausgedrückten Zuzahlungen um jeweils eine Mark und bei prozentualen Zuzahlungen um jeweils einen Prozentpunkt.

Einzige Ausnahme: Beitragssatzerhöhungen, die auf nachgewiesenen Veränderungen der Transferzahlungen im Risikostrukturausgleich der Krankenkassen beruhen, lösen keine Zuzahlungserhöhungen aus.

Was bedeutet das konkret?

Eine Krankenkasse, die ihren Beitragssatz etwa um 0,3 Prozentpunkte anhebt, muß bei ihren Versicherten zukünftig folgende Zuzahlungen erheben:

- Bei Arzneimitteln: statt 9, 11, 13 Mark (obligatorische Zuzahlung nach Inkrafttreten des 1. und 2. NOGs, gestaffelt nach Packungsgrößen) zukünftig 12, 14, 16 Mark,
- bei Krankenhausbehandlung, Anschlußrehabilitation: statt 17 Mark (GKV-West) bzw. 14 Mark (GKV-Ost) für maximal 14 Tage zukünftig 20 Mark (GKV-West) bzw. 17 Mark (GKV-Ost),
- bei Fahrtkosten: statt 25 Mark pro Krankentransport zukünftig 28 Mark,
- bei Heilmitteln (Bäder, Massagen, Krankengymnastik): statt 15 Prozent der Behandlungskosten zukünftig 18 Prozent,
- bei Zahnersatz: statt 45 Prozent Zuzahlung zukünftig 48 Prozent.
- bei stationären Vorsorge- und Rehabilitationskuren: 28 Mark (GKV-West) statt 25 Mark bzw. 23 Mark (GKV-Ost) statt 20 Mark.

Diese Maßnahmen werden den Wettbewerb der Kassen untereinander erhöhen und die einzelnen Kassen zwingen, vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven zu nutzen, bevor sie zum letzten Mittel der Beitragssatzerhöhung greifen und damit Zuzahlungserhöhungen für die Versicherten provozieren.

3. Außerordentliches Kündigungsrecht der Versicherten bei Beitragssatzerhöhungen und Satzungsänderungen

Der **Druck auf die Krankenkassen**, von Beitragssatzerhöhungen abzusehen, wird durch ein außerordentliches Kündigungsrecht der Kassenmitglieder bei allen Beitragssatzerhöhungen verstärkt. Statt Kündigung zum Jahresende mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten (wie für freiwillig Versicherte z.Zt üblich), kann bei Beitragssatzerhöhungen mit einer Frist von einem Monat gekündigt werden. Damit haben die Versicherten die Möglichkeit, Beitragssatzerhöhungen aus dem Weg zu gehen und Zuzahlungserhöhungen zu vermeiden.

Das außerordentliche Kündigungsrecht gilt für alle Beitragssatzerhöhungen, auch für diejenigen, die aufgrund der Ausnahmeklausel zum Risikostrukturausgleich keine Zuzahlungserhöhungen auslösen.

Lediglich die Pflichtversicherten der drei Sondersysteme (Bundesknappschaft, Landwirtschaftliche Krankenkassen, See-Krankenkasse) haben auch künftig keine Möglichkeit des Kassenwechsels.

4. Härtefallregelungen schützen weiterhin vor finanzieller Überforderung

Die **Sozialklausel** (§ 61 SGB V), die Bezieher niedriger Einkommen, Sozial- und Arbeitslosenhilfeempfänger sowie Bezieher von BAföG vollständig von Zuzahlungen befreit, bleibt in vollem Umfang bestehen. Danach waren 1995 ca. siebeneinhalb Millionen Versicherte von jeglichen Zuzahlungen zu Arznei-, Verband- und Heilmitteln sowie zu stationären Vorsorge- und Rehabilitationskuren befreit. Ein Ehepaar mit einem Einkommen bis zu 2.348,50 Mark (alte Länder) bzw. 2.002 Mark (neue Länder) muß ab 1.1.1997 keine Zuzahlungen leisten. Von Zuzahlungen ausgenommen bleiben ebenfalls Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren.

5. Verbesserung der Härtefallregelung für chronisch Kranke

Mit der Verbesserung der Härtefallregelungen stellt das Gesetz nicht nur sicher, daß chronisch Kranke durch die gesetzliche Anhebung der Zuzahlungen sowie durch mögliche Zuzahlungserhöhungen aufgrund von Beitragsatzserhöhungen ihrer Krankenkasse nicht unzumutbar belastet werden. Durch Absenkung der bisher geltenden einkommensabhängigen Belastungsgrenzen wird der Schutz dieses Personenkreises gegenüber dem geltenden Recht sogar **noch verbessert**.

Für Versicherte, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind und die mindestens ein Jahr lang Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze von zwei Prozent ihres Einkommens aufbringen mußten, reduziert sich nach diesem Jahr die Obergrenze bei der Überforderungsklausel von zwei Prozent auf ein Prozent der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Die Neuregelung gilt auch für chronisch Kranke, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes bereits mindestens ein Jahr in Dauerbehandlung waren und ein Jahr lang Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze geleistet haben.

Die **Sozial- und Überforderungsklausel** orientiert sich nicht an medizinischen Indikationen, sondern an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Versicherten. Deshalb gilt die Belastungsgrenze von einem Prozent bei chronisch Kranken nicht nur für Zuzahlungen, die zur Behandlung seiner Dauererkrankungen erforderlich werden, sondern für Zuzahlungen, die für Medikamente, Heilmittel, Fahrtkosten sowie stationäre Kuren aufzubringen sind. Das bedeutet, daß chronisch Kranke mit einem Einkommen von 2.500 Mark zukünftig maximal 25 Mark statt wie bisher 50 Mark monatlich für die Zuzahlungen aufbringen müssen.

6. „Partnerschaftslösung“ statt „Gestaltungsleistungen“

Der Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung besteht zu ca. 97,5 Prozent der Ausgaben aus Regelleistungen. Hierbei hat die einzelne Krankenkasse keinerlei Möglichkeiten, Art und Umfang der Leistungen zu bestimmen. Dies sollte dadurch geändert werden, daß Krankenkassen bestimmte Leistungen nach Art und Umfang selbst gestalten.

Ein Teil der Krankenkassen hat diese Pläne zunichte gemacht, indem sie bereits im Vorfeld der Diskussionen erkennen ließen, daß sie diese Möglichkeit zu Leistungsausgrenzung und Risikoselektion benutzen wollten.

Die Koalition hat daraus die Konsequenzen gezogen und das Modell der Gestaltungsleistungen durch das Partnerschaftsmodell ersetzt:

Auslandsleistungen, Heilmittel, Kuren und Rehabilitation, häusliche Krankenpflege sowie Fahrtkosten bleiben als Anspruchsleistungen im Leistungskatalog der Krankenkassen.

Wirtschaftlichkeit und Qualität wird dadurch verbessert, daß die Krankenkassen in Zukunft bei Heilmitteln, häuslicher Krankenpflege sowie bei Kuren und Rehabilitationen in **Abstimmung mit den Leistungserbringern** die Einzelheiten der Versorgung regeln. Die Leistungserbringer werden damit partnerschaftlich an der Gestaltung der Rahmenbedingungen ihrer Leistungen unmittelbar beteiligt.

7. Versichertenfinanzierte Satzungsleistungen

Ein **neues Element** wird im Leistungsrecht eingeführt: die Kassen erhalten die Möglichkeit, im Gesetz vorgesehene Leistungen bzw. kraft Gesetz ausgeschlossene Leistungen als Satzungsleistungen für den Versicherten anzubieten. Diese zusätzlichen Satzungsleistungen sollen jedoch **ausschließlich durch Beiträge der Versicherten** dieser Kasse finanziert werden, so daß eine Belastung der Lohnnebenkosten durch diese Satzungsleistungen nicht stattfindet. Zu diesen Satzungsleistungen kann beispielsweise die Erhöhung des Zuschusses für ambulante Badekuren zählen.

8. Gestaltungsmöglichkeiten durch Beitragsrückerstattung, Selbstbehalt und Zuzahlungen

Zur Regelung der finanziellen Beziehungen zu ihren Versicherten werden der Selbstverwaltung der Krankenkassen neue Wege eröffnet. Jede Krankenkasse kann ihren Versicherten zusätzliche Regelungen anbieten:

- Beitragsrückerstattung für die Versicherten, die keine Leistungen der Krankenkasse in Anspruch nehmen.
- Selbstbehalt im Rahmen von Kostenerstattungsregelungen.
- Erhöhung bestehender Zuzahlungen, wobei differenzierte Zuzahlungen innerhalb einer Leistungsart ausgeschlossen bleiben.
- Sonderbeiträge der Versicherten für zusätzliche Leistungen.

Eine individuelle Zu- oder Abwahl im Rahmen des Leistungskatalogs, die ähnlich wie im Bereich der privaten Krankenversicherung einzelnen Versicherten spezifische Leistungs- und Beitragsoptionen ermöglicht, wird es nicht geben. Eine solche Regelung ist mit einer solidarisch finanzierten gesetzlichen Krankenversicherung nicht vereinbar. Die Versicherten haben die Möglichkeit ihre Krankenkasse zu wechseln, wenn sie mit den jeweiligen Satzungsleistungen nicht einverstanden sind. Sie können wählen zwischen einer Krankenkasse mit umfassendem Zusatzangebot bei entsprechenden Zusatzbeiträgen oder einer Krankenkasse mit geringerem Zusatzangebot und niedrigeren Beiträgen.

9. Verbesserte Informationsrechte und Möglichkeit der Kostenerstattung für alle Versicherten

Auch die Versicherten müssen ein Interesse daran haben, daß die Inanspruchnahme der Krankenkassen nicht übertrieben wird. Voraussetzung dafür ist, daß die **Transparenz der Kosten und Leistungen** erhöht wird.

Die bisher nur freiwillig Versicherten vorbehaltenen Möglichkeit der **Kostenerstattung** wird in Zukunft allen Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung als Wahlmöglichkeit offenstehen. Jedoch können – wie im Rahmen des Sachleistungsprinzips – nur die Behandlungskosten zugelassener Leistungserbringer erstattet werden. Damit wird sichergestellt, daß auch bei Kostenerstattung nur solche Leistungserbringer zu Lasten der Krankenkassen in Anspruch genommen werden, die eine wirtschaftliche Versorgung als Vertragsarzt oder Vertragszahnarzt gewährleisten.

Die Leistungserbringer werden verpflichtet, die Versicherten über Umfang und Kosten der von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen direkt und zeitnah zu unterrichten.

10. Erweiterung von Modellvorhaben und Vertragsgestaltung

Die bisher bestehenden Möglichkeiten der Krankenkassen, im Rahmen von Erprobungsregelungen Modellvorhaben durchzuführen, die vom geltenden Recht abweichen, werden erheblich erweitert. Dadurch wird die Innovationsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens und der sozialen Krankenversicherung entscheidend gestärkt.

In Zukunft können die Krankenkassen und ihre Verbände sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihrer Aufgabenstellung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung

- neue Verfahren und Organisationsformen der Leistungserbringung (z.B. eine verbesserte Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Sektor) sowie

- neue Leistungen der Krankenbehandlung, der Rehabilitation und Prävention in zeitlich befristeten Modellvorhaben erproben. Dabei ist eine wissenschaftliche Begleitung dieser Modellvorhaben ebenso vorzusehen wie eine Auswertung und Veröffentlichung der Ergebnisse, damit die Erkenntnisse dieser Modellversuche auch der interessierten Öffentlichkeit zugänglich sind.

Die Realisierung von Modellvorhaben für den Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung soll nicht gegen, sondern nur mit Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen. Die Teilnahme von Versicherten und Leistungserbringern an diesen Modellvorhaben ist freiwillig.

Den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen wird die Möglichkeit gegeben, geeignete Modellvorhaben durchzuführen, um eine unkoordinierte Mehrfachinanspruchnahme von Ärzten durch die Versicherten – sog. „Doktor-Hopping“ – zu vermeiden.

Eine Finanzierung von biomedizinischer Forschung sowie die Entwicklung und Prüfung von Arzneimitteln im Rahmen von Modellvorhaben bleibt auch in Zukunft ebenso ausgeschlossen wie Erprobungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung, wenn die entsprechenden Verfahren zuvor von den Bundesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen als Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden von umstrittenen therapeutischen Nutzen abgelehnt worden sind. Von den gegenwärtigen arzneimittelrechtlichen und apothekenrechtlichen Vorschriften kann nicht abgewichen werden. Alternative Vertriebssysteme für Arzneimittel bleiben deshalb ausgeschlossen.

11. Neuregelung der ärztlichen Vergütung

In der vertragsärztlichen Versorgung wird anstelle der bisher üblichen Gesamtvergütung mit dem „floatenden Punktwert“ ein „**Regelleistungsvolumen**“ mit einem vorab vereinbarten festen Punktwert eingeführt. Dadurch werden Transparenz und Leistungsgerechtigkeit bei der Vergütung ärztlicher Leistungen erhöht und der sogenannte „Hamsterradefekt“ vermieden, der bei drastisch sinkendem Punktwert für die einzelne ärztliche Leistung viele Ärzte dazu veranlaßt hat, diesen Punktwertverfall durch irrationale und medizinisch überflüssige Mengenausweitungen zu kompensieren. Gleichzeitig ergeben sich im Rahmen der bisher praktizierten Gesamtvergütung gerade für diejenigen Vertragsärzte zum Teil existenzbedrohende Honorareinbrüche, die sich nicht an dieser medizinisch unnötigen Mengenausweitung beteiligt haben.

Die **Vorwürfe der Krankenkassen**, die Neuregelungen der ärztlichen Vergütung führten zu Mehrausgaben der Krankenkassen in Milliardenhöhe, sind falsch und kurzsichtig. Es wäre eine Illusion zu glauben, durch Druck auf die Arzthonorare die übrige Ausgabenentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung in den Griff zu bekommen. Bei den Ärzten waren in den letzten Jahren deutlich unterproportionale Ausgabenzuwächse zu verzeichnen. Dadurch ist der Anteil der ärztlichen Behandlung an den Leistungsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung kontinuierlich zurückgegangen, in den alten Ländern von 19,4 Prozent in 1975 auf 17,2 Prozent in 1995. Gleichzeitig ist die Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte allein in den alten Ländern in diesem Zeitraum von rund 64.000 auf rund 101.000, d. h. um ca. 58 Prozent gestiegen. Währenddessen hat sich der Anteil des Krankenhausbereiches zu Lasten des ambulanten Sektors von 30,1 Prozent auf 34 Prozent ausgedehnt.

Auf eine Mark, die für ärztliche Honorare ausgegeben wird, entfallen jedoch in der Gesetzlichen Krankenversicherung ca. vier Mark auf Leistungen, die ärztlich verordnet oder veranlaßt werden. Das Problem der Ausgabendynamik in der Gesetzlichen Krankenversicherung liegt nicht bei den ärztlich erbrachten, sondern bei den ärztlich veranlaßten Leistungen. Hier ergeben sich für die Krankenkassen eine Reihe von Ansatzpunkten, durch intelligente Verträge gemeinsam mit den Ärzten zu sinnvollen Einsparungen zu kommen.

Fest steht: Die Ärzte haben sich als einzige an die im September 1995 auf der Sitzung der Konzentrierten Aktion beschlossenen Empfehlungen gehalten. Sie haben ihren Beitrag dazu geleistet, die Ausgaben in Schach zu halten.

12. Ablösung der Arznei- und Heilmittelbudgets durch Richtgrößen

Richtgrößen – jeweils getrennt für die Arznei- und Heilmittelversorgung – sind arztgruppenspezifisch so bald wie möglich gemeinsam und einheitlich von allen Kassenarten mit den Kassenärztlichen Vereinigungen zu vereinbaren. Diese Vereinbarung ist schiedstellenfähig. Dabei können auch gemeinsame Richtgrößen für Arznei- und Heilmittel vereinbart werden. Die Richtgrößen sind dann die Grundlage für die Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung. Bereits im bisherigen Recht war eine solche Lösung als Option möglich.

Mit dieser Änderung wird die **Kollektivhaftung**, die alle Ärzte einer Kassenärztlichen Vereinigung unabhängig vom individuellen Ordnungsverhalten für eine Überschreitung der Arznei- und Heilmittelbudgets in die Verantwortung nimmt, **durch Richtgrößen abgelöst**, die am Ordnungsverhalten des einzelnen Arztes ansetzen. Damit können gezieltere Anreize für eine wirtschaftlichere Verordnung von Arznei- und Heilmittel gesetzt werden.

Auch bei der vorgesehenen Ablösung der Arznei- und Heilmittelbudgets durch Richtgrößen läßt sich der Vorwurf, diese führten zu einer Ausgabenexpansion, kaum belegen. Im Gegenteil: Die Arznei- und Heilmittelbudgets haben hohe Steigerungsraten und erhebliche Budgetüberschreitungen gerade in den Jahren 1995 und 1996 nicht verhindern können. Dies hat die Krankenkassen veranlaßt, das Budget für das Jahr 1996 gegenüber 1994 nachträglich insgesamt um rund 1,1 Milliarden Mark zu erhöhen.

Außerdem führen die Arznei- und Heilmittelbudgets erkennbar zu abrupten Änderungen im Ordnungsverhalten der Ärzte, wie auch die Entwicklung Ende 1996 belegt. Ein solches „Stop and go“ muß zwangsläufig zu Einbrüchen in der Versorgungsqualität von Arznei- und Heilmitteln führen, die immer dann entstehen, wenn zum Ende eines Jahres die Diskussionen über drohende Budgetüberschreitungen das ärztliche Ordnungsverhalten prägen. Schon deshalb ist eine Umstellung auf

Richtgrößen, die kontinuierliche Anreize für mehr Wirtschaftlichkeit bei den veranlaßten Leistungen für den einzelnen Arzt setzen, der geeigneteren Weg.

13. Erweiterung der Prävention in der zahnmedizinischen Versorgung bei gleichzeitiger Begrenzung der Zahnersatzleistungen durch Festbeträge

In der **zahnmedizinischen Versorgung** der Gesetzlichen Krankenversicherung wird der Prävention und Zahnerhaltung ein **zu geringer Stellenwert** im Vergleich zur Versorgung mit Zahnersatz eingeräumt. Die Folge ist, daß die Zahngesundheit der deutschen Bevölkerung weniger gut ist, als sie sein könnte, und die Kosten je Versicherten für die zahnmedizinische Versorgung höher sind als in allen anderen vergleichbar entwickelten Ländern der Welt.

Außerdem führt die gegenwärtige prozentuale Bezuschussung für prothetische Versorgung zu, daß besonders aufwendige Versorgungsformen in der Gesetzlichen Krankenversicherung hoch bezuschußt werden. Auch dies trägt dazu bei, daß die Ausgaben für prothetische Versorgung ungerechtfertigt hoch sind und die Bezuschussungspraxis als ungerecht angesehen wird.

Im Bereich der prothetischen Versorgung soll der bisherige prozentuale Zuschuß der Krankenkassen durch **Festzuschüsse** ersetzt werden. Diese Festzuschüsse werden auf der Basis des heutigen zahnmedizinischen Niveaus, z.B. für Kronen oder Totalprothesen, festgelegt. Mit diesen Regelungen sollen unnötige Bürokratie abgebaut und die Gestaltungsmöglichkeiten für Krankenkassen und Vertragszahnärzte erweitert werden, um damit qualitätsorientierten Wettbewerb zu fördern. Die Eigenverantwortung der Versicherten soll weiter gestärkt werden, und darüber hinaus sollen zusätzliche Anreize für Zahnärzte und Versicherte geschaffen werden, um der Prävention und Zahnerhaltung Vorrang in der zahnmedizinischen Versorgung einzuräumen.

Gleichzeitig mit der Einführung des Festzuschußkonzepts für Zahnersatz wird eine klare und einfache Kostenerstattungsregelung für diesen Bereich eingeführt. Die Krankenkasse zahlt die Festzuschüsse künftig direkt an den Versicherten. Die Abrechnung der prothetischen Leistungen erfolgt unmittelbar zwischen Vertragszahnarzt und Versichertem auf der Basis der Gebührenordnung für Zahnärzte. Dabei wird für eine Übergangszeit bis zum 31. Dezember 1999 nach Veröffentlichung aller Festzuschüsse der Steigerungsfaktor der GOZ für gesetzlich Versicherte im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung mit Zahnersatz auf den maximal 1,7fachen und im Beitrittsgebiet auf den 1,76fachen Faktor, bezogen auf das dort geltende niedrigere Vergütungsniveau, begrenzt. Diese Begrenzung ist nötig, um allen Beteiligten ausreichend Zeit zur Umstellung auf das neue Festzuschußkonzept zu geben. Um zu erreichen, daß Versicherte, für die die Härtefallregelungen gelten, auch in Zukunft zuzahlungs-

frei mit Zahnersatz und Zahnkronen versorgt werden können, gilt die zeitliche Begrenzung für diesen Personenkreis nicht.

14. Kassenzuschüsse bei Hospizleistungen

In Deutschland gibt es eine wachsende Anzahl von Hospizdiensten, deren Ziel es ist, unheilbar Kranken, besonders in der letzten Lebensphase, ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod zu ermöglichen. Der Hospizgedanke muß auf verschiedenen Ebenen der Gesellschaft Verbreitung und Einfluß gewinnen. Durch ambulante Hospiztätigkeit kann langfristig ein Bewußtseinswandel herbeigeführt werden, der jedem einzelnen wieder den Zugang zu bislang verschütteten Fähigkeiten einer selbstverständlichen Sterbebegleitung gerade im häuslichen Bereich erlaubt. Daneben sind aber in beschränktem Umfang auch stationäre Hospize notwendig. Diese Hospitze werden durch Krankenkassen, Pflegeversicherung, Sozialhilfe, durch Spenden und durch Eigenleistungen finanziert.

Umstritten war insbesondere die Finanzierung durch die Krankenkassen, die bisher ohne Rechtsgrundlage Hospize durch Zuschüsse unterstützt haben. Der Gesundheitsausschuß des Deutschen Bundestages hat sich deswegen darauf verständigt, diese Finanzierungsproblematik zu lösen.

Das Zweite NOG sieht deshalb vor, Versicherten, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, einen Anspruch auf einen Zuschuß von zur Zeit ca. 250 Mark täglich zur stationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz zu vergeben. Der Zuschuß wird durch jährliche Anpassung dynamisiert und entspricht etwa der Hälfte der durchschnittlichen Höhe der Krankenhauspflegesätze. Ein Zuschuß kommt aber nur dann in Betracht, wenn eine ambulante Versorgung im Haushalt oder in der Familie des Versicherten nicht möglich ist.

Dies trägt dem auch hier zu beachtenden Grundsatz „ambulant vor stationär“ Rechnung. Zur Abgrenzung stationärer Hospize von anderen Einrichtungen, die zwar auch sterbende Menschen versorgen, aber nicht das Leistungsspektrum der Hospize vorhalten, ist Voraussetzung für den Zuschuß, daß im stationären Hospiz eine palliativ-medizinische Behandlung möglich ist.

Dies stellt sicher, daß sich künftig jede Krankenkasse in einem angemessenen Umfang an den Kosten der Hospizversorgung beteiligt. Der Zuschuß bedeutet keine Vollfinanzierung der stationären Hospize. Auch weiterhin wird ein bedeutender Anteil der Kosten durch Eigenleistung des Versicherten, durch Spenden und durch vielfältiges ehrenamtliches Engagement aufgebracht.

Das Nähere über Art und Umfang der Leistungen vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen mit den entsprechenden Spitzenorganisationen, die die Interessen der Hospize wahrnehmen, auch der Wohlfahrtsverbände und Sozialhilfeempfänger. Die Vertragspartner sollten partnerschaftlich eine wirtschaftliche und qualitätsgesicherte Leistungserbringung gewährleisten.

15. Fortsetzung der Reform in der stationären Versorgung

In der stationären Versorgung drohen auf die Krankenkassen nach Auslaufen des Stabilisierungsgesetzes 1996 und infolge des Urteils des Bundesverfassungsgerichtes zu den großen baulichen Instandhaltungsaufwendungen Mehrbelastungen zuzukommen, die die Beitragssatzstabilität gefährden würden.

Nach intensiven Gesprächen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dem Bundesverband der privaten Krankenanstalten und dem Verband der Krankenhaushausdirektoren haben sich alle Beteiligten zur Mitverantwortung für die Sicherung stabiler Beiträge durch Selbstbeschränkung bereit erklärt und tragen das beschlossene Konzept mit:

- Begrenzung des Zuwachses der Krankenhausbudgets auf die Grundlohnrate, die von den Vertragspartnern auf Bundesebene für jedes Jahr vereinbart wird. Für 1997 wird die Rate per Gesetz auf 1,3 Prozent in den alten und 2,3 Prozent in den neuen Bundesländern festgelegt. Soweit medizinische Gründe vorliegen, können darüber hinausgehende Vereinbarungen getroffen werden (Rückkehr zur leistungsorientierten Vergütung).
- Die Bemessung des Bedarfs für das Pflegepersonal der Krankenhäuser wird nicht mehr durch Rechtsverordnung (Pflege-Personalregelung) vorgegeben, sondern obliegt den Selbstverwaltungspartnern.
- Die Fallpauschalen und Sonderentgelte werden ebenfalls nicht mehr länger durch Rechtsverordnung festgelegt, sondern erstmals für 1999 von der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbart.
- Die Großgeräteplanung wird abgeschafft. Auch hier entfällt eine Rechtsverordnung, mit der Einzelheiten zu regeln gewesen wären.
- Für die Instandhaltungsaufwendungen wird für die Jahre 1997 bis einschließlich 1999 eine pauschalierte Finanzierungsregelung geschaffen. Die Mehrausgaben der Gesetzlichen Krankenkassen werden durch einen Beitrag der Versicherten in Höhe von 20 Mark pro Jahr finanziert.
- Die Mitwirkungsmöglichkeiten des Verbandes der privaten Krankenversicherung bei der Festlegung der Vergütungssätze für die Wahlleistungen (Ein- und Zweibettzimmerzuschläge) werden verbessert.
- Mit ihrer Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung für die finanzielle Entwicklung haben die Verbände die Voraussetzung geschaffen, daß die Grundprinzipien der Reform – Vorfahrt für die Selbstverwaltung, weniger staatliche Regelungen – auch im Krankenhausbereich umgesetzt werden können.