



Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen

AOK-Bundesverband, Bonn
Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen
IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach
Knappschaft, Bochum
See-Krankenkasse, Hamburg
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Siegburg
AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen

Gesundheitspolitische Vorstellungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Gesundheitsreform

Mai 2006

...

Aktuelle und zukünftige Herausforderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) steht heute und in Zukunft vor großen **gesellschaftlichen und sozio-ökonomischen Herausforderungen**, die es im Interesse von Beitragszahlern, Versicherten und Patienten zu meistern gilt. Mit Blick auf die ökonomischen, sozialen, demographischen, medizinisch-technischen, versorgungspolitischen und europäischen Entwicklungen ist es unabdingbar, dass die zukunftsweisenden Strukturprinzipien gestärkt und die GKV im Sinne eines evolutionären Prozesses weiter entwickelt wird.

Aufgabe und Funktion der GKV ist es, auch weiterhin für die Mehrheit der Bevölkerung **ein hohes Schutzniveau zu sozial tragbaren Aufwendungen** zu gewährleisten. Um diese Herausforderung zu meistern, bedarf es vor allem einer **stärkeren wettbewerblichen Orientierung des Gesundheitswesens**, die sich auf eine Verbesserung der Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung konzentriert.

Die GKV bekennt sich nachdrücklich zum Wettbewerb in einem gegliederten Krankenversicherungssystem. Ziel in einem solchen solidarisch nicht auf Gewinn ausgerichteten Krankenversicherungssystem darf allerdings nicht die Selektion guter Risiken sein. Jede Reform muss darauf orientiert sein, eine Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit zu erreichen. In diesem Zusammenhang muss der RSA kontinuierlich in seinen Wirkungsweisen überprüft und entsprechend der Erkenntnisse angepasst werden.

Schon heute zeigt sich, dass die gesetzlichen Krankenkassen – im Wettbewerb untereinander und im Verhältnis zur Privaten Krankenversicherung – die mit der letzten Gesundheitsreform erweiterten Möglichkeiten, ihren Versicherten jeweils kassenspezifische Angebote zu unterbreiten, vielfältig nutzen. Damit wird die Qualität des gesetzlichen Krankenversicherungsschutzes stetig im Interesse der Versicherten und Patienten verbessert. Diese **wettbewerbliche Dynamik** auf der Seite der Krankenkassen muss sich weiter entfalten können. Deshalb muss im Kernbereich eines funktional sinnvollen und solidarischen Wettbewerbs nunmehr die **Deregulierung der Angebotsseite** stehen. Es sind zukünftig nur die bedarfsgerechten Leistungen "einzukaufen", die medizinisch notwendig sind und die in der vereinbarten Qualität erbracht werden. Die gemeinsam von Arbeitgebern und Versicherten aufgebrauchten Mittel des Solidarsystems dürfen nicht länger für suboptimale Ergebnisse verwendet werden.

Die institutionellen Strukturen des Gesundheitswesens sind dabei so weiterzuentwickeln, dass sie einerseits die **Neuorientierung der solidarischen Wettbewerbsordnung** fördern, andererseits der **Grundsatz der sozialen Mitbestimmung**, wie er in dem für die GKV konstituierenden Selbstverwaltungsprinzip seine Ausprägung gefunden hat, erhalten bleibt. Ein gegliedertes Krankenkassensystem spiegelt die Pluralität der Gesellschaft wieder. In pluralistischen Systemen kommt es zwangsläufig zu Interessensunterschieden. Den Spitzenverbänden wird nun offenbar vorgeworfen, dass sie diese sichtbar machen und sich darum bemühen in ihrer sozialpolitischen Verantwortung auf gemeinsame Lösungen und faire Interessenausgleiche hin zu arbeiten. Wer glaubt, dass die Interessensunterschiede alleine deshalb verschwinden, weil die Plattform, auf der sie ausdiskutiert werden, verboten bzw. zentralisiert ist, der irrt. Dachverband und Regulierungsbehörde –

zwei "Lösungswege", die von Zentralisierungsfreunden in der Debatte immer wieder genannt werden, führen nur dazu, dass wirkliche Unterscheidung im Kassenwettbewerb verhindert und stattdessen ein staatlich gelenktes Gesundheitswesen gefördert werden soll. Anders als staatliche Lösungen tragen Selbstverwaltungsmodelle die im Gesundheitssystem bestehenden Interessengegensätze offen aus und weisen somit einen höheren Grad an Transparenz auf. Sie bieten zudem die Möglichkeit, die medizinische Versorgung unabhängig von politischen Strömungen und lobbyistischen Interesseneinflüssen ausgerichtet am Bedarf der Versicherten weiterzuentwickeln. Es muss daher ein wesentliches ordnungspolitisches Ziel der Gesundheitspolitik sein, das **historisch gewachsene und erfolgreiche staatsferne Modell einer selbstverwalteten GKV zu stärken** und ihre Handlungsfähigkeit weiter zu optimieren. Dies gilt sowohl für die soziale Selbstverwaltung der Krankenkassen als auch für die Gemeinsame Selbstverwaltung von Kassen und Leistungserbringern.

Eine zukunftsorientierte Gesundheitspolitik muss neben den struktur- und ordnungspolitischen Fragen zudem eine **Antwort auf die zunehmend erodierende Einnahmebasis** der GKV – bei hoher Arbeitslosigkeit, unstemem Wachstum und steigender Rentnerquote – geben. Dabei geht es aber nicht um undifferenzierte Überlegungen, "mehr Geld in das System" zu bringen, sondern um das Ziel, die Leistungsanforderungen an die GKV auch **weiterhin solidarisch** zu finanzieren.

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die aktuelle Finanzsituation der GKV und die Belastung der Beitragszahler vor allem durch **wiederholte Lastenverschiebungen** zu Ungunsten der Kranken- und zu Gunsten anderer Sozialversicherungszweige und der öffentlichen Haushalte geprägt sind. Allein für die Jahre 1995-2003 hat diese Politik zu Mehrausgaben bzw. Mindereinnahmen der GKV in Höhe von rd. 30 Mrd. Euro geführt. Hinzu gekommen sind in den letzten Jahren erhebliche Belastungen durch die Hartz-Gesetzgebung sowie durch verschiedene Rentenreformgesetze. Im Sinne einer gerechten und nachhaltigen Mittelaufbringung ist es deshalb von vorrangiger Bedeutung, dass diese **"Verschiebeshöfen"** für die Vergangenheit kompensiert und für die Zukunft unterlassen werden. Dies gilt auch für verschiedene im aktuellen **Entwurf eines Haushaltsbegleitgesetzes** vorgesehenen Maßnahmen, die sich zusätzlich negativ auf die Finanzsituation der Krankenkassen auswirken und die **Beitragssatzstabilität in der GKV gefährden**. Die GKV fordert deshalb, von diesen Maßnahmen Abstand zu nehmen.

Ausweitung und Intensivierung des Vertragswettbewerbs

Mit der Einführung der allgemeinen **Kassenwahlfreiheit** hat der Gesetzgeber die Grundvoraussetzung für einen produktiven und qualitätsorientierten Wettbewerb zwischen den Krankenkassen geschaffen. Da die Kassen im bestehenden Kollektivvertragssystem jedoch nur sehr begrenzt mit attraktiven und innovativen Versorgungsangeboten um die Versicherten konkurrieren können, kann sich die **Wettbewerbsdynamik in der GKV** bislang noch zu wenig entfalten.

Die Krankenkassen haben derzeit noch keine ausreichenden Möglichkeiten, Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung durch **individuelle Vertragsgestaltungen mit den Leistungserbringern** positiv zu steuern. Aufgrund des bestehenden Kontrahierungszwanges haben die Kassen zudem keinen Einfluss darauf, welche Leistungserbringer in welcher Qualität die von ihnen finanzierten Leistungen erbringen.

Es bedarf daher einer **funktionalen Neuausrichtung der solidarischen Wettbewerbsordnung** in dem Sinne, dass der Wettbewerb der Krankenkassen durch einen **qualitätsorientierten Wettbewerb auch auf der Anbieterseite** ergänzt wird. Der Gesetzgeber steht vor der Aufgabe, stärkere Anreize für die Leistungserbringer zu setzen, damit diese in einer sinnvollen Konkurrenz um innovative und wirtschaftliche Versorgungsangebote eintreten, und nicht wie bisher um Patienten und die Höhe der Honorare. Dies setzt voraus, dass sich die Leistungsanbieter mit patientengerechten und innovativen Versorgungskonzepten um Vertragsabschlüsse bemühen müssen. Eine wettbewerbliche Neuorientierung der GKV erfordert daher **ein deutliches Mehr an Vertragsfreiheit für Krankenkassen und Leistungserbringer** und damit eine Neujustierung des Verhältnisses von Kollektiv- und Einzelverträgen.

Mit den **Regelungen zur Integrierten Versorgung** hat der Gesetzgeber erste wichtige Schritte in Richtung eines deregulierten echten Vertragswettbewerbs eingeleitet. Diesen Weg gilt es konsequent fortzusetzen. Den Kassen ist deshalb zukünftig die Möglichkeit zu geben, **selektive Versorgungsverträge mit ausgewählten Leistungserbringern** abzuschließen. Die Krankenkassen können auf diese Weise eine am Versorgungsbedarf sowie an Qualität und Wirtschaftlichkeit ausgerichtete **Auswahl unter den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten** treffen. Dies beinhaltet auch, dass künftig nicht jeder Leistungserbringer mit seiner Zulassung automatisch das Recht erhält, alle Versicherten der GKV unabhängig vom tatsächlich bestehenden Bedarf zu versorgen. Das heutige Zulassungsmodell mit seinem **Kontrahierungszwang für die Krankenkassen** muss deshalb **zu Gunsten selektiver Vertragsmodelle gelockert** werden.

Weiterentwicklung der Gemeinsamen Selbstverwaltung

Die Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung in Gestalt des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und seiner Vorgängerausschüsse haben die ihnen gesetzlich übertragenen Aufgaben zur Konkretisierung des Leistungskataloges in der Vergangenheit erfolgreich und kompetent bewältigt. Krankenkassen und Leistungserbringer haben damit in **Wahrnehmung ihrer gemeinsamen Verantwortung gegenüber Patienten und Beitragszahlern** maßgeblich zu einer hohen Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung in Deutschland beitragen können. Die Gemeinsame Selbstverwaltung ist daher zu Recht mit dem zum 01.01.2004 in Kraft getretenen GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) bestätigt und gestärkt worden.

Gleichwohl sehen sich die Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung in den vergangenen Jahren einer zunehmenden politischen und öffentlichen Kritik ausgesetzt, die die **zeitliche Dimension der Entscheidungsfindung sowie die sektorenspezifische Betrachtung im G-BA** betrifft. Dieser Kritik ist zuzugeben, dass die Austarierung der Interessen-

gegensätze innerhalb der Gemeinsamen Selbstverwaltung immer mit einem gewissen Zeitaufwand verbunden ist. Gleichwohl ist kein alternatives Modell erkennbar, das die Gemeinsame Selbstverwaltung ersetzen und ähnlich positive Steuerungswirkungen wie diese entfalten könnte. Insbesondere ist nicht zu erwarten, dass im Falle einer Ablösung der Gemeinsamen Selbstverwaltung durch staatsnahe Lösungen ein Zeitgewinn erzielt würde, da die bei der Bewertung neuer diagnostischer und therapeutischer Verfahren regelmäßig sehr aufwändigen Prüfungen auch in diesem Falle stets durchzuführen wären.

Es muss daher ein **gemeinsames Ziel von Gesundheitspolitik und Gemeinsamer Selbstverwaltung sein, die Entscheidungsstrukturen und Entscheidungsabläufe in den Gremien des G-BA zu optimieren.**

Hierzu haben die Spitzenverbände der Krankenkassen ein **Modell zur Reform des G-BA** entwickelt, das einerseits konsequent an dem bewährten Prinzip der Gemeinsamen Selbstverwaltung festhält, andererseits die **Effektivität und Effizienz der Entscheidungsfindung im G-BA optimiert**. Der Reformvorschlag zielt insbesondere darauf ab, die Zeiträume, in denen die Entscheidungen der Gemeinsamen Selbstverwaltung gefällt werden, zu verkürzen und die Transparenz der Entscheidungsabläufe weiter zu erhöhen. Daneben wird der **sektorenübergreifenden Aufgabenstellung des G-BA** besser als bisher Rechnung getragen. Voraussetzung hierfür ist neben organisatorischen Veränderungen innerhalb des G-BA eine Angleichung der gesetzlichen Grundlagen zur Bewertung von Leistungen des ambulanten und stationären Bereiches im § 135 SGB V.

In einzelnen beinhaltet das Reformmodell der Spitzenverbände folgende Eckpunkte:

- Um sektorenübergreifende Entscheidungen der Gemeinsamen Selbstverwaltung zu erleichtern, werden **alle Entscheidungen des G-BA künftig im Plenum** (bisher: Besetzung des G-BA nach § 91 Abs. 2 SGB V) getroffen. Die bisherigen sektorenbezogenen Spruchkammern (Besetzungen des G-BA nach § 91 Abs. 4 bis 7 SGB V) entfallen.
- Um die Arbeit des G-BA insgesamt zu straffen und eine rein sektorenspezifische Betrachtungsweise zu verhindern, erfolgt die **Zuarbeit und Vorbereitung der Entscheidungen im Plenum künftig in 8 aufgabenbezogenen Unterausschüssen**, die die bisherigen 24 sektorenbezogenen Unterausschüsse ersetzen.
- Um eine Konzentration des G-BA auf die Aufgaben der untergesetzlichen Normsetzung und eine Entlastung von operativen Aufgaben zu erreichen, ist im Zusammenhang mit der Umstrukturierung des G-BA eine **Neuordnung des Aufgabenschnitts** vorzunehmen. Es ist zu prüfen, ob alle derzeit vom G-BA wahrgenommenen Aufgaben sinnvoll hier angesiedelt sind bzw. welche derzeit an anderer Stelle erledigten Aufgaben in sinnvoller Weise dem G-BA übertragen werden sollten. Z. B. sollte die künftige Aufgabenverteilung für den Bereich der Qualitätssicherung so aussehen, dass der G-BA sektorenübergreifende Richtlinien erlässt und die operative Umsetzung gemeinsamer Aufgaben von einem neuen bereichsübergreifend angelegten Institut in der Trägerschaft der Spitzenverbände, der DKG und der KBV übernommen werden kann. Insoweit wäre § 137 b SGB V zu ändern.

Reform der GKV-Finanzierung

Konstituierendes Merkmal einer sozialen GKV ist ihre **solidarische Finanzierung**, mit der die finanziell Stärkeren für finanziell Schwächere, junge für ältere Versicherte und Alleinstehende für Familien mit Kindern eintreten. Die Höhe der Beiträge richtet sich dabei ausschließlich nach der **finanziellen Leistungsfähigkeit** der einzelnen Versicherten. Individuelle Gesundheitsrisiken bleiben anders als bei der risikoorientierten Prämienkalkulation der Privaten Krankenversicherung außer Betracht. Durch **gemeinsame Finanzierungsverantwortung von Arbeitgebern und Versicherten** wird die Sozialpartnerschaft betont und ein wichtiger Beitrag zur Wahrung des sozialen Friedens geleistet.

Aus Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen muss eine Finanzierungsreform der GKV folgenden **Zielen** und **Kriterien** genügen:

1. **Solidarität und soziale Gerechtigkeit** sind durch die Finanzierung zu erhalten.
2. Die aus der demographischen, medizinischen und medizinisch-technischen Entwicklung resultierenden zusätzlichen Finanzierungsanforderungen müssen **nachhaltig gelöst** werden.
3. Eine umfassende Versorgung soll **weiterhin nicht primär durch Steuern oder Zuzahlungen** finanziert werden. Zuzahlungen sind da sinnvoll, wo sie steuernde Wirkung entfalten.
4. Die Verantwortung für die GKV muss auf Grundlage der gesetzlichen Rahmenbedingungen auch zukünftig **selbst verwaltet durch Versicherte und Arbeitgeber** getragen werden.
5. **Lastenverschiebungen zum Nachteil der GKV sind zurückzuführen** und für die Zukunft auszuschließen.
6. Finanzierungsregelungen müssen **unbürokratisch, manipulationssicher und für die Versicherten transparent** sein.