

Die neue Gesundheitsversicherung – das Herz der sozialen Sicherung

Wesentliches im Überblick

Die Herausforderung: Eine gute Gesundheitsversorgung sichert das Wohlergehen der Menschen – jetzt und in der Zukunft

Bildung, Wissen und Gesundheit sind die Schlüssel für ein gutes Leben im 21. Jahrhundert. In unserer heutigen Welt mit den vielen neuen Beanspruchungen und Anforderungen wie **räumliche und berufliche Mobilität** und **lebenslanges Lernen**, fit sein bis ins hohe Alter wird die Gesundheit zum wahrhaft unersetzlich kostbaren Gut.

Gesundheit ist Voraussetzung für persönliches Wohlergehen, für Freiheit und Glück. Wir müssen daher nach einem Weg suchen, der allen, ausnahmslos allen die nötigen Gesundheitsleistungen zu bezahlbaren Preisen garantiert. Das kann eine bürokratische, vielfach unnötig zersplitterte Krankenversicherung nicht mehr leisten.

Deshalb brauchen wir **die neue Gesundheitsversicherung**. Sie hat viel mehr Funktionen als nur die alte Hauptaufgabe, Beiträge einzuziehen und an Leistungserbringer wie Ärzte, Apotheker sowie Krankenhäuser zu verteilen.

In Deutschland wird niemand mehr ohne Absicherung im Krankheitsfall sein

Immer wieder ist zu lesen, dass über 40 Millionen Bürger und Bürgerinnen der Vereinigten Staaten keinen Versicherungsschutz gegen Krankheit haben. In den USA gibt es den uns so vertrauten gesetzlich abgesicherten Schutz unter dem Dach des Sozialstaats nicht. Auf unsere Bevölkerung übertragen würde dies bedeuten: Zehn Millionen Menschen wären Krankheit schutzlos ausgeliefert. Ein für uns unvorstellbarer Zustand. Dennoch haben auch in Deutschland fast 200.000 Menschen keinen Versicherungsschutz im Krankheitsfall.

Damit macht **die neue Gesundheitsversicherung** Schluss! Jeder und jede wird versichert sein und gute Leistungen erhalten. Die Absicherung im Krankheitsfall ist das Herz der sozialen Sicherung in unserem Land. Wir stärken diesen Schutz.

Worauf es ankommt: Wahlfreiheit, Wettbewerb, Transparenz

Unser Gesundheitssystem ist modern und leistungsfähig. Wir haben unter anderem hochqualifizierte Medizinerinnen und Mediziner; Krankenhäuser, Ärztinnen und Ärzte setzen modernste Medizintechnik ein, die Behandlungsmethoden sind auf höchstem

wissenschaftlichen Niveau. Damit wir uns das auch weiterhin leisten können, müssen wir sicherstellen, dass die Ressourcen zielgenau eingesetzt werden. Wir wollen, dass jeder Euro dort eingesetzt wird, wo er den Patientinnen und Patienten den größtmöglichen Nutzen bringt. Das ist eine Frage von Effizienz und Qualität.

Die Gesundheitsreform 2004 hat die Grundlagen dafür geschaffen. Erste, wichtige Schritte wurden eingeleitet, die Veränderungen sind spürbar und dokumentiert. Es gibt Bewegung – in den Köpfen und im Verhalten aller Beteiligten. Bei Ärztinnen und Ärzten, Krankenkassen, Versicherten, Patientinnen und Patienten ist die Einsicht gewachsen, dass wir nicht alles beim Alten lassen können. Dass man sich bewegen muss, um weiterzukommen. Die Richtung ist klar, das Ziel auch.

Die Gesundheitsreform 2006

- erweitert die Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten,
- fördert den Wettbewerb um die beste Qualität
- fordert mehr Wirtschaftlichkeit von Krankenkassen und Leistungserbringern,
- sorgt für mehr Durchblick bei Angeboten, Leistungen und Abrechnungen,
- räumt auf mit überflüssiger und belastender Bürokratie.

Das heutige Gesundheitssystem ist ein bürokratischer Irrgarten. Es muss einfacher und durchschaubarer werden.

Hand aufs Herz: Wer versteht unser kompliziertes Gesundheitssystem noch mit seinen vielen Kassen, Beiträgen, Verbänden und Verzweigungen? Die Reform verbessert die Verhältnisse im System so, dass sie einfacher und durchschaubarer - und nicht zuletzt auch effizienter werden. Das bedeutet: Überflüssige Bürokratie verschwindet, viele Beschäftigte können sich wichtigeren Dingen widmen als dem Ausfüllen von Formularen oder der Kontrolle komplexer Finanzströme. Dazu brauchen wir übrigens den Gesundheitsfonds. Der hilft, die Verhältnisse zu entwirren.

Der Gesundheitsfonds - klar in der Sache

Die Krankenkasse ist für uns eine Selbstverständlichkeit: Kassenkarte, Arztbesuch, Behandlung, Überweisung, Medikamente. Viele werfen eben mal einen Blick auf die Gehaltsabrechnung mit dem Kassenbeitrag. Mehr nicht. Nur ein Geldbetrag. Aber dahinter steckt in Deutschland ein hochgradig kompliziertes Abrechnungs- und Meldesystem für immer noch rund 250 Kassen und rund 35 Millionen erwerbstätige Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung in tausenden von Betrieben. Fast 30.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

von Krankenkassen sind mit den Beiträgen beschäftigt - eine größere Kleinstadt. Eine unbekannte Zahl von Beschäftigten in den Betrieben ebenfalls. Es gibt Betriebe, in denen die Lohnbuchhaltung über 100 unterschiedliche Kassen zu bedienen hat. Ständig muss etwas geändert werden. Dabei geht es immer um die Beiträge, also um Bestandteile von Lohn und Gehalt, die zu den hunderten von Kassen fließen; von dort zu den Kassenärztlichen Vereinigungen, zu den Apotheken, zu den Krankenhäusern, Physiotherapeuten und Heilmittelverkäufern.

Weil die Abstimmung zwischen Arzt und Krankenhaus zudem oft fehlt, geschieht millionenfach Doppelarbeit – aber immer auf Kosten der Beiträge von Beschäftigten wie der Betriebe. Wer sich damit auseinandersetzt, betritt keinen gepflegten Gesundheitsgarten, sondern der betritt einen bürokratischen Irrgarten. All das wird sich ändern müssen.

Die Beiträge auf Lohn und Gehalt fließen künftig in den Gesundheitsfonds. Damit wird ein unbürokratischer, Kosten sparender neuer Weg begonnen.

Betriebe werden künftig keine hundertfach unterschiedlichen Beiträge mehr an viele verschiedene Krankenkassen senden, sondern sie werden nur noch einen einheitlichen, prozentualen Beitrag pro Mitglied an eine Einzugsstelle überweisen. An der Beteiligung des Einzelnen nach seiner Leistungskraft wird also nicht gerüttelt. Der bürokratische Irrgarten wird gleichwohl dadurch kräftig gerodet.

Der Arbeitgeber wird für seinen Teil ebenfalls einen prozentualen Beitrag an eine dieser wenigen Einzugsstellen abführen. Die geben diese Mittel an den Fonds weiter. Dorthin fließen auch die Steuergelder, die künftig für die Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben in die Krankenversicherung gelenkt werden. Klare Vorgaben und moderne Elektronik machen es möglich, diese Bündelung der Gelder im Fonds mit wenigen Beschäftigten zu erledigen. Das ist mit der Minijob-Zentrale vergleichbar.

Dann beginnt der zweite Teil der Arbeit des Fonds. Er teilt die eingesammelten Gelder auf und überweist Pauschalen an die Kassen: Für jeden Versicherten eine Pauschale. Zugleich führt der Gesundheitsfonds einen zielgenauen Einkommens- und Belastungsausgleich durch. Wir wissen: Die Einkommen und die Krankheitsrisiken sind in den Kassen sehr ungleich verteilt. Die eine weist mehr ärmere, ältere und alte – und damit teurere Versicherte auf als eine andere Kasse, die vor allem Jüngere und Gesundere oder Versicherte mit höheren Einkommen angezogen hat. Diesen unverschuldeten Nachteil der einen gegenüber der anderen Kasse gleicht der Fonds präzise, unbürokratisch und auf einer sicheren Grundlage aus. Die Kassen haben damit nichts mehr zu tun. Damit entfällt der bisherige, bürokratisch aufwendige

Risikostrukturausgleich, der einen umfangreichen, nachträglichen Ausgleich zwischen den verschiedenen Kassen erforderlich gemacht hat.

Und nachdem die letzten Schulden der Kassen bis zum Start des Gesundheitsfonds getilgt sind, können in der Zukunft alle Kassen unter denselben Bedingungen in einen Wettbewerb um den besten Service, um die beste Betreuung, um die besten Leistungen untereinander starten.

Auf diese Weise erhalten die Kassen-Mitglieder zum ersten Mal einen klaren Blick auf die wirklichen Vorteile oder Nachteile, auf Leistungen, auf spezielle Angebote der Kassen. Auf das, was die Kassen wirklich leisten und leisten könnten. Die Versicherten können sich leichter und vor allem sicher entscheiden, wo sie sich versichern wollen. Jeder kann jetzt die Kasse finden, die zu ihm passt. Wettbewerb setzt nämlich voraus, dass der Kunde, der Versicherte, gut informiert vergleichen kann.

Einen Wettbewerb ohne Regeln soll es freilich nicht geben. Was bedeutet das? Der medizinisch notwendige Leistungskatalog bleibt für alle Kassen gleich. Steigen in einer Kasse die Ausgaben so rasch an, dass sie mit dem Geld aus dem Fonds nicht auskommt, dann müsste eine solche Krankenkasse rasch einen Weg finden, die Ausgaben beispielsweise für Arzneimittel zu verringern. Oder sie müsste einen Weg anbieten, der zuerst immer zum Hausarzt führt, statt teures Facharzt-Springen zu erlauben. Wenn sie dennoch ihre Ausgaben nicht in den Griff bekommen sollte, dann kann sie von ihren Mitgliedern einen Zuschlag, einen kleinen zusätzlichen Beitrag, fordern. Diesen Weg allerdings werden Kassen im Leistungswettbewerb vermeiden wollen, denn damit wäre für alle offenkundig: Diese Kasse arbeitet nicht so erfolgreich wie andere. Andere Kassen wiederum wären in der glänzenden Lage, ihren Mitgliedern sogar Beiträge zurückerstatten zu können. Gute Arbeit zahlt sich für die Mitglieder solcher Kassen aus.

Krankenkassen: Wettbewerb um Versicherte heißt Wettbewerb um Qualität

Niemand wird schlüssig begründen können, warum wir in der gesetzlichen Krankenversicherung noch immer über 250 Krankenkassen benötigen. Dazu sieben Spitzenverbände. Und noch einmal eine Vielzahl von Landesverbänden. Wir brauchen leistungsfähige Kassen, die professionell, flexibel und kundenorientiert arbeiten, und die vor allem in der Lage sind, ihren Versicherten höchste Qualität zum günstigsten Preis anzubieten. Das ist Wettbewerb.

Wahlfreiheit ist also nicht eine Frage der Menge der zu wählenden Krankenkassen. Wahlfreiheit bedeutet vor allem Auswahlmöglichkeit auf hohem Qualitätsniveau. Und weil die Kassen

zukünftig eine einheitliche Pauschale aus dem Fonds erhalten und unterschiedliche Beitragssätze der Vergangenheit angehören werden, wird sich der Wettbewerb auf die Güte und Qualität der medizinischen Versorgungsangebote der verschiedenen Krankenkassen konzentrieren – und darauf, wie wirtschaftlich sie mit dem Geld ihrer Mitglieder umgehen.

Die historisch begründete Zersplitterung der Kassenlandschaft mag einmal ihre Berechtigung gehabt haben, den veränderten Rahmenbedingungen wird die heutige Kassenlandschaft nicht mehr gerecht. Deshalb sollen Krankenkassen zukünftig leichter fusionieren können, und zwar auch kassenartenübergreifend. Warum soll eine Betriebskrankenkasse nicht mit einer AOK, eine Innungskrankenkasse nicht mit einer Angestelltenkrankenkasse zusammengehen? Wenn sich solche Veränderungen geordnet und nach festen Regeln vollziehen – und das wird sichergestellt – wird es am Ende vor allem einen Gewinner geben: die Versicherten, Patientinnen und Patienten.

Die Reform ist wie ein Startschuss: Künftig wird es mehr Wettbewerb um die beste Qualität beim Arzt, um das wirksamste Medikament, um den besten Kassen-Service und die aufmerksamste Betreuung geben.

Dieser Prozess wird einhergehen mit einem deutlichen Abbau unnötiger, bürokratischer Strukturen. Auf der Bundesebene wird es zukünftig nur noch einen statt sieben Spitzenverbände geben. Dieser soll die gemeinsamen Interessen der untereinander im Wettbewerb stehenden Kassen in der gemeinsamen Selbstverwaltung aus Krankenkassen, Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäusern vertreten. Und es reicht auch, dass es künftig auf der Landesebene nur noch einen gemeinsamen Verband gibt, der für die kollektiven Vertragsbeziehungen mit der anderen Seite, den Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern, zuständig ist. Diese Straffung heutiger Organisationsstrukturen bringt mehr Effizienz in die Abläufe und hilft, Verwaltungsausgaben zu sparen.

Auch für die private Krankenversicherung gilt: mehr Wettbewerb im Interesse der Versicherten

In der privaten Krankenversicherung findet – anders als in der gesetzlichen Krankenversicherung – bislang kein echter Wettbewerb statt. Die dort Versicherten können zum einen in aller Regel nicht zurück in die gesetzliche Krankenversicherung wechseln. Zum anderen kann auch ein Wechsel innerhalb des Systems der PKV nicht ernsthaft in Betracht gezogen werden. Denn dadurch, dass die in der Prämienkalkulation der PKV berücksichtigten

Alterungsrückstellungen bislang bei einem Versicherungswechsel nicht übertragen werden können, ist der Wechsel in finanzieller Hinsicht nahezu vollständig ausgeschlossen.

Der Wettbewerb wird künftig auch in der privaten Krankenversicherung eingeführt. Ein Wechsel zwischen den Versicherungsunternehmen wird dadurch erleichtert, dass die Unternehmen verpflichtet werden, Versicherte aufzunehmen, die bislang bei anderen Unternehmen in vergleichbaren Tarifen versichert waren. Flankierend wird die Mitnahmemöglichkeit der Alterungsrückstellungen eingeführt. Ein gerechtes Nebeneinander von GKV und PKV erfordert einen in beiden Systemen gleichermaßen funktionierenden Wettbewerb. Dies erhöht die Qualität, die Serviceorientierung und die Wirtschaftlichkeit beider Systeme.

Die PKV wird zudem zukünftig einen Basistarif anbieten. Der Leistungsumfang dieses Basistarifs entspricht dem der GKV-Leistungen. Wer in diesen Basistarif wechselt, muss sich keiner Gesundheitsprüfung unterziehen. Auch sein Alter oder sein Geschlecht werden nicht bei der Auswahl berücksichtigt. Es gibt keinen Leistungsausschluss. Die Prämien sollen bezahlbar sein.

Menschen, die privat versichert waren und ihren Versicherungsschutz verloren haben, müssen von der PKV in den Basistarif wieder aufgenommen werden.

Integrierte Versorgung: Lagerdenken hat keine Zukunft

Menschen, die krank werden, müssen meist von Station zu Station: zum Hausarzt, zum Facharzt, ins Krankenhaus, in die Rehaklinik, in die Pflegeeinrichtung. Bei den Übergängen gibt es oft Schwierigkeiten, Informationen werden nicht optimal weitergegeben, die Patientin oder der Patient ist auf sich allein gestellt. Behandlungsabläufe werden auf Kosten der Qualität unterbrochen und finanzielle Mittel verschwendet. Dabei entsteht die gute Versorgung, das Beste für die Patienten, doch nur aus dem Gemeinsamen, aus der Zusammenarbeit aller Beteiligten.

Seit der Gesundheitsreform 2004 werden integrierte Versorgungsformen deshalb finanziell gefördert. Von den bislang über 2.200 integrierten Versorgungsangeboten mit einem Vergütungsvolumen von rund 500 Millionen Euro profitieren vor allem die Patientinnen und Patienten. Ärzte und Krankenhäuser stimmen die jeweiligen Therapieziele untereinander ab. Die Behandlung folgt definierten Behandlungspfaden. Dadurch können Mehrfachuntersuchungen vermieden und Liegezeiten im Krankenhaus verkürzt werden.

Es ist aber bisher noch nicht gelungen, Integrierte Versorgung flächendeckend für große Bevölkerungsgruppen anzubieten.

Das soll sich ändern: Integrierte Versorgungsangebote soll es zukünftig für größere Regionen geben. Und die Verträge sollen möglichst für die umfassende Behandlung ganzer Krankheitsbilder geschlossen werden. Diabetes, Schlaganfallprävention, Bandscheibenerkrankungen – vor allem bei der Behandlung von Volkskrankheiten kann die integrierte Versorgung ihr ganzes Potential entfalten und eine optimale Versorgung sicherstellen. Um diese Entwicklung zu unterstützen, wird die Anschubfinanzierung für Verträge zur integrierten Versorgung vorerst verlängert.

Für die Behandlung von besonderen Krankheiten wie Krebs, Mukoviszidose oder Aids sind Krankenhäuser oft besser gerüstet als eine Arztpraxis. Um die Behandlung der betroffenen Patienten weiter zu verbessern, können die Kliniken künftig stärker in die ambulante Versorgung einbezogen werden. Um dies gezielt zu fördern, wird eine angemessene Anschubfinanzierung zur Verfügung gestellt.

Versorgung alter Menschen: Eigenständigkeit, solange es geht

Vor allem auch alte Menschen werden von einer besseren Zusammenarbeit im Gesundheitswesen profitieren. Sie leiden besonders häufig an chronischen Krankheiten, und eine Vielzahl von Gesundheitsbeschwerden kommt bei ihnen oft zusammen. Deshalb sollen künftig auch Leistungen der Pflegeversicherung gezielt in integrierte Versorgungsangebote einbezogen werden.

Es ist gut, wenn alte Menschen, solange es eben möglich ist, ein eigenständiges und selbstbestimmtes Leben führen können – möglichst in den eigenen vier Wänden. Ein alter Mensch, der wegen Krankheit aus seinen Lebensgewohnheiten herausgerissen wird, muss die Möglichkeit haben, in Ruhe gesund zu werden und in den eigenen Alltag zurückzukehren.

Wenn eine 85-jährige Frau heute in ihrer häuslichen Umgebung stürzt und einen Oberschenkelhalsbruch erleidet, dann endet die persönliche Krankheitsgeschichte oft in einer vollstationären Pflegeeinrichtung. Durch eine bessere, auf den Einzelfall bezogene Verzahnung von Krankenhausbehandlung, häuslicher Krankenpflege und Rehabilitation, wird den alten Menschen eine Rückkehr in ihre vertraute Umgebung ermöglicht.

Diesem Ziel dient auch die Umwandlung der geriatrischen Rehabilitation von einer Ermessens- in eine Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkassen. Denn alte Menschen benötigen oft besondere, ihrer körperlichen und geistigen Konstitution angepasste Formen der Rehabilitation.

Ärztgehonorare: Faire Bezahlung für Ärztinnen und Ärzte

Wer seine Arbeit tut, hat einen angemessenen Lohn verdient. Wenn Ärztinnen und Ärzte ihre Patientinnen und Patienten behandeln, tragen sie eine große Verantwortung. Und die muss angemessen honoriert werden. Die derzeitige Vergütung der niedergelassenen Ärzte durch die gesetzliche Krankenversicherung erfolgt nach einem sehr komplizierten und schwer durchschaubaren Abrechnungsverfahren. Dieses Verfahren ist ineffizient, nicht transparent, zu bürokratisch und bietet dem Arzt kein planbares Einkommen. Zudem ist die Honorarverteilung innerhalb der Ärzteschaft immer noch nicht leistungsgerecht. Mit der Gesundheitsreform 2004 haben Krankenkassen und Ärzte zwar den Auftrag erhalten, das Vergütungssystem neu zu gestalten. Diesen Auftrag haben sie bislang aber nicht erfüllt.

Deshalb handelt jetzt der Gesetzgeber. Künftig haben ärztliche Leistungen einen klaren, einheitlichen und nachvollziehbaren Preis. Das sind in der Regel Pauschalen, die im Rahmen einer Euro-Gebührenordnung – getrennt nach Haus- und Fachärzten – vertraglich vereinbart werden. Zudem wird nicht mehr jede einzelne therapeutische Handlung vergütet, sondern Behandlungskomplexe. Das sind medizinische Leistungen, die zur Behandlung eines Patienten notwendigerweise zusammen gehören. Das bedeutet weniger Abrechnungsaufwand. Und im Ergebnis erhalten die Ärzte ein planbares Einkommen und mehr Kalkulationssicherheit.

Diesem Ziel dient auch die Verlagerung besonderer Erkrankungsrisiken von den Ärzten auf die Krankenkassen. Konkret: Eine winterliche Grippewelle lässt die Patientenzahlen in den Arztpraxen in die Höhe schnellen. Für den zusätzlichen Behandlungsbedarf haben die Ärzte bislang kein zusätzliches Honorar bekommen. Zukünftig muss dieser Mehraufwand von den Kassen zusätzlich vergütet werden.

Zukünftig wird das Honorarsystem der Ärztinnen und Ärzte leistungsgerechter gestaltet. Denn die großen Honorarunterschiede zwischen den einzelnen Arztgruppen sind nicht gerechtfertigt. Warum sollen ausgerechnet diejenigen, die unsere Grundversorgung sichern und oft unsere ersten und wichtigsten Ansprechpartner im Krankheitsfall sind – Haus- und Kinderärzte – für ihre Leistungen weniger gut bezahlt werden als zum Beispiel Radiologen oder Orthopäden?

Arzneimittelversorgung: Nur beste Qualität, und die zu bezahlbaren Preisen

Von allen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind die Ausgaben für Arzneimittel in den letzten Jahren am stärksten angestiegen. Medizinische Gründe allein können das nicht erklären. Es werden zu viele teure Arzneimittel verordnet. „Teurer“ bedeutet aber längst nicht immer „besser“. Der hohe Preis steht oft in keinem angemessenen Verhältnis zum tatsächlichen Nutzen eines Arzneimittels für die Patientinnen und Patienten. Bereits am 1. Mai 2006 ist das Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) in Kraft getreten. Mit diesem Gesetz haben wir Maßnahmen ergriffen, um mehr Kostenbewusstsein und Wirtschaftlichkeit in die Arzneimittelversorgung zu bringen. Und das Gesetz zeigt jetzt schon Wirkung: Die Preise für Arzneimittel sind auf breiter Front deutlich zurück gegangen. Zahlreiche Arzneien sind für die Patientinnen und Patienten wieder ohne Zuzahlung erhältlich.

Aber es muss mehr geschehen. Wir brauchen mehr Wettbewerb im Arzneimittelmarkt. Dazu wird die Arzneimittelpreisverordnung auf Höchstpreise umgestellt. Das bedeutet: Die Apotheker können über die Arzneimittelpreise verhandeln. Ausgehandelte Preisvorteile müssen sie in angemessener Höhe an die Kunden bzw. Krankenkassen weitergeben. Wenn Apotheker besonders gut verhandeln, können sie ihren Kunden auch größere Preisnachlässe gewähren.

Die Apotheker *müssen* aber auch verhandeln, denn sie werden verpflichtet, ein jährliches Einsparvolumen von 500 Millionen Euro zu mobilisieren. Gelingt ihnen das nicht, müssen sie den Differenzbetrag – etwa durch erhöhte Kassenrabatte – ausgleichen.

Wenn neue Arzneimittel zu hohen Preisen auf den Markt kommen, dann ist es nur recht und billig, sie darauf hin zu überprüfen, ob sie ihren Preis auch wirklich wert sind. Zukünftig wird das von unabhängiger Seite überprüft. Diese Kosten-Nutzen-Bewertung soll verhindern, dass Geld verschwendet wird. Die Krankenkassen sollen nur dann höhere Preise zahlen, wenn ein Medikament auch besser hilft. Die durchschnittlichen Kosten für Spezialpräparate mit neuen Wirkstoffen liegen bei rund 370 Euro. Sie machen zwar nur zwei Prozent aller Verordnungen aus, verursachen aber 20 Prozent der Arzneimittelausgaben. Bringt ein neues Arzneimittel echte Behandlungsfortschritte, dann soll es auch teuer sein dürfen, um die hohen Entwicklungskosten der Hersteller zu refinanzieren und Innovation mit angemessenen Gewinnen zu belohnen.

Neue Wirkstoffe sind nicht nur teuer, sie gelten meistens auch für hochspezialisierte Anwendungsgebiete und sind zudem oft auch risikoreich. Deshalb sollen sich Ärzte, die ihren

Patienten ein teures, spezialisiertes Präparat verschreiben wollen, mit einem besonders qualifizierten Kollegen abstimmen. Dieses Prinzip der „Zweitmeinung“ stärkt das Vertrauen der Patienten in die Arzneimitteltherapie und hilft, unter Umständen unnötige Ausgaben zu vermeiden.

Leistungen der Krankenkassen: Unnötiges lassen, Notwendiges tun

Auch im schlimmsten Krankheitsfall wird in Deutschland niemand im Stich gelassen. Wir stellen die notwendige medizinische Versorgung zur Verfügung, auch wenn sie teuer ist.

Und wir müssen auch jedem ermöglichen, in Würde und möglichst in der eigenen häuslichen Umgebung zu sterben. Hier haben wir Nachholbedarf. Menschen, die an nicht heilbaren und weit fortgeschrittenen Erkrankungen mit begrenzter Lebenserwartung leiden – zum Beispiel Krebs, Aids oder Lungenerkrankungen - werden deshalb künftig Anspruch auf eine palliativmedizinische Versorgung haben. Wenn selbst die beste Medizin diesen Menschen nicht mehr helfen kann, sollten ihnen wenigstens die schlimmsten Schmerzen erspart bleiben. 70 Prozent aller Palliativpatienten sterben heute im Krankenhaus, obwohl sie den Wunsch hätten, zu Hause zu sterben. Eine weitgehende Linderung der krankheitsbegleitenden Symptome kann dazu beitragen, dass diese Menschen so lange wie möglich in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können.

Impfen? Das Thema wird in Deutschland noch immer zu oft verdrängt oder vergessen. Und die gesetzlichen Krankenkassen sind bislang auch nicht in jedem Fall zur Übernahme der Kosten verpflichtet. Das ist ein Problem. Und deshalb muss es gelöst werden.

Die Impfrate bei Masern (notwendige Zweitimpfung) – einer weithin unterschätzten Krankheit mit hoher Komplikationsrate – liegt bundesweit bei lediglich 33,1 Prozent (Robert Koch-Institut). Die insgesamt größten Impflücken bestehen allerdings bei Erwachsenen. Die empfohlenen Auffrischimpfungen gegen Tetanus und Diphtherie werden nur sehr unzureichend wahrgenommen. Bei einer Umfrage des Bundesverband der Betriebskrankenkassen aus dem Jahr 2003 gaben nur 62 Prozent der Befragten an, in den letzten 10 Jahren geimpft worden zu sein.

Empfohlene Impfungen werden künftig keine (freiwillige) Satzungsleistung der gesetzlichen Krankenkassen mehr sein, sondern eine Regel- und Pflichtleistung.

Dies gilt zukünftig auch für die Mutter/Vater-Kind-Kuren. Die sind kein Urlaub, sondern eine therapeutische Leistung, wenn eine Erholung im Familienalltag nicht mehr möglich und Hilfe erforderlich ist.

Auf der anderen Seite sollen bestimmte Leistungen, die bislang von der Versichertengemeinschaft bezahlt wurden, künftig in die Verantwortung des Einzelnen zurückgegeben werden. Wer meint, sich – aus welchen persönlichen Gründen auch immer – einer Schönheitsoperation unterziehen zu müssen, wer Piercings und Tätowierungen für eine tolle Sache hält, soll dies tun. Aber er soll dann auch für die möglichen Folgen selbst die Verantwortung übernehmen. Der Leistungsanspruch bei solchen selbstverschuldeten Behandlungsbedürftigkeiten wird deshalb eingeschränkt.

Die neue Gesundheitsversicherung – Darauf ist Verlass

Die neue Gesundheitsversicherung wird für jede und jeden einen Versicherungsschutz bieten. Niemand in unserem Land bleibt ohne die Absicherung im Krankheitsfall: Jeder und jede erhält die notwendige medizinische Leistung – und zwar unabhängig vom Alter und Einkommen.

Die neue Gesundheitsversicherung wird einen Qualitätswettbewerb auslösen, wie er bis dato nicht bekannt ist. Künftig wird es mehr Wettbewerb um die beste Qualität beim Arzt, um das wirksamste Medikament, um den besten Kassen-Service und die aufmerksamste Betreuung geben. Jeder soll leicht die Kasse finden können, die zu ihm passt.

Die neue Gesundheitsversicherung führt zu einer verlässlichen, modernen und auf lange Zeit sicheren Gesundheitsversorgung. Die gesetzliche Krankenversicherung kann auf der Grundlage dieser Festlegungen ihre Funktionen für alle Menschen in Deutschland jetzt und in der Zukunft voll und ganz erfüllen.