



Bundesministerium  
für Gesundheit  
und Soziale Sicherung

**agenda 2010**



**DIE GESUNDHEITSREFORM:**

**Eine gesunde Entscheidung für alle!**

**DAMIT DEUTSCHLAND GESUND BLEIBT.**

## 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. Seit 1. Januar 2004 gelten die Neuerungen der 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 jetzt belohnt; falsche Anreize, die zu einer unnötigen Verschwendung von Ressourcen beitragen, wurden 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.

Ihre

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  
Stärkere Interessenvertretung/Die Patientenbeauftragte

### **Mehr Qualität**

Qualität sichern und verbessern  
Das Hausarztssystem/Medizinische Versorgungszentren/  
    Ambulante Behandlung im Krankenhaus  
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. 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, mussten 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 Therapieversuch 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 einer

Patientenbeauftragten, die sich für die Weiterentwicklung der Patientenrechte einsetzt. 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 jetzt besser durchschauen, welche Leistungen ein Arzt zu welchen Kosten erbracht hat. Wer dies wünscht, erhält deshalb vom Arzt, Zahnarzt oder Krankenhaus eine Kosten- und Leistungsinformation in verständlicher Form.

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 jetzt einen Bonus gewähren, wenn Sie sich gesundheitsbewusst verhalten 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 wie z. B. Sachpreise. Es gibt viele Möglichkeiten, die Menschen zur aktiven Erhaltung ihrer Gesundheit oder zum verantwortungsvollen Umgang mit ihrer Krankheit zu motivieren. Die Krankenkassen bieten dazu individuelle Lösungen an. 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 müssen die Krankenkassen jedes Jahr in ihrer Mitgliederzeitschrift 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.



## **STÄRKERE INTERESSENVERTRETUNG:**

### **Anwalt der Patienteninteressen**

Die Berücksichtigung Ihrer Patienteninteressen ist in allen Gremien Pflicht, in denen über wichtige Anliegen mit Bedeutung für Patientinnen und Patienten entschieden wird. Die organisierten Patienteninteressen, das heißt Patienten- und Behindertenverbände sowie Selbsthilfeorganisationen, sind 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 PATIENTENBEAUFTRAGTE:**

### **Patientinnen und Patienten sitzen künftig mit am Tisch**

Die Ende 2003 neu eingesetzte Patientenbeauftragte auf Bundesebene sorgt dafür, dass die Interessen von Patientinnen und Patienten stärker beachtet werden. Sie fördert die Weiterentwicklung der Patientenrechte und setzt sich für die Schaffung von Beteiligungsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen ein.

Die Patientenbeauftragte verbessert die Transparenz im Gesundheitswesen und bringt im ständigen Dialog mit Patientenverbänden und Organisationen die Belange der Patienten in die Öffentlichkeit ein. 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 besser zusammenarbeiten können. Außerdem sorgt sie für mehr Qualitätssicherung in Arztpraxen und Krankenhäusern. 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 sind verpflichtet, ihren Versicherten ein Hausarztssystem anzubieten. Das bedeutet: Patientinnen und Patienten können sich 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.

## **MEDIZINISCHE VERSORGUNGSZENTREN:**

### **Mehr Behandlungsqualität durch bessere Zusammenarbeit**

Die Zusammenarbeit von Ärzten, Therapeuten und anderen Heilberuflern wird 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.

## **AMBULANTE BEHANDLUNG IM KRANKENHAUS:**

### **Bessere Versorgung für chronisch kranke Menschen**

Krankenhäuser können im ambulanten Bereich hoch spezialisierte fachärztliche Leistungen anbieten. Auch die fachärztliche Versorgung im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch kranke Menschen kann 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.

## 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 und Krankenhäusern konsequent Einzug hält.

In allen Arztpraxen und Krankenhäusern wird ein internes Qualitätsmanagement eingeführt. Das bedeutet, dass jede Ärztin und jeder Arzt seine Praxisabläufe und jedes Krankenhaus seine Arbeitsabläufe nach bestimmten Qualitätsvorgaben überprüfen muss. Außerdem sind die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, nicht nur kontinuierlich die Qualität in den Arztpraxen und Krankenhäusern 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 ist nun genauer gefasst: Die Fortbildungen müssen frei von wirtschaftlichen Interessen sein. So werden zum Beispiel produktbezogene Veranstaltungen 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, staatsunabhängiges Institut gründen. Das Institut arbeitet als wissenschaftlicher Service des Gesundheitswesens. Es untersucht Arzneimittel auf ihren Nutzen und bewertet sie – immer nach dem jeweiligen aktuellen Stand in der Wissenschaft. Auch Therapien, Operationsverfahren und Behandlungsempfehlungen bei bestimmten Krankheiten (Leitlinien) werden hier bewertet. Dies gibt auch Ärztinnen und Ärzten eine verlässliche Orientierung.

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 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 jetzt nur mehr bei solchen Arzneimitteln auf Festbeträge verzichtet, die den Patientinnen und Patienten eine echte Verbesserung in der medikamentösen Behandlung bringen. Für so genannte Scheinnovationen, also nur leichte Abwandlungen bereits vorhandener Mittel, werden hingegen keine überhöhten Preise mehr gezahlt.

Die Entwicklung innovativer Medikamente wird auch weiter gefördert und honoriert – 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**

Jetzt ist Schluss damit, dass ein Apotheker umso mehr verdient, je teurer das verkaufte Medikament ist. Ob große oder kleine Packung, teures oder preiswertes Arzneimittel – er bekommt 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. Dazu erhält die Apotheke zum Ausgleich für Investitionskosten einen geringen prozentualen Zuschlag auf den Einkaufspreis.

Das stärkt natürlich auch die Beratung in der Apotheke. Es lohnt sich jetzt 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 jetzt auch, aktiv nachzufragen. Denn schließlich richtet sich die Höhe der Zuzahlung 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 sind jetzt 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 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 deutlich sinken werden.

## VERSANDHANDEL MIT ARZNEIMITTELN:

### **Mehr Wettbewerb durch Bestellung per Post oder Internet**

Wie in anderen europäischen Staaten längst üblich, ist nun der Versandhandel mit Arzneimitteln auch in Deutschland freigegeben. Öffentliche Apotheken müssen sich dem Wettbewerb mit den Versandapotheken stellen. 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. Im Jahr 2004 werden einige kleinere

Vereinigungen zu größeren Einheiten zusammengelegt. Das hilft Geld sparen und sorgt für mehr Wirtschaftlichkeit.

Außerdem: Auf der Bundesebene diskutierten und koordinierten eine Vielzahl von Gremien und Ausschüssen die gesundheitliche Versorgung in Deutschland. Jetzt gibt es dafür nur noch den Gemeinsamen Bundesausschuss. In ihm sitzen Vertreter der Vertragsärzteschaft, der Vertragszahnärzteschaft, der gesetzlichen Krankenkassen und der Krankenhäuser. Die Patientinnen und Patienten haben über ihre Vertretungen ein Mitberatungsrecht im Ausschuss. Seine Hauptaufgabe ist es, in Richtlinien die Inhalte der Versorgung zu bestimmen. Ein unübersichtliches und unnötiges Bürokratie-Dickicht wurde damit 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 wird nun effektiver verfolgt und bestraft. Die Krankenkassen, die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sind deshalb 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 jetzt „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 haben bereits zu Beitragsentlastungen in der gesetzlichen Krankenversicherung geführt. Bis zum Jahr 2007 wird der Beitragssatz weiter sinken können.

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 sind so ausgestaltet, dass niemand überfordert wird.

Finanzielle Mitverantwortung bedeutet aber keineswegs nur zusätzliche Belastung. Sie bedeutet auch, dass Patientinnen und Patienten die eigenen Zuzahlungen zu einem guten Teil selbst steuern können. Denn wer sich gesundheitsbewusst verhält, profitiert von der Reform. Und weil mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen auch zu mehr Entscheidungsfreiheit führt, lohnt sich 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 einen Bonus gewähren, wenn Sie

- ▢ regelmäßig zu Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen gehen oder
- ▢ erfolgreich an qualitätsgesicherten 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, Sachpreise oder andere Prämien.

### Bei Arzneimitteln: Nachfragen und Preise vergleichen

Beim Kauf eines Arzneimittels lohnt es sich, 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 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 nicht mehr nach der Packungsgröße, sondern nach dem Preis eines Arzneimittels.

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

## Prozentuale Zuzahlung

Grundsätzlich wird 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 für das Erreichen der Belastungsgrenze berücksichtigt. Daher müssen alle Zuzahlungsbelege gesammelt werden.
- ▣ 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 Freibeträge für Ehepartner (4.347 Euro in 2004) und Kinder (je 3.648 Euro in 2004) zusätzlich Rücksicht genommen.
- ▣ Bei Beziehern von Sozialhilfe gilt ausschließlich der Regelsatz des Haushaltsvorstands als Berechnungsgrundlage für die Belastungsgrenze, weshalb die Freibeträge nicht veranschlagt werden können.

## Befreiung für Kinder und Jugendliche

Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind mit Ausnahme der Fahrkosten von allen Zuzahlungen befreit.

## Voller Beitragssatz auf Versorgungsbezüge

Rentnerinnen und Rentner müssen bis zum Erreichen der Beitragsbemessungsgrenze auf ihre sonstigen Versorgungsbezüge wie Betriebsrenten und Alterseinkünfte aus selbständiger Tätigkeit den vollen Beitrag zahlen.

## 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
<b>Zuzahlungen</b>			
... beim Arztbesuch	Praxisgebühr von 10 Euro pro Quartal beim Arzt. Beim Zahnarzt wird eine separate Praxisgebühr fällig. Als ärztliche Leistungen gelten auch Rezept ausstellen, Blut abnehmen, Notfälle, telefonische Auskunft.	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: Jährliche Kontrollbesuche beim Zahnarzt, Vorsorge- und Früherkennungstermine und Schutzimpfungen sind von der Praxisgebühr ausgenommen.	10 Euro pro Quartal bedeutet: Egal, wie oft man zum selben 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 verschreibungs-pflichtigen Arzneimitteln und Verbandmitteln	Zuzahlung von 10 % des Preises, jedoch mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro pro Arzneimittel.		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 bzw. der Leistung 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 max. 10 Euro pro Monat.	
... bei einer Soziotherapie, 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
<b>... bei der stationären Vorsorge und Rehabilitation</b>	Zuzahlung von 10 Euro pro Tag, bei Anschlussheilbehandlungen begrenzt auf 28 Tage.		Tage für vorübergehende Krankenhausaufenthalte werden bei Anschlussheilbehandlungen mit angerechnet.
<b>... bei der medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter</b>	Zuzahlung von 10 Euro pro Tag.		
<b>... im Krankenhaus</b>	Zuzahlung von 10 Euro pro Tag, aber begrenzt auf maximal 28 Tage pro Kalenderjahr.		Ein durchschnittlicher Krankenhausaufenthalt dauert neun Tage.

## Leistungen der Krankenkasse

<b>– nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel</b>	Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden von den gesetzlichen Krankenkassen nicht mehr erstattet.  Arzneimittel, die überwiegend der Verbesserung der privaten Lebensführung dienen (z. B. Viagra), werden nicht mehr erstattet.	Ausnahmen: Verordnungen für Kinder bis zum 12. Lebensjahr, für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen und bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen, wenn solche Arzneimittel zum Therapiestandard gehören.	Auch hier gilt eine Zuzahlung von 10 % des Preises, mindestens 5 Euro und maximal 10 Euro pro Arzneimittel. In jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Medikamentes.  Nicht verschreibungspflichtige Medikamente werden heute schon zu zwei Dritteln selbst bezahlt.
<b>– Sterbegeld – Entbindungsgeld</b>	Werden aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen.		
<b>– Sterilisation</b>	Sofern eine Sterilisation der persönlichen Lebensplanung dient, muss diese Leistung künftig vom Versicherten selbst finanziert werden.	Ausnahme: Wenn eine Sterilisation medizinisch notwendig ist, werden diese Kosten auch weiterhin von der Krankenkasse übernommen.	
<b>– Künstliche Befruchtung</b>	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.		

Was sich ändert	Wie es sich ändert	Ausnahmen	Anmerkungen
- <b>Sehhilfen/Brillen</b>	Grundsätzlich werden sich die Krankenkassen an Brillengläsern nicht mehr beteiligen.	Ausnahme: Ein Leistungsanspruch besteht auch weiterhin für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sowie für schwer sehbeeinträchtigte Menschen.	
- <b>Fahrkosten</b>	Fahrkosten zur ambulanten Behandlung werden grundsätzlich nicht mehr von der Krankenkasse übernommen.	Ausnahme: Wenn es zwingende medizinische Gründe gibt, kann die Krankenkasse in besonderen Fällen eine Genehmigung erteilen und die Fahrkosten übernehmen.	Bei genehmigten Fahrkosten müssen 10 %, aber höchstens 10 Euro und mindestens 5 Euro pro Fahrt zugezahlt werden. Dies gilt auch für Fahrkosten bei Kindern und Jugendlichen.
- <b>Mutterschaftsgeld</b> - <b>Empfängnisverhütung</b> - <b>Schwangerschaftsabbruch</b> - <b>Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes</b>	Werden über Steuern finanziert. Für den Versicherten ändert sich nichts, da diese Leistungen auch weiterhin über die Krankenkasse abgerechnet werden.		Da es sich um Leistungen handelt, die im gesamtgesellschaftlichen Interesse sind, werden diese aus Steuermitteln finanziert. Zu diesem Zweck wird die Tabaksteuer in drei Stufen bis 2005 um insgesamt 1 € pro Packung erhöht.
... <b>beim Zahnersatz</b>	Bis Ende 2004 ändert sich nichts. Ab 2005 wird Zahnersatz als obligatorische Satzungsleistung von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten. Versicherte zahlen für die Absicherung des Zahnersatzes einen eigenen monatlichen Beitrag. Die Versicherten können sich auch entscheiden, den Zahnersatz privat zu versichern. Ab 2005 werden befundbezogene Festzuschüsse eingeführt.		In der gesetzlichen Krankenversicherung wird der monatliche Beitrag für den Zahnersatz unter 10 Euro liegen, mitversicherte Familienangehörige zahlen keinen eigenen Beitrag. Maßgeblich für die Höhe der befundbezogenen Festzuschüsse ist nicht mehr die medizinisch notwendige Versorgung im Einzelfall, sondern diejenige, die in der Mehrzahl der Fälle angewandt wird. Versicherte erhalten zukünftig für jede medizinisch anerkannte Versorgungsform einen Festzuschuss.
... <b>beim Krankengeld</b>	Bleibt Leistung der Krankenkasse. Ab 2006 wird von den Versicherten ein Sonderbeitrag in Höhe von 0,5% des Bruttoeinkommens erhoben.		Der allgemeine Beitragsatz zur Krankenversicherung, den Arbeitgeber und Arbeitnehmer je zur Hälfte zahlen, sinkt um 0,5 Prozentpunkte.

## SERVICE:

### Wenn Sie Fragen haben:

#### **Bürgertelefon zum Nulltarif**

Montags bis donnerstags 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](http://www.bmgs.bund.de) • [info@bmgs.bund.de](mailto:info@bmgs.bund.de)
- ▢ [www.die-gesundheitsreform.de](http://www.die-gesundheitsreform.de)

## IMPRESSUM:

### **Herausgeber:**

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung  
Referat für Öffentlichkeitsarbeit  
11017 Berlin

**Stand: Januar 2004**

### **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@bmgs.bund.de](mailto:info@bmgs.bund.de)  
Internet: <http://www.bmgs.bund.de>

### **Schreibtelefon/Fax für Gehörlose und Hörgeschädigte:**

Schreibtelefon: 08 00/111 000 5 (zum Nulltarif)  
Fax: 08 00/111 000 1 (zum Nulltarif)  
E-Mail: [info.gehoerlos@bmgs.bund.de](mailto:info.gehoerlos@bmgs.bund.de) / [info.deaf@bmgs.bund.de](mailto:info.deaf@bmgs.bund.de)

### **Konzeption und Text:**

Ahrens & Behrent Agentur für Kommunikation, Berlin

### **Gestaltung:**

Zum goldenen Hirschen