

Wettbewerb – Wahlmöglichkeiten – Solidarität

Die gesundheitspolitischen Vorstellungen der Bundestagsparteien

Deutschland vor der Bundestagswahl 2002! Glaubt man den Demoskopern von forsa, EMNID und Alensbach, ist der Ausgang des Votums am 22. September offen wie selten zuvor. Medienduelle der Spitzenkandidaten über Zuwanderungs-, Arbeitsmarkt- und Sicherheitspolitik sollen in letzter Minute die Stimmen der bis dato Unentschlossenen sichern. Und was ist mit der Gesundheitspolitik? Wie stehen die im Bundestag vertretenen Parteien unter anderem zu DMPs, DRGs und HMOs? Das Bayerische Ärzteblatt stellt die gesundheitspolitischen Programme vor.

sollen die Kassen eine Geschäftsbilanz erstellen, die Auskunft gibt, über die Verwendung der Versichertenbeiträge.

Mindest ebenso wichtig wie die Transparenz ist die umfassende Stärkung der Prävention, weil sie mittelfristig hilft, die Lasten des demographischen Wandels zu schultern. Hier wollen wir über leistungs- und beitragsrechtliche Anreizsysteme die Verhaltensprävention fördern. Kein Gesundheitswesen auf der Welt kann darauf verzichten, dass sich jeder auch selbst um seine Gesundheit kümmert. Nach einer im Frühjahr 2002 durchgeführten EMNID-Umfrage würde die Mehrheit der Deutschen mehr Sport treiben, sich gesünder ernähren und mehr ärztliche Vorsorgeleistungen in Anspruch nehmen, wenn dies von der Krankenkasse belohnt würde. Deshalb meinen wir, dass ein durchgängig angelegtes Anreizsystem positiven Einfluss auf die Lebensgewohnheiten verspricht und Grundvoraussetzung für einen funktionierenden verhaltenspräventiven Ansatz ist. Als finanzieller Anreiz kommen Ermäßigung von Zuzahlungen, des Beitragsatzes oder Beitragsrückgewähr in Betracht. Um den Ausbau der Prävention vorantreiben zu können, brauchen wir ein umfassendes „Aktionsprogramm Prävention“ im Sinne einer Bündelung der Ressourcen bei Bund, Ländern und Gemeinden sowie eine Harmonisierung der Präventionsbegriffe in den verschiedenen Gesetzen, zum Beispiel Behindertenrecht, Sozialhilfe, GKV, Unfallversicherung usw.

CDU/CSU – Mehr Wettbewerb und Flexibilität



Wolfgang Lohmann, MdB, gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU-Fraktion

CDU und CSU sehen die Entwicklung in der Gesundheitspolitik mit Besorgnis. Vier Jahre rot-grüne Regierungsverantwortung haben zu einer Zwei-Klassen-Medizin geführt. Mancher Sozialhilfeempfänger erhält heutzutage eine bessere gesundheitliche Versorgung als der gesetzlich Krankenversicherte. Der zahlt mittlerweile mit über 14 % durchschnittlich die höchsten Beiträge, die es je gab. Die Union will dem Desaster am 22. September 2002 ein Ende bereiten. Wir werden dafür sorgen, dass im Mittelpunkt wieder der Patient steht und Ärzte sich Zeit für ihn nehmen können. Zu diesem Zweck wollen wir die Ärzte von dem Joch der Budgetierung und Bürokratisierung befreien. Wir sind der Meinung, dass menschliche Zuwendung im Zentrum einer Behandlung stehen muss und nicht die Bürokratie, die ärztliche Therapiefreiheit Vorrang vor der Listenmedizin hat und die freie Arztwahl zu erhalten ist. Wir wollen die Freiberuflichkeit des Arztberufes durch feste Preise für medizinisch notwendige Leistungen wieder stärken. Punktwerteverfall und Bürokratisierung sind eine der Hauptursachen für den schleichend einsetzenden Ärztemangel. Hier müssen wir frühzeitig gegensteuern.

Über die Versicherten soll nach den Plänen der Union nicht nur geredet werden. Ihre Stellung und Einflussmöglichkeiten sollen in Zukunft verbessert werden. Sie sollen künftig eine größere Wahlfreiheit über den Umfang ihres Versicherungsschutzes erhalten und selbst entscheiden können, ob sie den bisherigen Versorgungsumfang beibehalten, zusätzliche Leistungen, zum Beispiel Naturheilverfahren, erhalten oder bei gleichzeitiger Beitragsermäßigung Leistungen abwählen oder einen Selbstbehalt übernehmen wollen. Nur wenn verschiedene Versorgungsangebote miteinander konkurrieren, haben die Patienten eine Auswahl und können sich für die aus ihrer Sicht beste Versorgungsform entscheiden. Auch sollen die Versicherten mehr Einfluss in den Entscheidungsgremien erhalten.

Eine der Hauptursachen für die Ineffizienz der Gesetzlichen Krankenkasse (GKV) ist ihre Intransparenz. Sie führt zu Unter-, Über- und Fehlversorgung. Deshalb wollen wir die Transparenz im System der GKV erhöhen. In einem ersten Schritt soll der Patient eine Aufstellung der von ihm in Anspruch genommenen Leistungen durch den Arzt erhalten, später in einem zweiten Schritt dann auch eine Übersicht über die damit verbundenen Kosten. Dies geht aber nur, wenn die Ärzte auch Vergütungen für medizinisch notwendige Leistungen erhalten. Die Patienten brauchen ferner mehr Informationen über die Qualität der Leistungserbringer. Außerdem

Wir treten ferner ein für mehr Wettbewerb und Flexibilität im zu starren Vertragssystem zwischen Kassen und Leistungserbringern. Hierdurch erhoffen wir die strukturellen Defizite des Gesundheitswesens zu beseitigen, die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern und die Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Dienste zu erhöhen.

Neben strukturellen Änderungen im Gesundheitswesen brauchen wir aber vor allem eine andere Wirtschafts- und Arbeitsmarktpolitik. Denn nur mit mehr Wirtschaftswachstum lassen sich die Probleme der GKV in den Griff bekommen, andernfalls sparen wir unser Gesundheitswesen kaputt. Daher gilt: Die beste Sozialpolitik ist eine gute Wirtschaftspolitik.

F.D.P. – Mehr Wahlmöglichkeiten und Information



Dr. Dieter Thoma, MdB, gesundheitspolitischer Sprecher der F.D.P.-Fraktion

Ein Umsteuern im Gesundheitswesen ist notwendig. Das wissen wir nicht erst, seit die GKV ein Milliardendefizit aufweist und die Beitragssätze wieder auf breiter Front steigen. Die Probleme sind vielmehr seit Jahren bekannt: eine steigende Anzahl älterer Menschen, bessere Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten, ein sinkender Anteil der Arbeitseinkommen am Bruttosozialprodukt, steigende Ansprüche an die Gesundheitsversorgung, ein Wandel der familiären Strukturen sowie eine übermäßige Belastung des Produktionsfaktors Arbeit. Budgetierung und übermäßige Reglementierungen sind aus Sicht der F.D.P. der falsche Weg, ein leistungsfähiges Gesundheitssystem zu schaffen, das den Präferenzen der Bürger entspricht.

Die F.D.P. setzt sich stattdessen für ein liberales Gesundheitssystem mit Eigenverantwortung, Wettbewerb, Wahlfreiheit und Transparenz mit folgenden Schritten ein:

Abschaffung der gesetzlichen Ausgabendeckelung

Die Deckelung der Ausgaben bei gleichzeitiger Abkoppelung der Einnahmesituation in der GKV vom medizinischen Bedarf führt dazu, dass Ärzte zu Mangelverwaltern auf dem Rücken ihrer Patienten werden. Warteschlangen wie in den skandinavischen Ländern und Altersgrenzen wie in England dürfen jedoch in Deutschland nicht Realität werden. Die Budgetierung muss deshalb durch leistungsgerechte Vergütungen und Anreize zu wirtschaftlichem Handeln auf allen Seiten ersetzt werden. Leistungsgerechte Vergütung heißt: die Einführung fester Punktwerte für die zu erbringenden Leistungen. Ärzte und Zahnärzte brauchen Planungssicherheit, die sie bei floatenden Punktwerten unter einem kollektiven Deckel nicht haben.

Zwangsbeiträge nur für Kernleistungen

Eine Begrenzung des Leistungskatalogs der GKV auf das medizinisch unbedingt Notwendige ist sinnvoll. Die zwangsweise zu zahlenden Beiträge werden damit auf das unter Schutzgesichtspunkten erforderliche Maß beschränkt. Selbstverständlich muss die Möglichkeit bestehen, nicht im Kernkatalog enthaltene Leistungen privat abzusichern.

Mehr Wahlmöglichkeiten und Gestaltungsspielräume für die Bürger

Das heutige System widerspricht dem Wunsch vieler Menschen, ihre Belange möglichst umfassend in eigener Verantwortung zu regeln. Alles, was über den Kernkatalog der Leistungen hinausgeht, muss deshalb zukünftig in die Eigenverantwortung gegeben werden. Auch die Tarifgestaltung muss flexibler werden mit der Möglichkeit von Beitragsrückerstattungen und Selbstbehalten.

Intensivierung des Wettbewerbs

Einheitliche und gemeinsame Verhandlungen der Krankenkassen sind auf ein Minimum zu reduzieren. Auf diese Weise konkurrieren die Krankenkassen nicht nur um die Beitragssätze, sondern auch um die besseren Ideen und die besseren Verhandlungsergebnisse.

Wettbewerb braucht Information – Kostenerstattung statt Sachleistung

Das Bedürfnis der Bürger über das, was mit ihnen im Krankheitsfall geschieht, mitzubestimmen, wächst. Dafür brauchen sie Informationen, um rationale Entscheidungen treffen zu können. Patient und Arzt müssen wissen, wie teuer eine Behandlung ist, und zwar im vornherein und nicht erst Monate später. Das Sachleistungsprinzip hält den Patienten künstlich uninformiert. Wie soll sich

ein Patient kostenbewusst verhalten, wenn er nicht einmal den Preis für eine Behandlung kennt? Daher muss die Kostenerstattung die Sachleistung weitgehend ersetzen.

Ausschüttung der Arbeitgeberbeiträge – Grundlage für Konkurrenzfähigkeit und individuelle Gestaltungsspielräume

Um den Automatismus zwischen steigenden Gesundheitsausgaben und steigenden Lohnkosten zu durchbrechen, müssen die Arbeitgeberbeiträge in vollem Umfang an die Arbeitnehmer ausgeschüttet werden. Damit wird eine verlässliche Kalkulationsbasis für Unternehmen im internationalen Wettbewerb zur Schaffung bzw. zum Erhalt von Arbeitsplätzen erreicht. Je mehr Menschen hierdurch Arbeit finden, um so größer wird die Beitragsbasis und umso geringer fällt der Beitragssatz aus.

Chancen in Europa nutzen

Die grenzüberschreitende Mobilität der Erwerbstätigen nimmt in Folge des Binnenmarktes immer weiter zu und damit auch die grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Waren und Dienstleistungen im Gesundheitswesen lassen sich gegen diese Entwicklung nicht abschotten. Dafür sorgt schon die europäische Rechtsprechung. Das bundesdeutsche Gesundheitssystem muss deshalb so umgestaltet werden, dass die Chancen im europäischen Raum genutzt werden können.

Bündnis 90/Die Grünen – Solidarprinzip erhalten, Wirtschaftlichkeit verbessern, Finanzierung sichern



Katrin Göring-Eckardt, MdB, gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen



Jerzy Montag, bayerischer Landesvorsitzender von Bündnis 90/Die Grünen

Das deutsche Gesundheitssystem gilt als eines der Besten der Welt. Für alle Bürgerinnen und Bürger steht ein modernes Versorgungsnetz bereit, die Qualität der erbrachten Leistungen kann sich sehen lassen. Die Innenansicht bietet jedoch oft ein anderes Bild: Mehrfachuntersuchungen, standardisierte und ineffiziente Behandlungen, Überbetonung der Gerätemedizin, personelle Unterbesetzung und Überstunden sind an der Tagesordnung. Unser System bedarf einer permanenten Anpassung an veränderte Lebenslagen der Versicherten und an den medizinischen Fortschritt. Dabei ist und bleibt klar: Eine radikale Abkehr vom bisherigen System,

wie sie bisweilen gefordert wird, wäre ein Rückschritt. Das Solidarprinzip der GKV ist ein elementarer Bestandteil des Sozialstaates.

Die Anforderungen an die GKV steigen seit Jahren überproportional, während zugleich die Finanzierungsbasis erodiert. Wir müssen also überlegen, welche Möglichkeiten es gibt, die Finanzierung der GKV auf eine solide Grundlage zu stellen, sie von versicherungsfremden Leistungen zu entlasten und eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten.

Die absoluten Beitragseinnahmen der GKV sind von 180,2 Mrd. DM im Jahr 1991 auf 269 Mrd. DM im Jahr 1997 gewachsen. Was zunächst wie eine beträchtliche Steigerung aussieht, wird bei der Betrachtung des Verhältnisses der GKV-Einnahmen zum Bruttonationalprodukt deutlich relativiert. Denn bezogen auf die jeweiligen Preise stiegen die Ausgaben von 1991 bis 1997 nur von 6,5 auf 6,7 % des Bruttonationalproduktes. Der Anteil, der für Gesundheit ausgegeben wird, hat sich von 1991 bis 1997 kaum verändert.

Demographischer Wandel

Der demographische Wandel stellt unser Gesundheitssystem vor beträchtliche neue Herausforderungen. Bis zum Jahr 2050 wird die durchschnittliche Lebenserwartung um vier Jahre steigen. Das ist natürlich erfreulich. Bei einer niedrigen Geburtenrate führt dies allerdings dazu, dass es immer weniger junge und immer mehr ältere Menschen geben wird.

Für das Gesundheitssystem bedeutet das eine zunehmende finanzielle Belastung. Eine Reform des Gesundheitswesens kann sich also nicht allein auf die unmittelbare Gesundheitspolitik beziehen. Vielmehr muss sie einhergehen mit Maßnahmen in anderen Politikbereichen, wie der Familienpolitik.

Finanzierungsbasis verbreitern

Obwohl die Einnahmen der GKV in Bezug auf das Bruttonationalprodukt kaum gestiegen sind, haben sich die durchschnittlichen Beitragssätze von 8,2 % im Jahr 1970 auf 13,6 % im Jahr 1998 erhöht. Ein Grund hierfür ist, dass sich die Einkommensquellen der Bevölkerung von abhängigen Beschäftigungsverhältnissen verstärkt hin zu anderen Einkommensarten wie Vermietung, Verpachtung, Kapitaleinkünften entwickelt haben, aus denen bisher nichts in die GKV fließt. Dieser Entwicklung wollen wir Rechnung tragen und die Finanzierung der GKV nicht mehr alleine auf erwerbsabhängige Einkommen gründen.

Wirtschaftlichkeit verbessern

Auch bei weiteren Reformen bleiben die Mittel für die GKV begrenzt. Somit gilt für die Krankenkassen ebenso wie für die Leistungserbringer, die vorhandenen Mittel möglichst effizient und effektiv einzusetzen. Hierzu ist es notwendig, auch im Gesundheitswesen betriebswirtschaftliche Betrachtungsweisen und Grundsätze einzuführen und auszubauen. Es muss auf Behandlungsmethoden gesetzt werden, die den Menschen in den Mittelpunkt rücken, zur Mitarbeit aktivieren und so nachhaltige Ergebnisse erreichen. Das gilt für die Krankenhäuser ebenso wie für den ambulanten Bereich und die Krankenkassen.

Leistungen differenzieren

Eine Gesundheitsreform muss nicht nur auf der Finanzierungs- und Kostenseite wirken, sondern auch bei den Leistungen. Neue Behandlungsmethoden durch den medizinisch-technischen Fortschritt versprechen nicht nur kürzere Genesungszeiten, sie machen bestimmte Krankheiten überhaupt erst behandelbar. Aber nicht alle dieser neuen Methoden sind medizinisch sinnvoll und bringen ein Mehr an therapeutischem Nutzen.

Die große Aufgabe einer Gesundheitsreform wird es sein, den Drahtseilakt zu vollbringen, eine solidarisch finanzierte Krankenversicherung, die alle medizinisch notwendigen Leistungen abdeckt, für alle zu gewährleisten, und gleichzeitig Maßnahmen, zum Beispiel für eine ganzheitliche gesunde Lebensweise oder für die so genannten „Wellnessleistungen“ außerhalb der GKV zu etablieren.

Für eine ganzheitliche Gesundheitspolitik

Die Zukunftssicherung der GKV kann nicht isoliert betrachtet werden. So spielt die Umweltpolitik in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle. Saubere Luft, sauberes Wasser, gesunde Lebensmittel und ausreichend Grünflächen sind wichtige Voraussetzungen für eine gesunde Bevölkerung. Mit der neuen Umweltpolitik und der Agrarwende werden hier entscheidende Weichen gestellt.

Die Gesundheitspolitik der Zukunft muss sich an den Menschen orientieren, an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten, an den Interessen der Versicherten. Vorbeugung und Mitarbeit sind dabei Stichworte, die für ein neues Vertrauensverhältnis zwischen Versicherten und Kassen wie zwischen Ärztinnen und Ärzten, medizinischem Personal und Patientinnen und Patienten stehen.

PDS – Mehr Solidarität statt Privatisierung



Dr. Ruth Fuchs, MdB,
gesundheitspolitische
Sprecherin der PDS-
Fraktion



Dr. Eckhard Wetz-
stein, Referent für
Gesundheitspolitik der
PDS-Fraktion

Nach dem Scheitern der bisherigen Gesundheitsreformen wird jetzt zunehmend die Privatisierung medizinischer Leistungen analog zur Altersversorgung gefordert. Das ginge zu Lasten der Kranken und vor allem auch der sozial schwächeren Menschen. Wir treten dafür ein, die GKV als eine Vollversicherung gegen das Krankheitsrisiko zu erhalten. Der Ruf nach Steuerung durch Regel- und Wahlleistungen, erhöhte Selbstbeteiligungen bzw. mehr ökonomischen Wettbewerb, kurz nach Marktmechanismen, übersieht die bemerkenswerten Stärken des deutschen Gesundheitswesens, wie vollwertiger Leistungskatalog, weitgehend gleiche Zugangsmöglichkeiten überwiegend ohne Wartelisten, Sachleistungsprinzip, moderne Infrastruktur, solidarische und paritätische Finanzierung und andere mehr. Zudem wird verkannt, dass die entscheidenden Systemschwächen (überholte Strukturen, ineffiziente Arbeitsabläufe bzw. fehlsteuernde Anreize und die daraus folgenden Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsverluste) bisher noch gar nicht Gegenstand ernsthafter Reformbemühungen waren. Zugleich hat das Gesundheitswesen nicht nur ein Ausgabenproblem. Die Finanzschwierigkeiten resultieren in erster Linie aus relativ zurückblei-

benden Einnahmen der GKV infolge sinkender Lohnquote und anhaltender Massenarbeitslosigkeit, während der Bedarf objektiv wächst. Entscheidungen der Kohl-Regierung ebenso wie der rot-grünen Koalition, den Krankenkassen Beitragseinnahmen zugunsten des Bundeshaushaltes zu entziehen (so genannte sozialpolitische Verschiebepolitik) haben die Situation weiter verschärft. Wer Beitragsstabilität anstrebt, ohne steigende Kosten allein auf die Versicherten zu verlagern und ohne den Wachstumsbereich Gesundheitswesen von der wirtschaftlichen Leistungskraft abzukoppeln, muss die Solidargemeinschaft finanziell stärken.

Nach unserer Auffassung sind deshalb sowohl Strukturreformen in den gesundheitlichen Versorgungsbereichen als auch eine Neuordnung der Finanzgrundlagen erforderlich. Die Einnahmen der GKV können in mehreren Schritten verbessert werden; kurzfristig, indem Umverteilungen zu Gunsten des Bundeshaushaltes zurückgenommen und überhöhte Arzneimittelpreise sowie die Mehrwertsteuer auf Medikamente gesenkt werden; mittelfristig, indem die Versicherungspflichtgrenze auf das Niveau in der Rentenversiche-

rung erhöht und zu einer allgemeinen Versicherungspflicht übergegangen wird. Auf längere Sicht könnten der Arbeitgeberanteil nach der Bruttowertschöpfung der Unternehmen berechnet sowie Bund, Länder und Gemeinden in die Lage versetzt werden, gesundheitliche Leistungen zu höheren Anteilen aus Steuermitteln mitzufinanzieren.

Sozial gerechte gesundheitliche Versorgung ist ohne eine Steuerung mittels sozialstaatlicher Regulierung nicht zu haben. Die Selbstverwaltungen sollten nicht abgeschafft, sondern reformiert und weiterentwickelt wer-

den. Wir sind für Qualitätswettbewerb, lehnen aber entsolidarisierende Konkurrenz der Kassen, Einkaufsmodelle und einen damit verbundenen Preisunterbietungs- und Verdrängungswettbewerb der Ärzte, Krankenhäuser und anderen Gesundheitsberufe ab. Nötig sind vor allem mehr kooperative Arbeit, sinnvollere und angemessene Vergütung der Ärzte, die überwiegend pauschal erfolgen und von kommerziellen und bürokratischen Zwängen entlasten sollte, sowie die Förderung hausärztlicher Tätigkeit. Die Trennung zwischen ambulantem, stationärem, Reha- und Präventionsbereich, welche die bei wach-

sender Spezialisierung immer wichtigere Integration im Gesundheitswesen behindert, muss überwunden werden. In Ärztenetzen, Gesundheitszentren usw. müssen sich neue Formen der Zusammenarbeit entwickeln können. Die Krankenhausentgelte dürfen nicht Kostengesichtspunkte vor medizinische Qualität rücken und müssen wieder zumutbare Arbeits- und Tarifbedingungen sowie die erforderlichen Aus- und Weiterbildungen gewährleisten können. Arzneimittelversorgung und Technikausstattung können rationeller gestaltet und die Potenziale der Prävention deutlich besser genutzt werden.

SPD – Solidarische soziale Krankenversicherung beibehalten



Regina Schmidt-Zadel, MdB, gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Fraktion

In dieser Bundestagswahl geht es um die Richtungsentscheidung: Beibehaltung der solidarischen sozialen Krankenversicherung oder Zerschlagung des Solidarsystems zugunsten einer individualisierten, weitgehend privatisierten Krankenversicherung.

Das Markenzeichen sozialdemokratischer Gesundheitspolitik ist und bleibt das Solidarprinzip. Daran hält die SPD uneingeschränkt fest. Kranke Menschen müssen auch in Zukunft darauf vertrauen können, dass sie ohne Rücksicht auf ihren Geldbeutel Zugang zu den medizinisch notwendigen Leistungen erhalten.

Die Frage einer mancherorts geforderten Veränderung der Beitragsfinanzierung stellt sich aus unserer Sicht nicht. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat in seinem Jahresgutachten 2000/01 belegt, dass die Relation der eingezahlten Beiträge zu den erbrachten Leistungen nicht stimmt. Er fordert daher eine Neuorientierung an inhaltlichen Gesundheitszielen und insbesondere einer konsequenten Orientierung an dem Bedarf chronisch Kranker. Diesen mit der Gesundheitsreform 2000 bereits eingeleiteten Weg der Umorientierung werden wir weiter beschreiten.

Um das deutsche Gesundheitswesen zukunftsfähig zu machen und seine Qualität zu sichern und zu stärken, werden wir folgende Maßnahmen durchführen:

- Der Leistungskatalog der GKV bleibt einheitlich und gemeinsam für alle Krankenkassen und umfasst das medizinisch Notwendige. Er wird auf der Basis gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse an den medizinischen Fortschritt angepasst.
- Für die wichtigsten Krankheitsbilder und insbesondere für chronische Krankheiten werden auf der Basis allgemein anerkannter Standards Behandlungsleitlinien formuliert.
- Die Behandlungsleitlinien und die Fortschreibung des Leistungskatalogs werden von einer öffentlichen Institution unabhängiger Sachverständiger vorbereitet. Sie sind bei der Vertragsgestaltung zu berücksichtigen.
- Mehr Vertragsfreiheit für Ärztinnen und Ärzte, für die Krankenhäuser und sonstigen Leistungserbringer, aber auch für die Krankenkassen.
- Die Anbieter von Gesundheitsleistungen und die Kassen sollen Einzelverträge neben den bisherigen Kollektivverträgen abschließen können.
- Die Kassen sollen Verträge mit denjenigen Leistungsanbietern schließen können, die ein festgelegtes Qualitätsniveau zu angemessenen Kosten garantieren. Der Kontrahierungszwang wird entsprechend modifiziert.
- Für die Versicherten ist der Zugang zu den medizinisch notwendigen Leistungen jederzeit wohnortnah sichergestellt.
- Dies werden die GKV gemeinsam mit den Vereinigungen der Ärzte und Ärztinnen (Kollektivverträge) und ergänzend mit einzelnen, ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten (Einzelverträge) gewährleisten. Wo nötig werden auch stationäre Einrichtungen und

andere Gesundheitsberufe in die Sicherstellung einbezogen.

- Zukünftig sollen bevorzugt Systeme der integrierten Versorgung aufgebaut und eine bessere Abstimmung zwischen stationärem und ambulantem Bereich ermöglicht werden.
- Für die Versicherten bleibt die freie Arztwahl erhalten.
- Die Kassen können Versicherten, die sich bereit erklären, den Hausarzt als Lotsen im System zu nutzen, besondere Tarife anbieten.
- Der Prävention messen wir größere Bedeutung bei und bauen sie zu einer eigenständigen Säule neben der Akutbehandlung und der Rehabilitation aus.
- Wir regeln die Versorgung mit Arzneimitteln so, dass sie auch in Zukunft hochwertig ist und Innovationen ermöglicht.
- Die GKV wird höhere Kosten für neu zugelassene Arzneimittel nur dann erstatten, wenn der Zusatznutzen durch unabhängige Sachverständige bestätigt wird. Der Vertrieb und die Preisbildung für Arzneimittel werden liberalisiert und fortentwickelt.
- Der Patientenschutz in der Medizin bekommt einen höheren Stellenwert (Information, Beratung, Stärkung der Patientenrechte).
- Wir führen auf freiwilliger Basis den Gesundheitspass ein. Patientinnen und Patienten wird so mehr Transparenz, mehr Leistungssicherheit und ein besserer Einblick in die jeweiligen Behandlungen ermöglicht. Zudem kann so vor unnötigen Doppeluntersuchungen geschützt, unerwünschte Nebenwirkungen vermindert und die Datensicherheit der Patienten gestärkt werden.