

Zukunft der
gesetzlichen
Kranken-
versicherung

Das Konzept der Kassen

Primärforderungen:

- **Mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit. Mehr Wettbewerb unter den Anbietern.**
- **Das Solidarprinzip darf nicht angetastet werden. Gleicher Leistungsanspruch für alle.**
- **Sozialer Schutz muss zuverlässiger Anker für die großen Lebensrisiken bleiben.**

Logo einfügen

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen

<http://www.g-k-v.com>

Juli 2002

AOK-Bundesverband
Kortrijker Straße 1
53177 Bonn
Tel. 02 28 - 8 43-0

IKK-Bundesverband
Friedrich-Ebert-Straße
51429 Bergisch Gladbach
Tel. 0 22 04 - 44-0

See-Krankenkasse
Reimerstwierte 2
20457 Hamburg
Tel. 0 40 - 3 61 37-0

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.
Frankfurter Straße 84
53721 Siegburg
Tel. 0 22 41 - 10 8-0

Bundesverband der Betriebskrankenkassen
Kronprinzenstraße 6
45128 Essen
Tel. 02 01 - 1 79-01

Bundesknappschaft
Pieperstraße 14 - 28
44789 Bochum
Tel. 02 34 - 3 04-0

Bundesverband der landwirtschaftlichen
Krankenkassen
Weißensteinstraße 70 - 72
34131 Kassel
Tel. 05 61 - 93 59-0

AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
Frankfurter Straße 84
53721 Siegburg
Tel. 0 22 41 - 10 8-0

Zukunft der
gesetzlichen
Kranken-
versicherung

Das Konzept der Kassen

Einleitung.....	3
1. Aktuelle und künftige Herausforderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung.....	4
2. Ziele der gesetzlichen Krankenversicherung.....	7
3. Wettbewerbliche Steuerung im Gesundheitswesen.....	11
4. Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung..	15
5. Solidarische Mittelaufbringung.....	16

Die gesetzlichen Krankenkassen sehen vier wesentliche Gründe für dringend notwendige Reformen im Gesundheitswesen: 1. Der medizinisch-technische Fortschritt produziert ein breiteres Angebot von Leistungen und erhöht deren Inanspruchnahme. 2. Der Anteil der älteren Menschen wächst; darauf muss sich das Gesundheitswesen auf vielen Feldern stärker einstellen. 3. Das seit Jahren mäßige Wirtschaftswachstum bei zugleich anhaltend hoher Arbeitslosigkeit mindert die Beitragseinnahmen der Krankenkassen. 4. Immer mehr Menschen leiden unter chronischen Krankheiten mit entsprechend erhöhtem Leistungsbedarf. Hier gilt es, die bestehenden Strukturen im Gesundheitswesen den neuen medizinischen wie ökonomischen Herausforderungen anzupassen.

Häufig erschöpften sich Reformen nur in Einzelmaßnahmen. Die aber wirken nur punktuell. Weiter helfen kann nur ein schlüssiges und zielführendes Gesamtkonzept. Dabei müssen vorhandene Rationalisierungsreserven ausgeschöpft werden. Wesentliches Mittel dafür sind wettbewerbliche Strukturen im Gesundheitswesen, die es bereits auf einigen Feldern gibt, aber konsequenter als bisher angewandt werden müssen.

Doch Wettbewerb im Gesundheitswesen muss im Einklang stehen mit den sozialen Zielen der gesetzlichen Krankenversicherung. Auch in Zukunft muss die Absicherung von Krankheitsrisiken zu sozial tragbaren Beitragssätzen gewährleistet werden. Unter diesem Aspekt sehen die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen in der solidarischen Wettbewerbsordnung weiterhin den geeigneten Lösungsansatz. Ein bloßes Erschließen neuer Finanzierungsquellen führt nicht zum Ziel.

1. Aktuelle und künftige Herausforderungen

Zuverlässige und leistungsfähige soziale Absicherung gewinnt für den Einzelnen und für die Gesellschaft immer mehr an Bedeutung.

Weil sozialer Schutz notwendiges Vertrauen und Sicherheit schafft, um den Herausforderungen zur Veränderung - wie Arbeitsplatzwechsel - mit allen Unwägbarkeiten für Einkommen, Beruf und sozialen Status - gewachsen zu sein. Damit wird die soziale Sicherung zunehmend zum "Anker" für die großen Lebensrisiken und somit selbst zum Produktionsfaktor.

Eine hohe Erwerbsquote der Bevölkerung ist und bleibt maßgeblich für ein zukunftsfähiges "lohnzentriertes" Sicherungssystem.

Weil die wirtschaftliche Entwicklung und vor allem die Arbeitsmarktlage direkten Einfluss auf die sozialen Systeme haben. Phasen schwacher Konjunktur wirken sich durch stagnierende Einnahmen oder Einnahmeausfälle bereits kurzfristig auf die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Die sich verändernden Formen der Arbeitsverhältnisse wie befristete, geringfügige, zeitlich flexible Beschäftigungen oder geänderte Erwerbsbiographien verlangen nach Lösungen.

Immer weniger Erwerbstätige müssen für immer mehr Rentner einstehen. Der angenommene demographiebedingte Ausgabeneffekt ist dabei umstritten.

Weil die Bevölkerung immer älter wird, müssen Versorgungsstrukturen angepasst werden. Wissenschaftlich umstritten ist hingegen, wie weit sich die demographische Entwicklung auf die Steigerung der Leistungsausgaben auswirkt. Es kommt hinzu, dass der langfristige Verlauf der demographischen Entwicklung nicht exakt vorhersehbar ist. Für die Ausgabenentwicklung haben die Angebotskapazitäten und der medizinische Fortschritt ein größeres Gewicht. Trotz aller Prognoseunsicherheiten gehen Experten davon aus, dass der demo-

graphische Wandel im kommenden Jahrzehnt spürbar auf die Beitragssätze drückt, wenn nicht wirksame Strukturreformen auf den Weg gebracht werden.

Medizinische Innovationen sind dann zu berücksichtigen, wenn ihr Zusatznutzen erwiesen ist. Vielfach ersetzen neue Verfahren nicht sogleich "alte", sondern kommen additiv verteuern hinzu.

Weil es an klar definierten Regelungen für Kosten-Nutzen-Analysen fehlt. Neue medizinische Verfahren bringen nur bei nachweisbarem Mehrnutzen Produktivitätsfortschritte. Sie führen nicht per se zu Einsparungen. Neue Entwicklungen führen hingegen ungesteuert zu zusätzlichen Angebotskapazitäten und Leistungen und können zum ungesteuerten Mengenwachstum beitragen. Medizinische Neuentwicklungen haben ihre Berechtigung, wo sie nachprüfbar die Patientenversorgung verbessern. Das trifft zu, wenn neue diagnostische und therapeutische Verfahren etwa den Beginn einer (chronischen) Erkrankung hinauszögern oder ganz vermeiden können.

Nach wie vor ist in unserem Gesundheitssystem die ambulante und die stationäre Versorgung organisatorisch wie wirtschaftlich strikt voneinander getrennt. Damit einhergehende überflüssige Doppeluntersuchungen belasten Patienten und verursachen Mehrausgaben.

Weil die Politik trotz immer wieder geäußerter Absicht bisher nicht hat durchsetzen können, die Versorgungsstrukturen zu verknüpfen, ist dieses ungelöste Problem weiterhin eine Hauptursache für nicht funktionierende Ausgabendämpfung. Die Folge ist, dass es in Deutschland im internationalen Vergleich eine unverhältnismäßig hohe Gerätedichte gibt. Der Trend zur Maximal- und Überversorgung ist gängiger Alltag.

In keinem Mitgliedstaat der EU gibt es ein rein marktwirtschaftlich organisiertes Gesundheitssystem - wohl aber mehr oder weniger stark regulierte Gesundheitsmärkte bis hin zu einem staatlichen Gesundheitswesen. Es gilt, die Vorteile des deutschen selbstverwalteten, staatsfernen Systems auch in Zukunft zu sichern.

Weil in der gesetzlichen solidarischen Krankenversicherung weder ein uneingeschränkt freier Markt herrscht noch der Staat den Gesundheitssektor diktiert, gilt das deutsche System international als vorbildlich. Forderungen nach einem Systemwechsel müssen zurückgewiesen werden, will man gesundheitliche Versorgung vor reinen Marktinteressen oder staatlichen Dysfunktionalitäten schützen.

Die Gesundheitspolitik bleibt laut EG-Vertrag im Wesentlichen nationale Aufgabe. Doch Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs und deutscher Zivilgerichte greifen in die Steuerungsmöglichkeiten der deutschen Selbstverwaltung ein. Hier ist die Politik gefordert, Rechtssicherheit zu schaffen.

Weil derzeit die Vereinbarkeit der in Deutschland geltenden zentralen Steuerungsinstrumente der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem europäischen Wettbewerbsrecht in Frage gestellt wird, haben Gerichtsurteile die Festsetzung von Festbeträgen durch die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung oder das Inkraftsetzen von Arzneimittel-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zunächst verhindert. Handlungsbedarf besteht auch für Versicherte, die über nationale Grenzen hinweg Kassenleistungen wünschen. Bürokratische Hürden widersprechen bei der bedarfsgerechten Inanspruchnahme von Auslandsleistungen den Prinzipien eines gemeinsamen Europas.

2. Ziele der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Spitzenverbände der Krankenkassen stehen für den Erhalt der Strukturprinzipien "Solidarität, Sachleistung, Selbstverwaltung und Pluralität".

Weil Solidarität auch zukünftig nicht auf die Gemeinschaft von Schwachen oder die Fürsorge für Bedürftige reduziert werden kann, wenn eine umfassende Gesundheitsversorgung weiterhin für alle gelten soll. Zugleich muss die individuelle Verantwortung des Einzelnen im Umgang mit der eigenen Gesundheit gestärkt werden. Erst das Zusammenwirken von Solidarität und Eigenverantwortung führt zu jener Gemeinwohlorientierung, die als Grundlage einer zukunftsfähigen Krankenversicherung unabdingbar ist. Notwendig ist der Ausbau der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen, denn sie ermöglicht eine aktuelle und problemnahe Steuerung der Versorgungswirklichkeit. Die Spitzenverbände der Kassen sind für die Wahlfreiheit der Bevölkerung unter verschiedenen Krankenkassen und damit gegen eine Vereinheitlichung ("Einheitskasse").

Das Angebot von Gesundheitsleistungen und -produkten muss für den Versicherten transparenter gestaltet werden, die Informationen qualitätsorientierter.

Weil Transparenz und Wissen über Leistungen notwendige Voraussetzungen für mehr Eigenverantwortung sind, kann nur ein informierter Versicherter und Patient Einrichtungen des Gesundheitswesens sinnvoll nutzen und zum Erfolg der Behandlung beitragen. Wer mehr weiß über die Qualität von Leistungen, kann vergleichen und damit den Qualitätswettbewerb unter den Leistungserbringern verstärken. Um den Patienten selbstbestimmte Auswahlentscheidungen zu ermöglichen, muss es den Krankenkassen zudem künftig erlaubt sein, qualitätsgesicherte Informationen über konkrete Leistungen und Leistungserbringer zu geben und entsprechende Empfehlungen auszusprechen.

Das deutsche Gesundheitswesen braucht quantifizierbare Versorgungsziele.

Weil operationalisierte Zielvorstellungen für ausgewählte Krankheitsbereiche nicht vorliegen, können erreichter Nutzen oder Fortschritt bei der Versorgung nicht konkret gemessen werden. Versorgungsziele müssen an der festgestellten Über-, Unter- und Fehlversorgung in Deutschland ansetzen. Die Kassen arbeiten derzeit aktiv und steuernd an nationalen Gesundheitszielen mit.

Vorrangiges Ziel der Krankenversicherung ist es, durch mehr Wettbewerb die Versorgung weiter zu verbessern und die vorhandenen Mittel effektiver und effizienter einzusetzen.

Weil mit überdurchschnittlich hohem Ressourceneinsatz häufig nur durchschnittliche Versorgungsergebnisse erreicht werden, ist dringender Handlungsbedarf vorhanden. Internationale Vergleiche belegen, dass es erhebliche Qualitätsdefizite vor allem bei der Behandlung chronisch Kranker gibt. Deshalb muss die Produktivität mittelfristig deutlich gesteigert werden. Je früher dies geschieht, um so nachhaltiger lässt sich die gesetzliche Krankenversicherung zum Wohle der Patienten und der Versicherten zukunftsfähig gestalten. Zwischen den Leistungsanbietern im Gesundheitswesen gibt es nur einen äußerst beschränkten Wettbewerb, der mit dem Ziel bessere Qualität und Wirtschaftlichkeit dringend erweitert werden muss. In Zeiten der Überversorgung haben sich rein kollektive Strukturen und Vertragsmonopole der Anbieter überlebt. Die Menge medizinischer Leistungen folgt heute eher ökonomischen Interessen der Leistungserbringer als dem medizinischen Bedarf der Kranken. Zudem erzeugt die stetig wachsende Zahl der Anbieter seit Jahren einen permanenten Ausgabendruck in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Medizin muss sich stärker als bisher am wissenschaftlichen Nachweis orientieren ("evidenzbasierte Medizin").

Weil evidenzbasierte medizinische Versorgung Fortschritte sowohl in Qualität als auch in Wirtschaftlichkeit bringt, ist dieses Ziel verstärkt anzustreben. Derzeit sind Grundsätze der evidenzbasierten Medizin in Klinik und Arztpraxis völlig unzureichend etabliert. Soweit qualitätsgesicherte Leitlinien existieren, mangelt es im Versorgungsalltag in der Regel an ihrer Verbreitung und Anwendung. Dabei sollen Leitlinien dem behandelnden Arzt einen Behandlungskorridor vorgeben. Überdies fehlen für viele Krankheitsbereiche und Indikationen noch immer evidenzbasierte Leitlinien, die den wissenschaftlich anerkannten Standard vorgeben. Mit einer evidenzbasierten Medizin kann auch die vom "Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen" festgestellte Über-, Unter- und Fehlversorgung vermindert werden. Denn Überkapazitäten führen zu Überdiagnostik und -therapie mit negativen ökonomischen und medizinischen Konsequenzen. Zugleich könnte mit solchem medizinischen Wissen aus kontrollierten Studien Unterversorgung bei der präventiven und rehabilitativen Behandlung chronischer Krankheiten rascher erkannt und behoben werden.

Mit der doppelt besetzten Facharztversorgung in Krankenhaus und Praxis werden teure Parallelstrukturen vorgehalten. Das führt zu Doppeluntersuchungen mit unzureichenden Informationsprozessen. Die voneinander abgeschotteten Versorgungsbereiche müssen durchlässiger werden.

Weil sektorale Grenzen im Gesundheitswesen sowohl eine optimale Versorgung als auch die Wirtschaftlichkeit behindern, müssen sie beseitigt werden. Das Leistungsgeschehen und die Finanzströme sind trotz mehrfacher gesetzgeberischer Interventionen - zum Beispiel Strukturverträge, Modellvorhaben, Integrationsverträge - weiterhin nicht sektorenübergreifend organisiert. Vor allem die gegensätzlichen Interessen der Leistungserbringer blockieren eine erfolgreiche Umsetzung der bestehenden (Gesetzes-) Vorschriften. Gefordert ist eine besser integrierte Versorgung mit verzahnten Versorgungsketten von Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege.

Zur Steuerung des aktuellen Versorgungsgeschehens und zur langfristigen politischen Planung sind verbesserte Datengrundlagen unerlässlich. Die Kassen sagen Ja zum Datenschutz. Doch dieser darf Reformen nicht blockieren.

Weil eine leistungsfähige gesetzliche Krankenversicherung verstärkt Steuerungsaufgaben übernehmen muss - zum Beispiel Fallsteuerung im Krankenhaus, Disease-Management-Programme - ist umfassende Transparenz unumgänglich. Dazu muss zu allen notwendigen Leistungs- und Abrechnungsdaten der Versichertenbezug zumindest pseudonymisiert ermöglicht werden. Die Kassen wollen den informierten Patienten. Das Gespenst des gläsernen Patienten ist nur der Ausdruck der Angst vor gläsernen Taschen. Nur wenn es gelingt, die bis heute vorherrschende Intransparenz zu beseitigen, sind zukünftig sachgerechte Entscheidungen über Qualitätsverbesserung, Kapazitäten, Mittelverwendung und gerechte Honorierung möglich. Dabei muss der Schutz sensibler Patientendaten selbstverständlich gewahrt bleiben - dies hat für die Kassen bereits heute oberste Priorität. Die Verbesserung der Patientenversorgung darf aber nicht einem häufig nur vorgeschobenen Datenschutzargument preisgegeben werden.

3. Wettbewerbliche Steuerung im Gesundheitswesen

Der Wettbewerb im Gesundheitswesen muss auch auf die Leistungserbringer ausgeweitet werden.

Weil sich Wettbewerb im Gesundheitswesen nicht allein auf die Wahlfreiheit der Versicherten unter den Krankenkassen erschöpfen darf, muss in einer neuen solidarischen Wettbewerbsordnung auch der Vertragswettbewerb zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern gefördert werden. Der Wettbewerb muss sich dabei auf Qualität und Effizienz der Versorgung konzentrieren. Zu prüfen ist, inwieweit die bisherige Verpflichtung zum gemeinsamen und einheitlichen Vorgehen der Kassen noch notwendig ist. Versicherte und Arbeitgeber dürfen nicht länger gezwungen sein, mit ihren Beiträgen Über- und Fehlversorgung zu finanzieren. Die Kassen fordern: Es sind nur noch die bedarfsgerechten Leistungen "einzukaufen", die medizinisch notwendig sind und die in der vereinbarten Qualität erbracht werden. Die Vertragsfreiheit muss auch die Möglichkeit umfassen, Versorgungs- und Vergütungsformen flexibler vereinbaren zu können. Dazu sind stabile staatliche Rahmenvorgaben, eine globale Versorgungssteuerung unter dem Primat der Beitragssatzstabilität und eine Steuerung der gemeinsamen Selbstverwaltung zu integrieren. Der Risikostrukturausgleich ist ein Element der solidarischen Wettbewerbsordnung.

Die Vergütung für Ärzte, die sich bisher vor allem am Aufwand der Leistungen bemisst, sollte sich künftig stärker an Versorgungszielen und -ergebnissen orientieren.

Weil das geltende Honorierungssystem im ambulanten Bereich keine Anreize setzt, auch aus wirtschaftlicher Sicht Versorgungsziele zu erreichen, ist eine

Reformierung der ärztlichen Honorierung notwendig. Die ärztliche Vergütung ist bislang nicht davon abhängig, ob die abgerechneten Leistungen notwendig, ob sie wirksam sind oder ob sie hinsichtlich ihrer Qualität evidenzbasierten Standards entsprechen. Bei ausreichenden Versorgungskapazitäten tendieren solche Vergütungssysteme zur Überversorgung und damit zur Unwirtschaftlichkeit. Das Honorierungssystem muss die Anreize so setzen, dass das Erreichen von Versorgungszielen unterstützt wird. Die vorherrschende Vergütung nach Leistungsaufwand sollte aufgegeben werden zugunsten einer Honorierung, die sich stärker am Versorgungsziel und -ergebnis orientiert. Es muss sich künftig lohnen, eine höhere Qualität oder ein besseres Behandlungsergebnis vorzuweisen. Gleichzeitig muss es möglich sein, nicht erforderliche, nicht wirksame oder qualitativ unzureichende Leistungserbringung von der Vergütung auszuschließen.

Ein Arzt darf künftig mit der Kassenzulassung nicht mehr automatisch das Recht erhalten, unabhängig vom tatsächlichen medizinischen Bedarf Leistungen mit der gesetzlichen Krankenversicherung abzurechnen.

Weil unter den bisherigen Prämissen Wettbewerb unter den Ärzten hauptsächlich in der Konkurrenz um Patienten und nicht um bessere Qualität stattfindet. Steigende Arztzahlen führen zudem zum Verteilungskampf um das Honorar. Dies führt zu medizinisch nicht indizierten Leistungsausweitungen und schlägt sich damit kontraproduktiv im Leistungs- und Kostengeschehen nieder. Erforderlich ist daher ein Wettbewerb um neue Formen der Leistungsvergütung sowie ein Wettbewerb um effiziente und qualitätsgesicherte Versorgungsstrukturen. Das setzt aber Vertragsfreiheit zwischen Kassen und Leistungserbringern voraus. Bisherige Anstrengungen, über Modellversuche neue Formen der Versorgung durch Kooperation und Vernetzung zu fördern unter den Bedingungen der Beitragssatzstabilität, haben kaum gewirkt. Gefordert sind Möglichkeiten für beide Seiten, Versorgungs- und Vergütungsformen flexibler zu vereinbaren.

Die Planung von Krankenhäusern darf künftig nicht mehr allein von den Ländern bestimmt werden, sondern muss im Einvernehmen mit den Krankenkassen erfolgen.

Weil die Errichtung von Krankenhäusern, deren Standorte, Kapazitäten und Ausstattungen nicht den Ländern als Letztentscheidungsrecht überlassen werden darf. Zwar muss die Verantwortung für den Gesamtbedarf bei den Ländern bleiben. Doch Rahmenvorgaben für die Krankenhausplanung der Länder sollten auf Bundesebene erarbeitet werden. Die Kassenverbände lehnen die Übernahme der Krankenhausinvestitionen so lange ab, bis die Krankenkassen an der Kapazitätssteuerung beteiligt werden. Unabdingbar ist auch, dass die Länder die zusätzliche Belastung der Kassen kompensieren. Die Krankenkassen fordern darüber hinaus, dass künftig die Zulassung eines Krankenhauses ausschließlich vertraglich vereinbart wird. Der Kontrahierungszwang steht einem funktionsfähigen Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit in der stationären Versorgung im Wege. Deshalb ist ein unbedingtes Kündigungsrecht der Krankenkassen für unwirtschaftlich arbeitende oder nicht bedarfsgerechte Krankenhäuser einzuführen.

Bevor ein Arzneimittel zu Lasten der solidarischen Krankenversicherung verordnet werden darf, muss neben den obligatorischen Zulassungsvoraussetzungen auch der Nachweis des therapeutischen Nutzens Pflicht sein.

Weil nationale und europäische Zulassungsvoraussetzungen allein nicht Kriterium für eine Kassenerstattung sein können, müssen diese im Interesse einer verantwortlichen Versorgung der Versicherten ergänzt werden. Die Bewertung des therapeutischen Nutzens eines Medikaments, das die Kassen bezahlen, muss nach dem international anerkannten medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstand von einer unabhängigen Institution vorgenommen werden. Die Spitzenverbände der Krankenkassen fordern die zeitnahe Verabschiedung der Positivliste als Beitrag zu einer breiten, wirksamen Qualitätsverbesserung in der Arzneimittelversorgung. Darüber hinaus ist insbe-

sondere durch die Integration von Arzneimitteln in evidenzbasierten und leitliniengestützten Behandlungsstrategien die Qualität der Versorgung entscheidend fortzuentwickeln. Sozial verträgliche Zuzahlungen sollten künftig so ausgestaltet sein, dass sie Anreize für wirtschaftliche Versorgungsalternativen setzen.

Präventionsmaßnahmen können gesundheitliche Schädigungen verzögern, weniger wahrscheinlich machen oder auch verhindern. Die Prävention muss deshalb gestärkt werden.

Weil mehr Prävention die Eigenverantwortung der Versicherten unterstützt. Eine wirksame Prävention trägt auch zur höheren Lebensqualität bei. Experten sehen in effizienten und effektiven Präventionsmaßnahmen die Chance, Gesundheitsausgaben einzusparen. Prävention ist vor allem durch eine Veränderung des eigenen Risikoverhaltens möglich. Wichtige Ansatzpunkte liegen auch in gesundheitsbelastenden Bedingungen der Lebens- und Arbeitswelt. Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen zu schaffen, ist eine gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe. Zu den Akteuren zählen deshalb auch die Öffentliche Hand auf Bundes-, Länder- und Gemeindeebene, Sozialversicherungsträger, Leistungserbringer, Arbeitgeber und andere. Bisher hat die Prävention in der Gesellschaft einen zu geringen Stellenwert. Notwendig ist eine Verständigung der verschiedenen Akteure auf gemeinsame Präventionsziele. Außerdem ist ein aufeinander abgestimmtes Vorgehen der Beteiligten im Sinne der Verzahnung sicherzustellen. Hierbei sind auch Finanzierungsfragen von gemeinschaftlichen Maßnahmen zu regeln.

4. Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Kassen sehen keine Notwendigkeit, den derzeitigen Leistungskatalog zu ändern. Das zentrale Problem ist, dass Leistungen nicht zielgenau, indikationsgerecht und kostenbewusst erbracht werden.

Weil schon heute das Sozialgesetzbuch V bestimmt, dass die Versorgung der Versicherten ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein muss, fehlt für zusätzliche gesetzliche Leistungsausgrenzungen die Grundlage. Davon unberührt ist die Forderung nach einer sachgerechten Zuweisung versicherungsfremder Leistungen. Die GKV hält an einem vollwertigen Gesundheitsschutz fest. Die politische Diskussion um eine Aufteilung des Leistungskatalogs der GKV in Grund- und Wahlleistungen darf nicht zur Ausgrenzung medizinisch notwendiger Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV führen. Den Krankenkassen muss vom Gesetzgeber die Rechtssicherheit gegeben werden, um gemeinsam mit den Partnern der Selbstverwaltung konsequenter auf Inhalte, Qualität, Kapazitäten, Mengen und Preise der Versorgung einwirken zu können. Tatsächlich werden aber nach wie vor in nahezu allen Versorgungsbereichen auch Leistungen erbracht, die nicht immer medizinisch indiziert, sondern anbieterinduziert sind. Beeinflusst wird diese Entwicklung durch die hohe Anbieterdichte, das intransparente Angebot und die starke Zergliederung des deutschen Gesundheitswesens in voneinander abgeschotteten Sektoren. In Zukunft sind darüber hinaus gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die heute durch Kassen finanziert werden, konsequenterweise aus Steuermitteln zu finanzieren.

5. Solidarische Mittelaufbringung

Das Umlageverfahren aus Beiträgen zur Finanzierung des vollen Versicherungsschutzes im Krankheitsfall ist nach wie vor zukunftsfähig.

Weil die Stärke dieses Finanzierungsmodells insbesondere darin liegt, dass die gesetzliche Krankenversicherung weniger von fiskalisch motivierten Budgetrestriktionen und Rationierung bedroht ist, als dies bei steuerfinanzierten staatlichen Gesundheitssystemen der Fall wäre. Daher gibt es nach Meinung der Spitzenverbände der Krankenkassen keinen Grund zu einem Systemwechsel. Die Abgabenbelastung der Versicherten und die Lohnzusatzkosten der Unternehmen dürfen dabei nicht aus dem Blickfeld geraten.