

VORWORT:

Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,



auch in Zukunft können Sie in Deutschland bei Krankheit sicher sein, dass Sie die medizinische Versorgung bekommen, die Sie brauchen. Das gilt für jedes Alter und unabhängig vom Einkommen. Um diese gemeinschaftliche Errungenschaft zu bewahren, waren große Anstrengungen erforderlich. Jetzt ist es geschafft. Ab 1. Januar 2004 startet die Gesundheitsreform. Damit haben wir die Weichen gestellt, die drängendsten Probleme zu lösen, die Beiträge zu senken, die Ausgaben zu bremsen und den Wettbewerb um mehr Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen zu fördern.

Ökonomische Vernunft, partnerschaftliche Zusammenarbeit und gesundheitsbewusstes Verhalten werden künftig belohnt; falsche Anreize, die zu einer unnötigen Verschwendung von Ressourcen beitragen, werden beseitigt. Wir wollen, dass jeder Euro, der in das System der gesetzlichen Krankenversicherung fließt, auch dort ankommt, wo er Patientinnen und Patienten den größten Nutzen bringt.

Für diese gemeinsame Anstrengung müssen sich alle bewegen: Ärzte und Apotheker, Krankenhäuser und Krankenkassen, Vereinigungen und Verbände. Aber auch Patientinnen und Patienten. Wir haben deren Wahl- und Mitsprachemöglichkeiten deutlich erweitert und ihnen dabei mit dem neuen Hausarztssystem einen starken Partner an die Seite gestellt. Fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker, fordern Sie Ihre Krankenkasse. Informieren Sie sich darüber, wo Sie die beste Versorgung erhalten. Und vor allem: Nutzen Sie frühzeitig alle Möglichkeiten der Vorsorge und Früherkennung, damit Sie länger gesund bleiben. Denn: Gesundheit geht vor.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Ulla Schmidt'.

Ulla Schmidt

Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung

INHALT:

Unser Gesundheitssystem
Was bringt die Gesundheitsreform?

Mehr Mitsprache

Sie stehen im Mittelpunkt
Die Patientenquittung/Die elektronische Gesundheitskarte
Der Versichertenbonus/Transparente Finanzen
Bessere Interessenvertretung/Die oder der Patientenbeauftragte

Mehr Qualität

Qualität sichern und verbessern
Das Hausarztssystem/Ambulante Behandlung im Krankenhaus/
Medizinische Versorgungszentren
Der qualitätsgeprüfte Arzt
Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit

Mehr Effizienz

Neues Gesundheits- und Kostenbewusstsein
Neue Festbetragsregelung bei Arzneimitteln/
Neue Honorare für Apotheker
Freie Preise für rezeptfreie Produkte/Versandhandel mit
Arzneimitteln/Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen
Korruption bekämpfen/Gesetzliche Krankenversicherung

Finanzierungsreform mit System
Vergleichen Sie Preis und Leistung!
Neue Zuzahlungs- und Finanzierungsregelungen
Service

UNSER GESUNDHEITSSYSTEM:

Leistungsstark, aber verbesserungsbedürftig

Unser Gesundheitssystem ist leistungsfähig. Die gesetzliche Krankenversicherung ist das Herzstück des Sozialstaats und eine der größten Errungenschaften unserer Gesellschaft. Sie sorgt dafür, dass bei uns jeder, der krank wird, unabhängig von Alter und Einkommen die medizinische Versorgung bekommt, die er braucht. Und zwar auf der Höhe des medizinischen Fortschritts. Das soll so bleiben.

Diese Sicherheit ist aber nicht so selbstverständlich, wie viele glauben. Zum einen haben sich die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen grundlegend verändert. Zum anderen läuft auch innerhalb des Systems nicht alles so, wie es sollte.

Veränderte Bevölkerungsentwicklung

Im Jahr 2050 werden statistisch gesehen nur noch 1,7 Erwerbstätige auf einen Rentner entfallen. Im Jahr 2001 waren dies noch 3,8 Erwerbstätige. Darüber hinaus bringt auch der medizinische Fortschritt stetig steigende Kosten mit sich. Das heißt: Ohne grundlegende Reformen kommen auf die Erwerbstätigen in Zukunft immer höhere Beiträge für die gesetzliche Krankenversicherung zu oder eine Reduzierung der Leistungen. Das wollen wir nicht.

Mangelnde Qualität trotz hoher Ausgaben

Aus den Beiträgen ihrer Versicherten steht der gesetzlichen Krankenversicherung die gewaltige Summe von über 140 Milliarden Euro zur Verfügung. Dennoch hat unser Gesundheitswesen erhebliche Qualitätsmängel in der medizinischen Versorgung. Experten haben ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung festgestellt: Manche Patienten erhalten zu viele Leistungen und Medikamente, andere zu wenig und wieder andere die falschen. Das schadet der Gesundheit der Betroffenen und verursacht unnötige Kosten. So entstehen etwa ein Viertel der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung nur durch diese Qualitätsmängel in der Versorgung. Der Grund dafür: unzureichende Koordination vieler Behandlungsprozesse. Das System richtet sich nur unzureichend nach den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten. Das wollen wir ändern.

Fehlender Durchblick

Das Gesundheitswesen ist für die Patientinnen und Patienten da. Doch die haben kaum eine Chance, es zu durchschauen: Was ist die richtige Therapie, welches Medikament nützt mir wirklich, werde ich gut oder schlecht beraten?

Sie müssen darauf vertrauen, dass beim Arzt und im Krankenhaus, in der Apotheke oder in der Arzneimittelentwicklung stets das Beste, das Sinnvollste und das Wirksamste für sie getan wird. Aber nur gut informierte Patientinnen oder Patienten können eigenständig urteilen und entscheiden und ihren Teil der Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen. Wir wollen, dass die Patientinnen und Patienten wieder im Mittelpunkt unseres Gesundheitswesens stehen: Behandlung muss immer auch Beteiligung sein.

Das bedeutet: Um den solidarischen Charakter unseres Gesundheitssystems zu erhalten, müssen wir die Finanzierung von Leistungen auf das Notwendige konzentrieren und zugleich die vorhandenen Mängel des Systems beheben. Denn all das, was unser Gesundheitssystem leistet, und jede Reform, die es verändert, muss sich an dem einen Ziel messen lassen: Es soll den Patientinnen und Patienten nützen!

Was bringt die Gesundheitsreform?

Mehr Mitsprache

Die Gesundheitsreform stärkt die Informationsmöglichkeiten und Beteiligungsrechte von Versicherten, Patientinnen und Patienten. Ein wichtiger Schlüssel dazu ist mehr Transparenz bei Leistungen und Kosten.

Mehr Qualität

Die Gesundheitsreform sorgt dafür, dass die Qualität der medizinischen Versorgung verbessert wird. Sie fördert gezielt die koordinierte Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Bereichen des Gesundheitssystems.

Mehr Effizienz

Die Gesundheitsreform schafft Anreize, das Gesundheits- und Kostenbewusstsein auf allen Seiten zu fördern. Deshalb stärkt sie den Wettbewerb und ermöglicht leistungsfähige Strukturen.

MEHR MITSPRACHE:

Sie haben mehr zu sagen als nur „Aaaaaaaa“!

- ▣ Hat Ihr Arzt oder Ihre Ärztin Ihnen Ihre letzte Krankheit und den Therapieverschlach verständlich erklärt?
- ▣ Haben Sie schon einmal von Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin eine Quittung bekommen?
- ▣ Haben Sie schon einmal einen vollständigen Überblick über Ihre Impfungen, Allergien, Laboruntersuchungen, Diagnosen und Arzneimittel in der Hand gehabt?

Sie stehen im Mittelpunkt

Die meisten von uns sind zu großem Einsatz bereit, wenn es um die Erhaltung unserer Gesundheit oder die Heilung einer Krankheit geht. Leider wird das in unserem Gesundheitssystem oft ignoriert. Viele Patientinnen und Patienten werden behandelt, ohne gefragt zu werden, ohne Erklärungen. So können sie am Behandlungsprozess nicht aktiv mitwirken und damit kaum zur Heilung ihrer Krankheit beitragen.

Dabei ist das System doch für die Patientinnen und Patienten da! Sie gehören in den Mittelpunkt der Behandlung. Sie können schließlich nur dann Verantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen, wenn sie über Risiken und Nutzen der Behandlung Bescheid wissen oder dem Arzt zumindest die Fragen stellen können, die für die Behandlung wichtig sind.

Die Gesundheitsreform sorgt dafür. Mit einem klaren Blick hinter alle medizinischen Leistungen. Mit verbesserten Grundlagen für ein partnerschaftliches, gleichberechtigtes Arzt-Patienten-Verhältnis. Mit der Stärkung der Beteiligungsrechte für Patientenverbände. Mit der Einrichtung eines Patientenbeauftragten, der sich für die Weiterentwicklung der Patientenrechte

einsetzen soll. Denn nur wenn Sie durchblicken, können Sie die Dinge auch beurteilen und sich gesundheits- und kostenbewusst im Gesundheitswesen verhalten.

DIE PATIENTENQUITTUNG:

Mehr Durchblick bei ärztlichen Leistungen

Als Patientin und Patient können Sie künftig besser durchschauen, welche Leistungen ein Arzt zu welchen Kosten erbracht hat. Wer dies wünscht, wird deshalb zukünftig vom Arzt, Zahnarzt oder Krankenhaus eine Kosten- und Leistungsinformation in verständlicher Form erhalten.

Dabei haben Sie die Wahl: Lassen Sie sich vom behandelnden Arzt entweder direkt nach Ihrem Arztbesuch eine so genannte Tagesquittung ausstellen oder am Ende des Abrechnungsquartals eine Quartalsquittung. Dort finden Sie eine Aufstellung aller Leistungen und Kosten auf einen Blick. Das schafft mehr Durchblick für alle Beteiligten und festigt das Vertrauen zwischen Arzt und Patient. Die beste Voraussetzung für jede erfolgreiche Behandlung und ein Beitrag zu einer gleichberechtigten Partnerschaft.

DIE ELEKTRONISCHE GESUNDHEITSKARTE:

Die eigene Gesundheit auf einen Blick

Sie können Ihre Gesundheitsdaten zukünftig selbst in die Hand nehmen. Ab 2006 wird die bisherige Krankenversicherungskarte durch eine elektronische Gesundheitskarte ersetzt. Sie wird die Versichertenangaben enthalten und alle Daten, die zur Ausgabe eines elektronischen Rezepts erforderlich sind. Dazu, auf freiwilliger Basis, gibt es einen medizinischen Teil mit Gesundheitsdaten.

Jeder, der dies möchte, kann die Daten erfassen lassen, die für die eigene Gesundheit wichtig sind: von der Dokumentation eingenommener Arzneimittel bis zu Notfall-Informationen wie Blutgruppe, Allergien oder chronische Erkrankungen. Sie entscheiden selbst, in welchem Umfang Daten gespeichert werden sollen und wem Sie diese Daten zugänglich machen wollen. Damit kein Unberechtigter Zugang zu den Daten bekommt, funktioniert der Zugriff auf die Gesundheitsdaten nur zusammen mit einem elektronischen Heilberufsausweis. Er ist der zweite „Schlüssel“, mit dem der Inhalt der Gesundheitskarte geöffnet werden kann.

DER VERSICHERTENBONUS:

Mehr sparen durch mehr Vorsorge

Ihre Krankenkasse kann Ihnen zukünftig einen Bonus gewähren, wenn Sie sich für Ihre eigene Gesundheit engagieren und die Leistungen des Gesundheitssystems sinnvoll nutzen. Dazu gehört z. B. die regelmäßige Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen. Auch wer sich in ein Hausarztssystem einschreibt, an Präventions- oder speziellen Chronikerprogrammen teilnimmt, kann von einem Bonus seiner Krankenkasse profitieren.

Über die konkrete Ausgestaltung solcher Bonussysteme kann jede Krankenkasse individuell entscheiden. Die „Belohnung“ für die Versicherten kann eine Ermäßigung bei den Zuzahlungen und Praxisgebühren sein. Oder eine Beitragsermäßigung. Oder andere Prämien. Es gibt viele Möglichkeiten, die Menschen zur aktiven Erhaltung ihrer Gesundheit oder zum verantwortungsvollen Umgang mit ihrer Krankheit zu motivieren. Jede Krankenkasse wird andere Lösungen finden. Sie können vergleichen, wo es die besten Angebote für Ihre Bedürfnisse gibt. Und am Ende entscheiden Sie.

TRANSPARENTE FINANZEN:

Wissen, wofür die Krankenkassen das Geld ausgeben

Sie sollen genau wissen, wofür Ihre Krankenkasse die Beitragsgelder ausgibt. Deshalb werden die Krankenkassen zukünftig jedes Jahr in ihrer Mitgliedszeitschrift berichten, wie viel Geld z. B. für Krankenhausbehandlung, Arzneimittel oder auch für die Verwaltungs- und Personalkosten verwendet wurde. Dazu gehört auch, dass die Gehälter, Versorgungsregelungen und sonstigen Bezüge der Vorstandsmitglieder offen gelegt werden.

BESSERE INTERESSENVERTRETUNG:

Patientinnen und Patienten sitzen künftig mit am Tisch

Die Berücksichtigung Ihrer Patienteninteressen wird zukünftig in allen Gremien zur Pflicht, in denen über wichtige Anliegen mit Bedeutung für Patientinnen und Patienten entschieden wird. Die organisierten Patienteninteressen, das heißt Patienten- und Behindertenverbände sowie Selbsthilfeorganisationen, werden also unmittelbar in Entscheidungsprozesse einbezogen. Zum Beispiel, wenn es um die Frage geht, ob neue Therapien oder Arzneimittel geeignet sind und von der Krankenkasse bezahlt werden sollen.

DIE ODER DER PATIENTENBEAUFTRAGTE:

Anwalt der Patienteninteressen

Eine Patientenbeauftragte oder ein Patientenbeauftragter auf Bundesebene wird zukünftig dafür sorgen, dass die Interessen von Patientinnen und Patienten stärker beachtet werden. Er wird die Weiterentwicklung der Patientenrechte fördern und sich für die Schaffung von Beteiligungsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen einsetzen.

Der Patientenbeauftragte wird die Transparenz im Gesundheitswesen verbessern und im ständigen Dialog mit Patientenverbänden und Organisationen die Belange der Patienten in die Öffentlichkeit bringen. Und Sie können sich mit Anfragen und Beschwerden an diese neue Stelle wenden.

MEHR QUALITÄT:

Der Gewinner im Qualitätswettbewerb sind Sie!

- Haben Sie vor Ihrer letzten Operation vergleichen können, welches Krankenhaus in Ihrer Gegend die besten Erfolgsquoten bei diesem Eingriff hat?
- Weiß Ihre Hausärztin oder Ihr Hausarzt, zu welchen anderen Ärzten oder Therapeuten Sie gehen, kennt er die Diagnosen, und sind die verschiedenen Therapien aufeinander abgestimmt?
- Hat Ihre Krankenkasse Ihnen schon einmal eine Belohnung angeboten, wenn Sie regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen gehen?

Qualität sichern und verbessern

Eigentlich haben wir alles, um eine gesundheitliche Versorgung für alle auf höchstem Niveau sicherzustellen: hervorragend ausgebildete Ärzte, modernste Medizintechnik, eine flächendeckende Krankenhausversorgung und eine hochwertige Arzneimittelversorgung. Bislang wurden die vorhandenen Möglichkeiten unseres leistungsstarken Gesundheitssystems nicht immer und nicht konsequent genug so eingesetzt, dass sie den Patientinnen und Patienten wirklich Nutzen bringen. Kurz: Wir leisten uns zu viel schlechte Qualität. Die Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Krankenhäusern und anderen Leistungsbereichen ist an vielen Stellen mangelhaft. Es fehlt an der notwendigen Qualitätssicherung in der medizinischen Behandlung. Das können wir nicht länger akzeptieren. Wir brauchen mehr Wettbewerb um die beste Qualität.

Mit der Gesundheitsreform ändern wir die Strukturen so, dass die verschiedenen Bereiche im Gesundheitswesen zukünftig besser zusammenarbeiten können. Außerdem werden wir künftig für mehr Qualitätssicherung in Arztpraxen und Krankenhäusern sorgen. Für Patientinnen und Patienten bedeutet das vor allem: mehr Behandlungsqualität.

DAS HAUSARZTSYSTEM:

Wer erst zum Hausarzt geht, verhält sich vernünftig und kann sparen

Die Krankenkassen werden verpflichtet, ihren Versicherten ein Hausarzt-system anzubieten. Das bedeutet: Patientinnen und Patienten können sich künftig für einen Hausarzt als ständigen Partner entscheiden. Sie gehen im Krankheitsfall immer zunächst zum Hausarzt, so dass dieser stets den Überblick über die gesamte Behandlung behält. Er kennt die individuelle Situation seiner Patienten, berät und bewertet mit ihnen gemeinsam die Therapiemöglichkeiten. Patientinnen und Patienten, die im Krankheitsfall zuerst auf ihren Hausarzt setzen, können davon auch finanzielle Vorteile haben, denn die Krankenkasse kann die Teilnahme am Hausarztssystem mit einem Bonus belohnen.

AMBULANTE BEHANDLUNG IM KRANKENHAUS:

Bessere Versorgung für chronisch kranke Menschen

Künftig können auch Krankenhäuser im ambulanten Bereich hoch spezialisierte fachärztliche Leistungen anbieten. Auch die fachärztliche Versorgung im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch kranke Menschen kann zukünftig von Krankenhäusern übernommen werden. Damit entfällt für ohnehin leidgeprüfte Patientinnen und Patienten das Hin und Her zwischen möglicherweise notwendigen Krankenhausaufenthalten und regelmäßigem Besuch beim niedergelassenen Facharzt.

MEDIZINISCHE VERSORGUNGSZENTREN:

Mehr Behandlungsqualität durch bessere Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit von Ärzten, Therapeuten und anderen Heilberuflern wird zukünftig gezielt gefördert, denn eine gemeinsame Verständigung über Krankheitsverlauf, Behandlungsziele und Therapie ist im Interesse der Patientinnen und Patienten. In medizinischen Versorgungszentren arbeiten alle an der Behandlung Beteiligten eng zusammen. So werden die Medikamente besser abgestimmt, Doppeluntersuchungen werden vermieden. Für Patientinnen und Patienten bedeutet das: Hier erhalten sie besondere medizinische Versorgungsqualität aus einer Hand. Der Weg zur Gesundheit wird kürzer.

DER QUALITÄTSGEPRÜFTE ARZT:

Mehr Vertrauen durch nachgewiesene Qualität

Patientinnen und Patienten können in der Regel nur schwer beurteilen, auf welchem qualitativen Niveau der behandelnde Arzt arbeitet. Sie sind auf subjektive Eindrücke angewiesen, da es keine allgemeinen Standards gibt. Die Gesundheitsreform sorgt dafür, dass das Qualitätsmanagement, also das Bemühen um qualitätsfördernde Maßnahmen, jetzt auch in den Arztpraxen konsequent Einzug hält.

In allen Arztpraxen wird ein internes Qualitätsmanagement eingeführt. Das bedeutet, dass jede Ärztin und jeder Arzt seine Praxisabläufe nach bestimmten Qualitätsvorgaben überprüfen muss. Außerdem werden die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, nicht nur kontinuierlich die Qualität in den Arztpraxen zu kontrollieren und zu verbessern, sondern über diese Maßnahmen auch regelmäßig zu berichten.

Ärztinnen und Ärzte müssen sich regelmäßig fortbilden, damit sie in der Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten stets auf der Höhe des medizinischen Fortschritts sind. Diese Verpflichtung wird nun genauer gefasst: Die Fortbildungen müssen frei von wirtschaftlichen Interessen sein. So werden zum Beispiel produktbezogene Veranstaltungen künftig nicht mehr als Fortbildung anerkannt. Ärztinnen und Ärzte, die sich nur unzureichend oder gar nicht fortbilden, müssen mit Vergütungsabschlägen oder sogar mit dem Entzug der Zulassung rechnen.

DAS INSTITUT FÜR QUALITÄT UND WIRTSCHAFTLICHKEIT:

„Stiftung Warentest“ des Gesundheitswesens

Krankenkassen, Krankenhäuser und Ärzte werden ein gemeinsames, staats-unabhängiges Institut gründen. Hier werden medizinische Behandlungen, Operationsverfahren oder auch Arzneimittel auf ihren Nutzen untersucht und bewertet – immer nach dem jeweiligen aktuellen Stand in der Wissenschaft. Dazu gehört auch die Empfehlung von Behandlungen bei bestimmten Krankheiten (Leitlinien), um auch den Ärztinnen und Ärzten eine verlässliche Orientierung geben zu können und sagen zu können, was der aktuelle medizinische Wissensstand ist.

Das alles wird in Alltagssprache beschrieben, damit auch Patientinnen und Patienten diese Informationen verstehen und als Grundlage für das Gespräch mit ihrem Arzt nutzen können. Die Funktion des Instituts kann man also mit der der „Stiftung Warentest“ vergleichen.

Das Institut wird darüber hinaus mehr Klarheit schaffen bei der Frage, warum die Krankenkassen eine bestimmte medizinische Leistung bezahlen oder nicht bezahlen. Bisher ist es für Außenstehende schwer nachvollziehbar, warum eine Therapie, ein Arzneimittel usw. in den Leistungskatalog aufgenommen wird oder warum die Aufnahme abgelehnt wird. In Zukunft werden die wissenschaftlichen Studien und Ergebnisse, die als Grundlage für diese Entscheidungen gedient haben, für alle Versicherten sowie Patientinnen und Patienten zugänglich sein.

MEHR EFFIZIENZ:

Damit Qualität bezahlbar bleibt!

- ▣ Hat Ihnen Ihre Apothekerin oder Ihr Apotheker schon einmal preiswertere Medikamente und kleinere Packungsgrößen empfohlen?
- ▣ Haben Sie schon einmal ein Kopfschmerzmittel im Sonderangebot gesehen?
- ▣ Haben Sie schon einmal daran gedacht, Ihre Medikamente im Internet zu bestellen und sich per Post schicken zu lassen?

Neues Gesundheits- und Kostenbewusstsein

Internationale Vergleiche zeigen, dass unser Gesundheitswesen zu wenig effizient ist. Bei den Gesundheitskosten liegen wir an dritter Stelle hinter den USA und der Schweiz, aber bei der Qualität erreichen wir in den meisten Bereichen nur Mittelmaß. Warum ist das so? In der Vergangenheit haben die verschiedenen Leistungsbereiche unseres Gesundheitswesens oft nebeneinander statt miteinander gearbeitet. Alle Beteiligten im System sind zunächst einmal auf die Wahrung der eigenen ökonomischen Interessen bedacht. Dass dies nicht immer im Interesse der Patientinnen und Patienten ist, versteht sich von selbst.

Das wird sich künftig ändern. Die Gesundheitsreform schafft Anreize, das Gesundheits- und Kostenbewusstsein auf allen Seiten zu fördern. Sie fördert die Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, stärkt den koordinierten Informationsaustausch zwischen Ärzten, Apothekern, Krankenhäusern und Therapeuten und ermöglicht so leistungsfähigere Strukturen. Denn jeder Euro soll zukünftig so ausgegeben werden, dass er den Patientinnen und Patienten wirklich nützt. Wir werden unser Gesundheitssystem von kostentreibenden Faktoren entlasten. Die Korruptionsbekämpfung wird ausgebaut und der Wettbewerb im Arzneimittelhandel gefördert. „Was kostet dieses Medikament? Warum ist es nötig und was nützt es? Welche Alternativen gibt es?“ Fragen Sie Ihren Arzt oder Apotheker! Denn Wettbewerb funktioniert letztlich nur, wenn auch Sie mitmachen und kritischer und kostenbewusster werden.

NEUE FESTBETRAGSREGELUNG BEI ARZNEIMITTELN:

Nur echte Verbesserungen bei Arzneien werden belohnt

Die Ausgaben für Arzneimittel sind in den letzten fünf Jahren überproportional gestiegen. Das kann nicht allein medizinisch begründet sein. Deshalb wird künftig nur mehr bei solchen Arzneimitteln auf Festbeträge verzichtet, die den Patientinnen und Patienten eine echte Verbesserung in der medikamentösen Behandlung bringen. Für so genannte Scheininnovationen, also nur leichte Abwandlungen bereits vorhandener Mittel, sollen hingegen keine überhöhten Preise mehr gezahlt werden.

Die Entwicklung innovativer Medikamente soll auch weiter gefördert und honoriert werden – nicht aber eine Forschung, die lediglich auf marginale Unterschiede bei Wirkstoffen setzt, damit unter dem Dach „Patentschutz“ hohe Preise verlangt werden können. Forschung soll therapeutischen Nutzen bringen, nicht einfach mehr patentgeschützte teure Mittel.

NEUE HONORARE FÜR APOTHEKER:

Wirtschaftlichkeit hat jetzt Vorrang

Zukünftig ist Schluss damit, dass ein Apotheker umso mehr verdient, je teurer das verkaufte Medikament ist. Ob große oder kleine Packung, teures oder preiswertes Arzneimittel – künftig bekommt er für alle verschreibungspflichtigen Arzneien den gleichen Zuschlag, nämlich ein so genanntes Abgabehonorar von 8,10 Euro pro Packung. Das fördert wirtschaftliches Verhalten und hilft Kosten sparen.

Das stärkt natürlich auch die Beratung in der Apotheke. Es lohnt sich in Zukunft für den Apotheker, Sie auf ein gutes, aber günstiges Arzneimittel hinzuweisen: Sie sind zufrieden, der Apotheker hat das Gleiche verdient. Und für Sie lohnt es sich in Zukunft auch, aktiv nachzufragen. Denn schließlich richtet sich die Höhe der Zuzahlung künftig nicht mehr nach der Packungsgröße, sondern ausschließlich nach dem Preis eines Arzneimittels.

FREIE PREISE FÜR REZEPTFREIE PRODUKTE:

Ein Preisvergleich lohnt sich jetzt

Die Preise für nicht verschreibungspflichtige Arzneien und Produkte werden künftig nicht mehr gesetzlich vorgeschrieben, sondern unterliegen dem freien Wettbewerb. Jeder Apotheker entscheidet also selbst, wie preiswert oder wie teuer er Ihnen einzelne Produkte anbietet. Und als Patientin oder Patient, Kundin oder Kunde entscheiden Sie zukünftig durch die Wahl der Apotheke selbst, was Sie von den jeweiligen Preisen halten. Denn schließlich macht es einen Unterschied, ob Sie für ein Medikament 3,20 Euro oder 4,10 Euro bezahlen.

Es liegt auf der Hand, was diese Preisfreigabe für die Apothekenkunden bedeutet: Der Wettbewerb um Kunden ist neben dem Wettbewerb um Qualität immer auch ein Wettbewerb um den günstigsten Preis. Deshalb ist davon auszugehen, dass die Preise für viele nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel und Produkte künftig deutlich sinken werden.

VERSANDHANDEL MIT ARZNEIMITTELN:

Mehr Wettbewerb durch Bestellung per Post oder Internet

Wie in anderen europäischen Staaten längst üblich, wird der Versandhandel mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln auch in Deutschland freigegeben. Öffentliche Apotheken werden sich also künftig dem Wettbewerb mit den Versandapotheken stellen müssen. Für Versandapotheken gelten dabei selbstverständlich die gleichen hohen Maßstäbe im Hinblick auf Verbraucherschutz und Arzneimittelsicherheit, wie man das auch von der öffentlichen Apotheke vor Ort kennt.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNGEN UND KRANKENKASSEN:

Entschlackung und Entbürokratisierung für mehr Effizienz

Die Organisationsstrukturen der Krankenkassen und Leistungserbringer werden flexibler gestaltet und Bürokratie wird abgebaut. Kassenärztliche Vereinigungen haben den gesetzlichen Auftrag, die ärztliche Versorgung flächendeckend sicherzustellen. Zukünftig werden kleinere Vereinigungen zu

größeren Einheiten zusammengelegt, ihre Zahl von 23 auf voraussichtlich 17 oder 18 reduziert. Das hilft Geld sparen und sorgt für mehr Wirtschaftlichkeit.

Außerdem: Auf der Bundesebene diskutieren und koordinieren eine Vielzahl von Gremien und Ausschüssen die gesundheitliche Versorgung in Deutschland. Zukünftig wird es dafür nur noch einen gemeinsamen Bundesausschuss geben. Ein unübersichtliches und unnötiges Bürokratie-Dickicht wird entschlackt. Das schafft mehr Transparenz und Effizienz.

KORRUPTION BEKÄMPFEN:

Schwarzen Schafen geht es an den Kragen

Korruption und Betrug fügen der gesetzlichen Krankenversicherung großen Schaden zu. Das heißt: den Versicherten, die mit ihren Beiträgen dafür bezahlen müssen. Dieses Fehlverhalten Einzelner soll zukünftig effektiver verfolgt und bestraft werden. Die Krankenkassen, die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind deshalb zukünftig verpflichtet, Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten einzurichten.

GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG:

Verwaltungskosten werden begrenzt

2002 betragen die Verwaltungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung gut 8 Milliarden Euro, das sind rund 157 Euro pro Mitglied oder 5,6 Prozent der Gesamtkosten. Weil die Verwaltungsausgaben im Gesundheitswesen in den letzten Jahren weit überdurchschnittlich angestiegen sind, werden sie zukünftig „gedeckelt“. Das bedeutet: Liegen die Verwaltungskosten einer Krankenkasse pro Mitglied mehr als 10 Prozent über dem Durchschnitt, dann werden sie eingefroren.

Finanzierungsreform mit System

Beitragsentlastung, neue Zuzahlungsregeln und Mitverantwortung, die sich lohnt

Die Modernisierung unzeitgemäßer Strukturen in unserem Gesundheitswesen geht einher mit mehr Beteiligungsrechten und einer höheren Behandlungsqualität für Patientinnen und Patienten. Die Steuerungseffekte der Gesundheitsreform werden zu einer durchgreifenden Beitragsentlastung in der gesetzlichen Krankenversicherung führen. Bis zum Jahr 2007 wird der Beitragssatz schrittweise abgesenkt.

Damit die Reform gelingt, müssen sich alle Partner im Gesundheitswesen an der Operation beteiligen. Auch für Patientinnen und Patienten bedeutet dies eine neue finanzielle Mitverantwortung: Beim Krankengeld wird ab 2006 ein Sonderbeitrag in Höhe von 0,5 Prozent erhoben. Die neuen Zuzahlungsregelungen werden so ausgestaltet, dass niemand überfordert wird.

Finanzielle Mitverantwortung bedeutet aber keineswegs nur zusätzliche Belastung. Sie bedeutet auch, dass Patientinnen und Patienten die eigenen Zuzahlungen künftig zu einem guten Teil selbst steuern können. Denn wer sich gesundheitsbewusst verhält, wird von der Reform profitieren. Und weil mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen auch zu mehr Entscheidungsfreiheit führt, lohnt sich zukünftig ein Preis-Leistungs-Vergleich etwa bei der Wahl der Krankenkasse oder beim Kauf von Arzneimitteln.

Vergleichen Sie Preis und Leistung!

Bei Krankenkassen: Bonussysteme vergleichen und mitmachen

Die Krankenkassen können Ihnen künftig einen Bonus gewähren, wenn Sie

- ▣ regelmäßig zu Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen gehen oder
- ▣ erfolgreich an Präventionsprogrammen teilnehmen oder
- ▣ sich mit der Einschreibung in ein Hausarztssystem, ein Chronikerprogramm oder eine integrierte Versorgung für eine besonders gute Behandlungsqualität entscheiden.

Suchen Sie sich die Krankenkasse aus, die Ihnen neben guten Leistungen das beste, für Sie passende Bonussystem anbietet: eine Ermäßigung bei den Zuzahlungen, eine Reduzierung bei den Praxisgebühren, niedrigere Beiträge oder andere Prämien.

Bei Arzneimitteln: Nachfragen und Preise vergleichen

Beim Kauf eines Arzneimittels lohnt es sich künftig, die Augen und den Mund aufzumachen. Wenn Sie

- ▣ ein rezeptfreies Medikament wie z. B. Kopfschmerztabletten kaufen wollen, heißt es: Ein Vergleich lohnt sich. Jeder Apotheker kann hier künftig den Preis selbst festlegen. Schauen Sie, welche Apotheke in Ihrer Umgebung das Medikament am günstigsten anbietet. Prüfen Sie dabei auch die Angebote des Arzneimittelversandhandels.
- ▣ eine verschreibungspflichtige Arznei kaufen wollen und der Arzt nicht ein ganz bestimmtes Medikament vorschreibt, fragen Sie die Apothekerin oder den Apotheker nach einem günstigen, wirkungsgleichen Medikament. Denn schließlich richtet sich die Höhe der Zuzahlung künftig nicht mehr nach der Packungsgröße, sondern ausschließlich nach dem Preis eines Arzneimittels.

Neue Zuzahlungs- und Finanzierungsregelungen – die wichtigsten Veränderungen auf einen Blick

Prozentuale Zuzahlung

Grundsätzlich wird künftig bei allen Leistungen eine Zuzahlung von 10% der Kosten erhoben. Höchstens allerdings 10 Euro, mindestens 5 Euro. Wenn die Kosten unter 5 Euro liegen, wird der tatsächliche Preis gezahlt.

Belastungsgrenzen

- ▣ Alle Zuzahlungen werden künftig für das Erreichen der Belastungsgrenze berücksichtigt.
- ▣ Die jährliche Eigenbeteiligung der Versicherten darf 2% der Bruttoeinkommen nicht überschreiten.
- ▣ Für chronisch kranke Menschen gilt eine Grenze von 1% der Bruttoeinkommen.
- ▣ Auf Familien wird durch Kinderfreibeträge zusätzlich Rücksicht genommen.
- ▣ Bei Beziehern von Sozialhilfe gilt der Regelsatz des Haushaltsvorstands als Berechnungsgrundlage für die Belastungsgrenze.

Befreiung für Kinder und Jugendliche

Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind generell von allen Zuzahlungen befreit.

Bonusregelung

Wer aktiv Vorsorge betreibt und an qualitätsgesicherten Präventionsmaßnahmen teilnimmt, kann von seiner Krankenkasse einen finanziellen Bonus bekommen. Das kann eine teilweise Befreiung von den Zuzahlungen oder auch eine Ermäßigung des Beitrags sein. Das gilt auch für Versicherte, die an einem Hausarztssystem, an einem Chronikerprogramm oder an einer integrierten Versorgung teilnehmen.

Was sich ändert	Wie es sich ändert	Ausnahmen	Anmerkungen
... beim Arztbesuch	Praxisgebühr von 10 Euro pro Quartal beim Arzt oder Zahnarzt.	Überweisungen: Wer von einem Arzt zu einem anderen Arzt überwiesen wird, zahlt dort keine Praxisgebühr mehr, wenn der zweite Arztbesuch in dasselbe Quartal fällt. Vorsorge: Kontrollbesuche beim Zahnarzt, Vorsorge- und Früherkennungstermine und Schutzimpfungen sind von der Praxisgebühr ausgenommen.	10 Euro pro Quartal bedeutet: Egal, wie oft man zu einem Arzt geht, und egal, zu wie vielen Ärzten man (mit Überweisung) geht: Man zahlt insgesamt nicht mehr als 10 Euro Praxisgebühr innerhalb eines Quartals.
... bei Arzneimitteln und Verbandmitteln	Zuzahlung von 10% des Preises, jedoch mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro pro Arzneimittel. In jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Mittels.		Beispiele: Ein Medikament kostet 10 Euro. Die Zuzahlung beträgt den Mindestanteil von 5 Euro. Ein Medikament kostet 75 Euro. Die Zuzahlung beträgt 10% vom Preis, also 7,50 Euro. Ein Medikament kostet 120 Euro. Die Zuzahlung ist auf den Maximalanteil von 10 Euro begrenzt.
... bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege	Zuzahlung von 10% der Kosten des Mittels zuzüglich 10 Euro je Verordnung (bei häuslicher Krankenpflege auf 28 Tage pro Kalenderjahr begrenzt).		Beispiel: Wenn z. B. auf einem Rezept sechs Massagen verordnet werden, beträgt die Zuzahlung 10 Euro für diese Verordnung und zusätzlich 10 % der Kosten pro Massage.
... bei Hilfsmitteln	Zuzahlung von 10% für jedes Hilfsmittel (z. B. Hörgerät, Rollstuhl), jedoch mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro. In jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Mittels.	Ausnahme: Hilfsmittel, die zum Verbrauch bestimmt sind (z. B. Windeln bei Inkontinenz): Zuzahlung von 10% je Verbrauchseinheit, aber maximal 10 Euro pro Monat.	
... bei einer Sozialtherapie, bei Inanspruchnahme einer Haushaltshilfe	Zuzahlung von 10% der kalendertäglichen Kosten, jedoch höchstens 10 Euro und mindestens 5 Euro.		

Was sich ändert	Wie es sich ändert	Ausnahmen	Anmerkungen
... bei der stationären Vor- sorge und Rehabilitation	Zuzahlung von 10 Euro pro Tag, bei Anschlussheilbe- handlungen begrenzt auf 28 Tage.		
... bei der medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter	Zuzahlung von 10 Euro pro Tag.		
... im Krankenhaus	Zuzahlung von 10 Euro pro Tag, aber begrenzt auf maximal 28 Tage pro Kalenderjahr.		Ein durchschnittlicher Krankenhausaufenthalt dauert neun Tage.

Leistungen der Krankenkasse

- Sterbegeld - Entbindungsgeld	Werden aus dem Leistungs- katalog der gesetzlichen Krankenversicherung her- ausgenommen.		
- Sterilisation	Sofern eine Sterilisation der persönlichen Lebens- planung dient, muss diese Leistung künftig vom Versicherten selbst finan- ziert werden.	Ausnahme: Wenn eine Sterilisation medizinisch notwendig ist, werden diese Kosten auch weiter- hin von der Krankenkasse übernommen.	
- Künstliche Befruchtung	Reduzierung von vier auf drei Versuche, die von der Krankenkasse zu jeweils 50 % bezahlt werden. Altersbegrenzung für Frauen zwischen 25 und 40 Jahren, für Männer bis 50 Jahre.		
- Sehhilfen/Brillen	Grundsätzlich werden sich die Krankenkassen daran nicht mehr beteiligen.	Ausnahme: Ein Leistungs- anspruch besteht auch weiterhin für Kinder und Jugendliche bis zum voll- endeten 18. Lebensjahr sowie für schwer sehbeein- trächtigte Menschen.	
- Fahrkosten	Kosten von Fahrten zur ambulanten Behandlung werden grundsätzlich nicht mehr von der Krankenkasse übernommen.	Ausnahme: Wenn es zwin- gende medizinische Gründe gibt, kann die Kranken- kasse in besonderen Fällen eine Genehmigung erteilen und die Fahrkosten über- nehmen.	

Was sich ändert	Wie es sich ändert	Ausnahmen	Anmerkungen
<ul style="list-style-type: none"> - Arzneimittel 	<p>Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden von den gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich nicht mehr erstattet.</p> <p>Arzneimittel, die überwiegend der Verbesserung der privaten Lebensführung dienen (z. B. Viagra), werden nicht mehr erstattet.</p>	<p>Ausnahmen: Verordnungen für Kinder bis zum 12. Lebensjahr, für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen und bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen, wenn solche Arzneimittel zum Therapiestandard gehören.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Mutterschaftsgeld - Empfängnisverhütung - Schwangerschaftsabbruch - Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes 	<p>Werden zukünftig über Steuern finanziert. Für den Versicherten ändert sich nichts, da diese Leistungen auch weiterhin über die Krankenkasse abgerechnet werden.</p>		<p>Da es sich um Leistungen handelt, die im gesamtgesellschaftlichen Interesse sind, werden diese künftig aus Steuermitteln finanziert. Zu diesem Zweck wird die Tabaksteuer in drei Stufen bis 2005 um insgesamt 1 Euro pro Packung erhöht.</p>
<p>... beim Zahnersatz</p>	<p>Der Zahnersatz bleibt im Gesamtleistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Ab 2005 können die Versicherten wählen, diese Leistung gesetzlich oder privat abzuschließen. Innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung zahlen mitversicherte Familienangehörige keinen Beitrag.</p>		<p>Es werden „befundbezogene Festzuschüsse“ eingeführt. Kosten oberhalb dieser Festzuschüsse tragen die Versicherten selbst. Am Umfang und an der Qualität der Versorgung wird sich gegenüber dem heutigen Stand nichts ändern.</p>
<p>... beim Krankengeld</p>	<p>Ab 2006 wird von den Versicherten ein Sonderbeitrag in Höhe von 0,5% erhoben.</p>		

SERVICE:

Wenn Sie Fragen haben:

Bürgertelefon zum Nulltarif

Montags bis Donnerstag von 8 bis 20 Uhr

- ▣ Krankenversicherung/Gesundheitsreform 08 00/15 15 15-9
- ▣ Rente 08 00/15 15 15-0
- ▣ Infos für behinderte Menschen/Europäisches Jahr der Menschen mit Behinderungen 2003 08 00/15 15 15-2
- ▣ Pflegeversicherung 08 00/15 15 15-8

Gehörlosen-/Hörgeschädigten-Service

- ▣ Schreibtelefon 08 00/11 10 00-5
- ▣ Fax 08 00/11 10 00-1

Internet/E-Mail

- ▣ www.bmgs.bund.de · info@bmgs.bund.de
- ▣ www.die-gesundheitsreform.de

IMPRESSUM:

Herausgeber:

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
Referat Öffentlichkeitsarbeit, Reden, Besucherdienst
11017 Berlin

Stand: 17.10.2003

Wenn Sie Bestellungen aufgeben möchten:

Best.-Nr.: A 410
Telefon: 0180 / 51 51 51 0 (0,12 EUR / Min.)
Fax: 0180 / 51 51 51 1 (0,12 EUR / Min.)
Schriftlich: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
Information, Publikation, Redaktion
Postfach 500
53108 Bonn
E-Mail: info@bmg.s.bund.de
Internet: <http://www.bmg.s.bund.de>

Schreibtelefon / Fax für Gehörlose und Hörgeschädigte:

Schreibtelefon: 0800 / 111 000 5 (zum Nulltarif)
Fax: 0800 / 111 000 1 (zum Nulltarif)
E-Mail: info.gehoerlos@bmg.s.bund.de / info.deaf@bmg.s.bund.de

Konzeption und Text:

Ahrens & Behrent Agentur für Kommunikation, Berlin

Gestaltung:

Zum goldenen Hirschen

Druck:

Merkur Druck GmbH

Gedruckt auf 100% Recyclingpapier