



# Presse- mitteilung

|               |                                                                        |
|---------------|------------------------------------------------------------------------|
| HAUSANSCHRIFT | Am Propstthof 78 a, 53121 Bonn                                         |
| PRESSEREFERAT | Mohrenstr. 62, 10117 Berlin                                            |
| TEL           | +49 (0)1888 441-1307 + 1308                                            |
| FAX           | +49 (0)1888 441-4861 + 4860                                            |
| INTERNET      | <a href="http://www.bmgesundheit.de">www.bmgesundheit.de</a>           |
| E-MAIL        | <a href="mailto:pressestelle@bmj.bund.de">pressestelle@bmj.bund.de</a> |

Nr. 127  
2. September 2002

## **Ulla Schmidt: Alle Beteiligten müssen Verantwortung für Qualität und Effizienz übernehmen**

Zur Situation der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem 1. Halbjahr 2002 erklärt Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt:

„Die gesetzliche Krankenversicherung ist leistungsfähig. Sie stellt sicher, dass jeder Versicherte ohne Ansehen von Person und Einkommen wohnortnah die medizinisch notwendige Versorgung erhält. Mit der gesetzlichen Krankenversicherung sind die Versicherten auf der sicheren Seite. Probleme liegen vor allem in der Qualität der Leistungserbringung: bei der mangelnden Abstimmung der Leistungen und bei der Bewertung des therapeutischen Nutzens im Verhältnis zum Preis. Deshalb müssen wir die von uns begonnenen strukturellen Reformen fortsetzen, um die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu steigern.

Nach den jetzt vorliegenden vorläufigen Finanzergebnissen im 1. Halbjahr 2002 haben die Ausgaben gegenüber dem 1. Halbjahr 2001 um rd. 2 Mrd.

000306

Euro zugenommen und betragen rd. 70,2 Mrd. Euro. Demgegenüber betragen die Einnahmen rd. 67,8 Mrd. Euro. Dies bedeutet ein Defizit von rd. 2,4 Mrd. Euro. In Westdeutschland lag der Ausgabenüberhang bei rd. 2,4 Mrd. Euro, während in der GKV-Ost mit einem Minus von ca. 30 Mio. Euro ein weitgehend ausgeglichenes Finanzergebnis erzielt werden konnte.

Im Unterschied zu 2001, in dem das Defizit der gesetzlichen Krankenversicherung im 1. Halbjahr rd. 2,5 Mrd. Euro betragen hatte, sind allerdings in diesem Jahr in der 2. Jahreshälfte zusätzliche positive Effekte auf der Einnahmenseite zu erwarten:

- Fast sämtliche größeren bisherigen Tarifabschlüsse im Jahr 2002 für ca. 12 Millionen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit durchschnittlichen Steigerungsraten von 3,4 v.H. im Westen und 3,3 v.H. im Osten greifen ab der 2. Jahreshälfte und sind in den Beitragseinnahmen des 1. Halbjahres kaum enthalten.
- Die Rentensteigerungen von rd. 2,16 v.H. (West) und rd. 2,89 v.H. (Ost) führen ab 01.07.2002 zu Mehreinnahmen.
- Die Beitragssatzsteigerungen der Krankenkassen zur Jahreswende 2001/2002 werden in der Krankenversicherung der Rentner erst zeitverzögert mit Anpassungen von rd. 0,4 Beitragssatzpunkten ab 01.07.2002 wirksam.

Außerdem werden wie in den vergangenen Jahren auch in diesem Jahr die Einmalzahlungen - insbesondere das Weihnachtsgeld - die Einnahmenseite spürbar verbessern. Allein in den letzten beiden Jahren lagen die Beitragseinnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung im 2. Halbjahr jeweils um knapp 4 Mrd. Euro über den entsprechenden Beitragseinnahmen des 1. Halbjahres.

Der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz lag zum 1. Juli 2002 bundesweit bei 13,99 v.H. (West 14,00 v.H., Ost 13,94 v.H.). Die beitragspflichtigen Einnahmen wiesen bundesweit einen Zuwachs von rd. 0,7 Prozent (West

0,6 v.H., Ost 1,0 v.H.) aus. Ursachen des geringen Grundlohnzuwachses sind die zum größten Teil erst mit zeitlicher Verzögerung ab dem 2. Halbjahr wirksam werdenden Tarifabschlüsse des Jahres 2002 und die Beitragsentlastung für ehemals freiwillig versicherte Rentner, die aus der Umsetzung des Urteils des Bundesverfassungsgerichts ab dem 01.04.2002 resultiert.

### **Arzneimittelausgaben: weitere Einsparungen erforderlich**

Die Zuwachsrate bei den Arzneimittelausgaben war mit 3,9 v.H. je Mitglied weniger als halb so hoch wie im Vorjahreszeitraum. Diese Dämpfung des Ausgabenzuwachses ist vor allem Ergebnis des Sparpakets der Bundesregierung. Die Einführung der neuen Regelung zum Austausch wirkstoffgleicher Arzneimittel (Aut-idem) und die Neufestsetzung der Festbeträge durch das Bundesministerium für Gesundheit haben im Verlauf des 1. Halbjahres 2002 zu Preissenkungen von durchschnittlich über 3 Prozent bei wirkstoffgleichen Arzneimitteln geführt. Durch den Solidarbeitrag der Pharmazeutischen Industrie und die Erhöhung des Apothekenrabatts von 5 auf 6 Prozent sind die Krankenkassen ebenfalls bereits in der ersten Jahreshälfte finanzwirksam entlastet worden.

Trotz insgesamt sinkender Arzneimittelpreise ist der Anstieg der Arzneimittelausgaben immer noch zu hoch. Vor allem werden zu viele hochpreisige Medikamente eingesetzt, ohne dass der therapeutische Nutzen gesichert ist. Die Selbstverwaltung hat Vereinbarungen zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneiverordnungen auf Bundes- und regionaler Ebene getroffen. Diese Vereinbarungen haben aber bisher keine erkennbaren Auswirkungen gezeigt. Die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzteschaft und Krankenkassen ist deshalb gefordert, ihre Anstrengungen zu verstärken, um die vereinbarten Ziele zu erreichen. Wer jetzt immer noch gegen den kostenbewussten Einsatz von Medikamenten Stimmung macht, schädigt die solidarische Krankenversicherung und gefährdet langfristig die Versorgung der Patientinnen und Patienten auch mit hochpreisigen Arzneimittelinnovationen.

Zur Ausgabenbegrenzung durch das Arzneimittel-Sparpaket kommen strukturverändernde Maßnahmen hinzu. Mit den qualitätsgesicherten Behandlungsprogrammen (Disease-Management-Programme) kommen nur solche Medikamente zum Einsatz, deren Nutzen und Sicherheit durch entsprechende Studien belegt sind. Nach Expertenschätzung können allein durch den konsequenten Einsatz qualitätsgesicherter Arzneimittel in den Behandlungsprogrammen bei Diabetes Mellitus 2 rd. 200 Euro pro Patient und Jahr gespart werden.

Auch mit der Gesundheitskarte, wozu ein erster Modellversuch in Flensburg begonnen hat, werden die Arzneimittelsicherheit und die Qualität der Arzneimitteltherapie erhöht und überflüssige doppelte und dreifache Verschreibungen vermieden. Weiter wird die Positivliste, die wir in Kürze dem Bundesrat zuleiten werden, zur Qualitätsverbesserung beitragen. Mit dem von uns angeregten und unterstützten Aktionsprogramm der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen zur Bewertung insbesondere umsatzträchtiger hochpreisiger Analog-Produkte werden noch in diesem Jahr weitere Einsparpotenziale erschlossen.

Diese Strukturveränderungen müssen in der nächsten Legislaturperiode fortgesetzt werden durch eine konsequente Bewertung des therapeutischen Nutzens im Verhältnis zum Preis eines Arzneimittels durch unabhängige Sachverständige.

#### **Krankenhaus: Neuordnung der Finanzierung bleibt unverzichtbar**

Die Ausgabenzuwächse im Krankenhausbereich in Höhe von 3,6 Prozent müssen vor dem Hintergrund eines minimalen Zuwachses von 0,3 Prozent im 1. Halbjahr 2001 relativiert werden. Die bislang vorliegenden moderaten Budgetabschlüsse verweisen auf eine deutliche Abflachung der Ausgabensteigerung im weiteren Jahresverlauf.

Unwirtschaftlichkeiten im stationären Bereich müssen durch die neue Finanzierungsgrundlage nach Fallpauschalen abgebaut werden. Dazu werden wir die Rechtsverordnung vorlegen, damit die Krankenhäuser, die bereits 2003 nach Fallpauschalen abrechnen wollen, damit beginnen können. Unabhängig von der Verweildauer wird mit den Fallpauschalen die Leistung vergütet. Die Patientinnen und Patienten profitieren von besser abgestimmten Behandlungen und können wegen der damit zwingend vorgegebenen Transparenz sich für die Qualität der Leistungserbringung in einem Krankenhaus entscheiden. Krankenhäuser, die qualitativ gut und wirtschaftlich arbeiten, werden durch die Reform gestärkt.

### **Ostdeutschland: Ohne Risikostrukturausgleich wäre die Versorgung in Gefahr**

Das annähernd ausgeglichene Finanzergebnis der ostdeutschen Krankenkassen und der nahezu vollständige Abbau der Ende 1998 noch vorhandenen Altschulden von rd. 0,8 Mrd. Euro bedeutet jedoch nicht, dass alle ostdeutschen Krankenkassen - vor allem große Regionalkassen in besonders strukturschwachen Regionen - (wie in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Sachsen-Anhalt) bereits entschuldet sind.

Die Solidarität mit Ostdeutschland ist auch vor dem Hintergrund der Hochwasserkatastrophe nach wie vor notwendig. Auch deshalb fordere ich den bayerischen Ministerpräsidenten und Kanzlerkandidaten der Union Edmund Stoiber ebenso wie seine Kollegen Teufel und Koch auf, die Klage der Bundesländer Bayern, Baden-Württemberg und Hessen gegen den Risikostrukturausgleich zurückzuziehen. Denn wenn die Klage der Landesregierungen von Bayern, Baden-Württemberg und Hessen gegen den Risikostrukturausgleich beim Bundesverfassungsgericht Erfolg hätte, würde dies die Finanzsituation der ostdeutschen Krankenkassen massiv verschlechtern. Damit wäre die angemessene gleichmäßige Versorgung gefährdet und die Beitragssätze würden in die Höhe schnellen.

Die Einführung des Wohnortprinzips hat die Honorarsituation für die Ärztinnen und Ärzte in Ostdeutschland verbessert. Hier liegt der Anstieg in der GKV-Ost mit 4,2 Prozent deutlich über dem Anstieg in der GKV-West von 1,9 Prozent.

Je Versicherten haben im 1. Halbjahr 2002 die Leistungsausgaben in Ostdeutschland 98,7 v.H. der entsprechenden Westwerte erreicht. Damit liegen sie weit über dem, was in anderen Lebensbereichen erreicht worden ist.

### **Perspektiven: Qualität und Wirtschaftlichkeit statt Leistungsausgrenzung und Selbstbeteiligung**

Vorrangig haben wir in der gesetzlichen Krankenversicherung ein Qualitätsproblem. Die Streichung von Leistungen und Erhöhung der finanziellen Lasten für die Patientinnen und Patienten kommen für uns nicht in Frage. Das ist der Weg, den die Union gehen will. Wir stehen für Qualität und Wirtschaftlichkeit. Dazu müssen die eingeleiteten strukturellen Reformen fortgesetzt und ausgeweitet werden. Die Menschen müssen wissen: mit uns wird es keine Leistungsausschlüsse des medizinisch Notwendigen in der gesundheitlichen Versorgung geben und wir werden die finanziellen Lasten der Zuzahlungen nicht erhöhen. Aber wir müssen alles tun, damit die Qualität der Leistungen gesichert ist. Das verbessert die Situation der kranken Menschen und stabilisiert die Finanzen der Krankenkassen. Von den qualitätsgesicherten Behandlungsprogrammen aber auch von der Umsetzung des diagnose-orientierten Vergütungssystems im Krankenhaus wird ein Qualitätsschub auch in die anderen Versorgungsbereiche ausgehen, der notwendig ist, damit wir langfristig weniger Ressourcen vergeuden und die vorhandenen Mittel dorthin lenken, wo sie wirklich benötigt werden und auf der Grundlage gesicherter Erkenntnisse auch wirksam sind.

Skandalös finde ich die Diskussion und den Beschluss des Länderausschusses der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom Wochenende, wonach vor der Wahl keine Verträge über qualitätsgesicherte Behandlungsprogramme abgeschlossen werden sollen. Damit werden dieses innovative Steuerungsinstru-

ment der aktuellen Gesundheitspolitik und die bessere Versorgung chronisch Kranker der Wahltaktik zum Opfer gebracht.

Wer jetzt grundlos Katastrophenszenarien entwickelt wie die CDU/CSU, schädigt das Vertrauen der Versicherten in die solidarische Krankenversicherung. In Wahrheit soll damit der Ausstieg aus der solidarischen Krankenversicherung vorbereitet werden. Das ist auch der wahre Grund, warum sich im Sofortprogramm der CDU/CSU kein Vorschlag zur Gesundheitspolitik findet. Zudem unterstellt das Gerede von der Zwei-Klassen-Medizin Ärztinnen und Ärzten in der ambulanten Praxis und im Krankenhaus, dass sie Kassenpatientinnen und -patienten schlechter behandeln würden.“