

Ulla Schmidt, MdB

Bundesministerin für Gesundheit und
Soziale Sicherung

Gudrun Schaich-Walch, MdB

Stellvertretende Vorsitzende der
SPD-Bundestagsfraktion

Klaus Kirschner, MdB

Vorsitzender des Ausschusses für
Gesundheit und Soziale Sicherung

Helga Kühn-Mengel, MdB

Vorsitzende der Arbeitsgruppe Gesundheit und
Soziale Sicherung der SPD-Bundestagsfraktion

An die Mitglieder der SPD-Bundestagsfraktion

Berlin, den 30. Juli 2003

Liebe Genossinnen und Genossen,

wir standen vor der Wahl: Entweder mit der Union einen Kompromiss zur Gesundheitsreform zu suchen, oder eine Reduzierung unseres Gesetzentwurfs auf die im Bundesrat zustimmungsfreien Teile mit den Zuzahlungsregelungen für die Patienten und ein Vermittlungsverfahren mit den strukturellen Maßnahmen - wie Hausarztversorgung, Verbesserung der integrierten Versorgung oder Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung - mit ungewissem Ausgang in Kauf zu nehmen.

Wir haben uns gerade deshalb für den Kompromiss entschieden, weil wir nachhaltig wirkende Strukturreformen im Gesundheitswesen dringend brauchen und weil wir die Union in die Verantwortung nehmen wollten. Also das, was die Union eigentlich nicht wollte.

Und so liegen nach einem Verhandlungsmarathon mit den Oppositionsfraktionen und den Ländern Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Brandenburg, Baden-Württemberg, Niedersachsen und Sachsen-Anhalt seit dem 22. Juli 2003 die gemeinsamen Eckpunkte zur Gesundheitsreform vor.

Wie bei jeder Einigung mit konkurrierenden politischen Parteien sind die Eckpunkte ein Kompromiss, und wie wir meinen ein guter Kompromiss. Denn er trägt eindeutig unsere Handschrift.

Wir wollen mehr Qualität im System, wir wollen verkrustete Strukturen aufbrechen und zugleich die Beitragssätze deutlich senken. Dass die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht mehr schalten und walten können wie sie wollen, dass sie Wichtiges nur noch zusammen mit den Krankenkassen festlegen können, haben wir erreicht. Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen sich in Zukunft gemeinsam mit den Krankenkassen über die Honorarverteilung für die ambulante ärztliche Versorgung einigen. In Zukunft wird es statt 23 nur noch 17 Kassenärztliche Vereinigungen geben, deren Vorsitzende werden professioneller handeln müssen und ihre Strukturen werden demokratischer sein, weil durch das Verhältniswahlrecht alle Arztgruppen berücksichtigt werden. Wir haben aber noch weit mehr erreicht.

1. Die Qualität des Gesundheitswesens wird verbessert

Die Gesetzliche Krankenversicherung wird zukünftig mehr Qualität bieten. Das neue Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit wird in verständlicher Sprache Informationen bereit halten, die angeben, was zu einer guten, dem Stand der Wissenschaft entsprechenden, Behandlung dazugehört.

Mit der freiwilligen elektronischen Gesundheitskarte kann man z. B. besser dokumentieren, welche Medikamente bereits verschrieben wurden. Unverträgliche Arzneimittel können direkt erkannt werden. Diese Gesundheitskarte soll zu einer elektronischen Patientenkarte weiterentwickelt werden können. Auf ihr sollen – auf freiwilliger Basis – Diagnose und Therapie umfassend dokumentiert werden. Das ist ein wichtiges Stück Transparenz und Arzneimittelsicherheit.

Die Patientenquittung kommt wie geplant.

Fortan wird es eine Verpflichtung zur Fortbildung für Ärzte und andere Gesundheitsberufe geben. Wer sich dem entzieht, wird Vergütungsabschläge hinnehmen oder gar völlig auf eine Abrechnung mit der Gesetzlichen Krankenversicherung verzichten müssen.

Alle Krankenkassen werden verpflichtet, in Zukunft Hausarztssysteme anzubieten. Denjenigen Versicherten, die sich freiwillig in das Hausarztssystem oder in qualitätsgesicherte Behandlungsprogramme einschreiben, sind Vorteile (Boni) zu gewähren. Das kann z. B. den Erlass von Praxisgebühren und/oder Zuzahlungen einschließen. Der hausärztliche Bereich und die strukturierten Behandlungsprogramme werden damit nachhaltig gestärkt.

Die Krankenkassen können in Zukunft Einzelverträge über neue integrierte Versorgungsformen alleine in eigener Verantwortung abschließen und haben hierfür einen eigenen Honoraranteil.

Mit der Öffnung der Krankenhäuser für hochspezialisierte ambulante Leistungen ist ein entscheidender Schritt zur Überwindung der bisherigen strikten Trennung zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor getan worden.

Wir konnten die Union von der Idee der Gesundheits- bzw. Medizinischen Versorgungszentren überzeugen. Nun können auch angestellte Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten Versorgung gemeinsam tätig werden, dies ist ein gewaltiger Sprung nach vorne.

Mit der integrierten Versorgung im Einzelvertragssystem, dem Hausarztssystem, den strukturierten Behandlungsprogrammen und der Öffnung von Krankenhäusern, haben wir qualitativ neue Elemente in der gesundheitlichen Versorgung realisiert.

2. Mehr Effizienz durch Strukturreformen

Mehr Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen wird auf Dauer nur zu erreichen sein, wenn Patientinnen und Patienten mehr Mitwirkungsrechte erhalten. Deshalb werden Mitbestimmungsrechte für Patienten bei allen wichtigen Versorgungsentscheidungen auf der Bundes- und der Landesebene festgelegt. Deshalb wird es auch einen Patientenbeauftragten auf Bundesebene geben, der die Interessen der Patientinnen und Patienten in der politischen Arena vertreten wird.

Über Mitbestimmungs- und Mitwirkungsrechte der Patientinnen und Patienten wird das gesamte System effizienter, wenn kritische Fragen gestellt werden können, wenn Einfluss genommen wird. Und zwar von denen, um die es geht: die Versicherten und Patienten.

Auch im Apothekenbereich haben wir die Strukturen aufgebrochen. Zu nennen sind die Auflockerung des Mehrbesitzverbots und die Freigabe des Versandhandels. Das sind wichtige Schritte zu mehr Effizienz und Wettbewerb.

Richtig: Die Positivliste ist entfallen, sie war nicht durchzusetzen. Das Ziel erreichen wir allerdings mit folgenden Instrumenten: Die Nutzenbewertung von Arzneimitteln kann das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen vornehmen. Die Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung wird durch die engere Verknüpfung von ärztlichen Honoraren und veranlassten Leistungen sowie durch Vereinbarung von Richtgrößen für verordnete Arzneimittel verbessert.

Durch die Festbetragsregelung für patentgeschützte Arzneimittel und die Herausnahme der verschreibungsfreien Arzneimittel (OTC) aus der Erstattungspflicht der Krankenkassen können die Krankenkassen ca. 1 Mrd. € pro Jahr einsparen. Wir werden auch die Preise für die verschreibungsfreien Arzneimittel freigeben und damit einen richtigen Preiswettbewerb in diesem Segment eröffnen. Zählt man die Nutzenbewertung für Scheininnovationen hinzu, steht uns zukünftig ein sehr wirksames Instrumentarium für die Arzneimittelversorgung zur Verfügung.

Entsprechend unserem Konzept haben die Versicherten gegenüber ihrer Krankenkasse fortan Anspruch auf Information über die Verteilung der Beitragsmittel auf Leistungsausgaben einerseits und Verwaltungs- und Personalausgaben andererseits. Damit können die Versicherten auf die Effizienz ihrer Kasse achten. Das ist wichtig. Denn die Verwaltungsausgaben sind in den letzten Jahren teilweise überproportional angestiegen. Deshalb werden die Verwaltungskosten je Mitglied bis

zum Jahr 2007 an die Grundlohnentwicklung gebunden. Solange die Verwaltungskosten je Mitglied einer Krankenkasse um mehr als 10 % über den durchschnittlichen Verwaltungskosten liegen, werden diese gar eingefroren.

3. Mitverantwortung aller

Wer einen umfassenden Leistungskatalog für das medizinisch Notwendige erhalten will, der kommt gerade dann an höheren Eigenbeteiligungen nicht vorbei, wenn er zugleich den Faktor Arbeit entlasten und die Beitragssätze selbstverständlich auch für die Versicherten deutlich senken will.

Die neue Zuzahlungsregelung sieht im ambulanten ärztlichen Bereich die Einführung einer Praxisgebühr von 10 € je Behandlungsfall im Quartal vor. Ausgenommen sind Behandlungen auf Überweisung sowie Kinderarztfälle und Präventionsleistungen. Im Krankenhaus wird die Zuzahlung von 9 € auf 10 € erhöht für maximal 28 Tage. Für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie für Fahrkosten beträgt die Zuzahlung 10 %, mindestens aber 5 € und höchstens 10 €.

Niemals muss eine Patientin oder ein Patient mehr als 10 € für eine Leistung bezahlen, ganz gleich ob es sich um ein Arzneimittel, einen Arztbesuch oder einen Tag im Krankenhaus handelt. Wer sich in ein Hausarztsystem oder ein strukturiertes Behandlungsprogramm einschreibt, kann seine Belastungen deutlich reduzieren.

Die neue Zuzahlungsregelung ist sozialverträglich. Niemand muss mehr als 2 % seines Einkommens für Zuzahlungen leisten und es sind im Gegensatz zu heute alle Leistungsbereiche in diese Überforderungsgrenze einbezogen.

Familien werden bei der Zuzahlungsregelung besonders berücksichtigt. Wie bisher sind Kinder bis 18 Jahre von Zuzahlungen befreit. Darüber hinaus wird für die Festlegung der Zuzahlungsobergrenze von 2 % des Einkommens ein Kinderfreibetrag wie bei der Einkommensteuer berücksichtigt.

Wir Sozialdemokraten haben gerade bei den Zuzahlungen die soziale Balance durchgesetzt. Wir haben erreicht, dass chronisch Kranke höchstens 1 % ihres Einkommens an Zuzahlungen leisten müssen. Dies konnte gegen die Union erreicht werden, die ursprünglich keine Chronikerregelung wollte.

Die Entscheidung über den Zahnersatz fiel uns am schwersten. Aber es galt abzuwägen, drohte an diesem Punkt doch die ganze Verhandlung zu platzen. Damit hätten wir keine Strukturreformen umsetzen können. Wir tragen das Konzept deshalb mit, weil wir einer Ausgliederung des Zahnersatzes Einhalt bieten konnten. Wir haben erreicht, dass sich die Versicherten beim Zahnersatz zwischen Gesetzlicher Krankenversicherung und Privater Krankenversicherung entscheiden können. Und das heißt auch: Wer die Gesetzliche Krankenversicherung wählt, der bekommt in Zukunft die gleiche Versorgung wie heute, allerdings nicht paritätisch finanziert.

Damit wir die hohe Qualität unserer Gesundheitsversorgung erhalten können und alle Versicherten das medizinisch Notwendige weiterhin bekommen, müssen alle ihren Beitrag leisten. Neben den Versicherten und Patientinnen und Patienten gehören dazu die Leistungserbringer. In einem ersten Schritt sind mit dem Beitragsatzsicherungsgesetz Ärzte, Krankenhäuser, Zahntechniker und alle Beteiligten an der Arzneimittelversorgung (Industrie, Großhandel, Apotheken) spürbar zu Einsparungen herangezogen worden. Als zweiten Schritt sieht der Kompromiss vor, dass die Pharma-Industrie durch die vorgesehene Rabattgestaltung für Arzneimittel ihren Beitrag zu leisten hat. Darüber hinaus werden durch mehr Wettbewerb und Strukturverbesserungen mittelfristig Effizienzreserven bei den Leistungserbringern erschlossen: gezieltere und verbesserte Therapien, weniger Röntgendiagnostik, preisgünstigere Arzneimittel durch Direktverhandlungen mit den Krankenkassen, Versandhandel mit Arzneimitteln und begrenzte Zulassung von Mehrbesitz bei Apotheken.

Die Anpassung an neue Bedingungen ist notwendig. Das mag nicht jedem schmecken, aber es hilft! Es hilft, dass Über-, Unter- und Fehlversorgung abgebaut werden. Es hilft, dass die Gesetzliche Krankenversicherung den Qualitätsstempel

„Made in Germany“ behält. Und das zählt viel. Sehr viel. Denn wir haben darüber zu verhandeln gehabt, wie in der Zukunft Menschen ohne Rücksicht auf ihr Einkommen, ihren Beruf, ihre Bildung oder ihren Wohnsitz medizinisch gut versorgt werden können. Ein höherwertiges politisches Ziel ist kaum denkbar.

Wir wollen eine zivile, zugleich leistungsfähige und humane Gesellschaft bewahren und tauglich für kommende Herausforderungen machen. Die solidarische Absicherung des Lebensrisikos Krankheit, das jede und jeden treffen kann, ist dabei von zentraler Bedeutung. Niemand braucht Angst haben, sie, er oder Angehörige würden nicht mehr die medizinisch notwendige Behandlung bekommen. Und daran wird sich nichts ändern. Denn für uns gilt unverändert: Gesundheit geht vor!

Deshalb lohnt es, bei den Bürgerinnen und Bürgern für diesen Konsens zu werben.

Mit freundlichen Grüßen

Ulla Auricht

G. Schraier-Walder

Ulla Auricht

U. Schraier-Walder