

Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung

Weiterentwicklung der solidarischen Wettbewerbsordnung

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen

AOK-Bundesverband, Bonn

Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen

IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach

Bundesknappschaft, Bochum

See-Krankenkasse, Hamburg

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg

AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

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

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

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

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

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

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

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

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

Weiterentwicklung der solidarischen Wettbewerbsordnung

Inhalt

Einleitung

1 Aktuelle und künftige Herausforderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung

- 1.1 Soziale Entwicklung
- 1.2 Ökonomische Entwicklung
- 1.3 Demographische Entwicklung
- 1.4 Medizinisch-technischer Fortschritt
- 1.5 Entwicklung der Versorgungsstrukturen
- 1.6 Politische "Verschiebebahnhöfe"
- 1.7 Europa

2 Ziele der gesetzlichen Krankenversicherung

- 2.1 Erhalt der solidarischen Strukturprinzipien
- 2.2 Selbstverwaltung stärken
- 2.3 Ausbau der Patienten- und Verbraucherorientierung
- 2.4 Orientierung der Versorgung an Gesundheitszielen
- 2.5 Mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit
- 2.6 Beseitigung von Über-, Unter- und Fehlversorgung
- 2.7 Förderung evidenzbasierter Medizin
- 2.8 Überwindung sektoraler Grenzen
- 2.9 Mehr Transparenz

3 Wettbewerbliche Steuerung im Gesundheitswesen

- 3.1 Ordnungspolitischer Rahmen
- 3.2 Förderung integrierter Versorgungsformen
- 3.3 Ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung
- 3.4 Weiterentwicklung der stationären Versorgung
- 3.5 Weiterentwicklung der Arzneimittelversorgung
- 3.6 Weiterentwicklung der Heil- und Hilfsmittelversorgung
- 3.7. Stärkung der Prävention
- 3.8 Weiterentwicklung der Rehabilitation

4 Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung

5 Solidarische Mittelaufbringung

Einleitung

Die gesetzliche Krankenversicherung steht heute und in Zukunft vor großen gesellschaftlichen und sozio-ökonomischen Herausforderungen, die es im Interesse von Versicherten und Patienten zu meistern gilt. Der medizinisch-technische Fortschritt, die demographische und die ökonomische Entwicklung sowie der Wandel des Krankheitsspektrums von akuten zu chronischen Erkrankungen weisen auf zentrale Reformnotwendigkeiten hin. Eine zukunftsorientierte Gesundheitspolitik muss zudem die politisch induzierten Belastungen der gesetzlichen Krankenversicherung ("Verschiebebahnhöfe") rückführen und den fortschreitenden europäischen Einigungsprozess aktiv mitgestalten. Insgesamt gilt es, die bestehenden Strukturen des Gesundheitswesens den neuen Herausforderungen anzupassen und die soziale Krankenversicherung im Sinne eines evolutiven Prozesses weiterzuentwickeln.

Die bislang umgesetzten, nur punktuell wirkenden Einzelmaßnahmen reichen nicht aus, um die gesetzliche Krankenversicherung zukunftsfähig zu machen und langfristig zu stabilisieren. Vielmehr wird dazu ein schlüssiges und zielführendes Gesamtkonzept benötigt. Die gesetzliche Krankenversicherung hält an einem vollwertigen Gesundheitsschutz fest. Die politische Diskussion um eine Aufteilung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung in Grund- und Wahlleistungen darf nicht zur Ausgrenzung medizinisch notwendiger Leistungen aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung führen. Ebenso wäre ein bloßes Erschließen neuer Finanzierungsquellen kontraproduktiv. Vielmehr gilt es, vorhandene Rationalisierungsreserven auszuschöpfen, indem wettbewerbliche Strukturen im Gesundheitswesen gefestigt bzw. neu etabliert werden.

Eine verstärkte Wettbewerbsorientierung muss im Einklang stehen mit den sozialen Zielen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Absicherung breiter Bevölkerungskreise gegen Krankheitsrisiken zu sozial tragbaren Beitragssätzen muss auch in Zukunft gewährleistet werden. Die soziale Komponente ist durch Strukturreformen nachhaltig zu stärken. Dabei muss auf eine sachgerechte Balance zwischen der Eigenverantwortung des Einzelnen - im Sinne eines verantwortlichen Umgangs mit der eigenen Gesundheit sowie den Ressourcen - und der Solidarität geachtet werden. Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen sehen in der solidarischen Wettbewerbsordnung weiterhin den geeigneten Lösungsansatz, um die Herausforderungen von heute und morgen zu bewältigen.

1 Aktuelle und künftige Herausforderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung

1.1 Soziale Entwicklung

Die soziale Entwicklung geht einher mit einer veränderten Arbeitsmarktsituation: Flexibilität und Mobilität als wichtige Schlüsselqualifikationen haben zum Wandel familialer und sozialer Bindungen beigetragen. Der fortschreitende Prozess der Individualisierung hat neue Lebens- und Familienformen hervorgebracht. Zudem ist vielfach ein verändertes Rollenverständnis zu beobachten, das sich positiv auf die Bedeutung der Erwerbsarbeit für Frauen (Frauenerwerbsquote) auswirkt. Auch in Zukunft ist mit einer wachsenden Zahl von Singlehaushalten und Kleinfamilien zu rechnen. Während früher die Betreuung im Krankheits- und/oder Pflegefall häufig durch die Familie erfolgte, ist dies heute vielfach nur begrenzt möglich. Tendenziell ergibt sich aus dieser sozialen Entwicklung ein wachsender Bedarf an Versorgungsleistungen. Der Einzelne muss daher verstärkt auf eine funktionsfähige soziale Absicherung vertrauen können.

Je mehr Flexibilität der (Erwerbs-)Bevölkerung abverlangt wird, umso bedeutender wird für die Menschen die Zuverlässigkeit und Leistungsfähigkeit sozialer Sicherungssysteme. Erst diese befähigen das Individuum, sich mit dem Wissen um seine soziale Absicherung in den Produktionsprozess und in die Gesellschaft einzubringen und dabei auch Risiken, z.B. Arbeitsplatzwechsel, einzugehen. Sozialer Schutz schafft Vertrauen und Sicherheit, um den Herausforderungen moderner Gesellschaften zur Flexibilität und Risikobereitschaft - mit allen Unwägbarkeiten für Einkommen, Beruf und sozialen Status - gewachsen zu sein. Je differenzierter, arbeitsteiliger, mobiler und individualisierter eine Gesellschaft ist, umso wichtiger werden "Anker" für die großen Lebensrisiken wie Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Arbeitslosigkeit und Berufskrankheiten. In diesem Sinne wird soziale Sicherung selbst zum Produktionsfaktor, dessen Bedeutung zukünftig weiter zunehmen wird. Produktivität und Modernisierung der Gesellschaft erfordern daher stabile soziale Sicherungssysteme. Dies zeigt sich auch im Bewusstseinswandel zahlreicher Vertreter der sogenannten "New Economy", die inzwischen Funktion und Stellenwert sozialer Sicherung als unerlässliche Voraussetzung für dauerhaften ökonomischen Erfolg erkannt haben.

1.2 Ökonomische Entwicklung

Die wirtschaftliche Entwicklung, die zunehmende Globalisierung der Märkte einschließlich der EU-Osterweiterung und die Arbeitsmarktlage haben direkten Einfluss auf die sozialen Sicherungssysteme. Die seit Jahren zu verzeichnende Einnahmeschwäche der gesetzlichen Krankenversicherung geht im Grundsatz auf die ökonomische Entwicklung mit einem nur mäßigen Wirtschaftswachstum und anhaltend hoher Arbeitslosigkeit zurück. Neben Phasen schwacher Konjunktur wirkt sich auch die zunehmende Schattenwirtschaft in Form von stagnierenden Einnahmen oder von Einnahmeausfällen bereits kurzfristig auf die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Eine hohe Arbeitslosigkeit ist insofern belastend, als die Beiträge für Arbeitslose geringer sind als die Beiträge aus Erwerbseinkommen. Hier macht sich die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen vielfach als "Verschiebebahnhof-Politik" kritisierte Absenkung der Bemessungsgrundlage von ursprünglich 100 Prozent des letzten Bruttoeinkommens auf 80 Prozent bemerkbar. Maßgeblich für ein zukunftsfähiges, weiterhin "lohnzentriertes" Sicherungssystem bleibt eine hohe Erwerbsquote der Bevölkerung.

Unabhängig von der Diskussion um die Entwicklung der Lohnquote stellen die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen fest, dass die Einnahmehasis der GKV erodiert. Eine der Hauptursachen sind die permanenten "Verschiebebahnhöfe" zu Lasten der GKV (siehe dazu Kapitel 1.6). Dies wird durch die Mehreinnahmen aus geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen nicht kompensiert. Die Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung geht unverändert auf das klassische "Normalarbeitsverhältnis" zurück. Gleichzeitig nehmen aber neue Formen von Arbeitsverhältnissen zu, die sich bspw. in befristeten, geringfügigen, zeitlich flexiblen Beschäftigungen manifestieren oder in geänderten Erwerbsbiographien und in Altersteilzeit niederschlagen. Zugleich gilt es Lösungen für neue versicherungs- und beitragsrechtliche Fragen zu finden, die durch veränderte Formen von Arbeitsverhältnissen aufgeworfen werden.

1.3 Demographische Entwicklung

Häufig wird die demographische Entwicklung als einer der treibenden Kostenfaktoren im Gesundheitswesen dargestellt. Der Einfluss auf aktuelle Ausgabenentwicklungen wird aber deutlich überschätzt. Ein größeres Gewicht für die Ausgabenentwicklung haben derzeit vielmehr die Angebotskapazitäten und der medizinische Fortschritt. Sachverständige sagen allerdings voraus, dass der demographische Wandel zu Beginn des kommenden

Jahrzehnts zunehmend beitragsatzrelevante Auswirkungen zeigt, wenn nicht wirksame Strukturreformen auf den Weg gebracht werden.

Unbestritten ist heute, dass der Anteil der Älteren in der deutschen Bevölkerung langfristig wächst. Gleichzeitig ist die Geburtenrate so stark gesunken, dass in den kommenden Jahrzehnten ein deutlicher Rückgang der Bevölkerungszahlen zu erwarten ist. Als Folge müssen immer weniger junge für immer mehr alte Menschen aufkommen. Für umlagefinanzierte Sicherungssysteme bedeutet dies grundsätzlich: Immer weniger Erwerbstätige müssen für immer mehr Rentner einstehen.

Auf die Krankenversicherung können allerdings die demographiebedingten Finanzierungsprobleme der Rentenversicherung nicht "eins zu eins" übertragen werden. Denn zum einen muss beachtet werden, dass Rentner - wenn auch geringere - Beiträge zur Krankenversicherung entrichten und damit zumindest für einen Teil ihrer Leistungsausgaben selbst aufkommen. Zum anderen ist die Reichweite des demographiebedingten Ausgabeneffekts wissenschaftlich umstritten. Nach der "Kompressionsthese" bspw. nimmt die Morbidität im Alter aufgrund der heutigen Leistungen der Medizin nur geringfügig zu. Lediglich kurz vor dem Tode kommt es zu exponentiell steigenden Gesundheitsausgaben. Mit der erhöhten Lebenserwartung würde somit nur der Beginn des Ausgabenanstiegs verzögert. Dem steht die "Medikalisierungsthese" entgegen. Hierbei geht man davon aus, dass die Morbidität im höheren Alter stark zunimmt und einen überproportionalen Anstieg der Gesundheitsausgaben verursacht. Prognosen über die langfristigen Folgen der demographischen Entwicklung haften daher große Unsicherheiten an. Dies gilt zugleich für wirtschaftliche (Wirtschaftswachstum) und soziale Einflussgrößen, über die heute keine Klarheit bestehen kann.

Auch der langfristige Verlauf der demographischen Entwicklung ist nicht exakt vorhersehbar. Zwar stellt das Statistische Bundesamt in regelmäßigen Abständen Bevölkerungsvorausschätzungen an. Diese beruhen jedoch in weiten Teilen auf Annahmen, so dass eine nur geringfügige Änderung der zugrunde gelegten Werte, insbesondere bei den Netto-Zuwanderungssalden, das Ergebnis der Vorausschätzungen teilweise erheblich beeinflussen kann.

Bereits heute ist allerdings absehbar, dass die Versorgungsstrukturen an eine zunehmend ältere Bevölkerung angepasst werden müssen. Dies gilt für alle Leistungsbereiche: Vor

allem müssen spezifische präventive Maßnahmen stärker auf ältere Menschen zugeschnitten werden. Daneben gilt es, die (geriatriische) Rehabilitation und die Infrastruktur in der Pflege auszubauen. Demgegenüber werden rückläufige Bevölkerungszahlen auch zu einem Abbau von Versorgungskapazitäten insbesondere in der Akutmedizin führen.

1.4 Medizinisch-technischer Fortschritt

Als weitere Ursache für die dynamische Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung gilt der medizinisch-technische Fortschritt, wobei allerdings eine differenzierte Betrachtung notwendig ist. Der Trend, neue und in der Regel teurere medizinische Verfahren einzuführen, wird sich auch in Zukunft fortsetzen. Auswirkungen auf die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung hat dies insbesondere dadurch, dass neue Leistungen wiederholt zum Aufbau zusätzlicher Angebotskapazitäten führen. Diese tragen dann ihrerseits zum ungesteuerten Mengenwachstum bei. Hier gilt es zukünftig sicherzustellen, dass diagnostische und therapeutische Verfahren vor ihrer Einführung auf einen medizinischen Zusatznutzen geprüft werden. Nachfolgend müssen "alte" Verfahren durch die neu bewerteten Leistungen ersetzt werden. Erst dann können Innovationen im Medizinsektor wie in anderen Märkten zu Produktivitätsfortschritten und Einsparungen führen.

Unter Versorgungsaspekten gilt es, die Chancen des medizinischen Fortschritts verstärkt zu nutzen. Dies dient direkt dem Wohl von Versicherten und Patienten, die einen Anspruch auf Teilhabe am medizinisch-technischen Fortschritt im Rahmen des medizinisch Notwendigen haben. Wenn mit Hilfe des medizinischen Fortschritts neue diagnostische und therapeutische Verfahren etabliert werden können, die den Beginn einer (chronischen) Erkrankung hinauszögern bzw. ganz vermeiden, kann dies auch zur Ausgabenreduzierung führen.

Gegen die Aussage von der kostentreibenden Wirkung des medizinischen Fortschritts spricht, dass der Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) langfristig relativ konstant geblieben ist. Seit Beginn der Kostendämpfung Ende der 70er Jahre bis zur Wiedervereinigung blieb der Anteil am BIP unverändert. Erst infolge der Wiedervereinigung war hier ein deutlicher Schub zu verzeichnen. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sind in den letzten Jahren etwas langsamer gestiegen als die übrigen Gesundheitsausgaben. Dies, obwohl eine Fülle medizinischer Innovationen zu

verzeichnen war. Insgesamt verlief das Wachstum der GKV-Ausgaben seit Ende der 70er Jahre parallel zur Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes.

Zu beachten ist des Weiteren, dass der medizinisch-technische Fortschritt in Deutschland im Prinzip nicht evaluiert ist, so dass keine fundierten Aussagen über kostentreibende oder kostenreduzierende Wirkungen möglich sind. Umso mehr gewinnt die Überprüfung einer neuen Leistung durch die Bundesausschüsse an Bedeutung. Es bleibt eine zentrale Zukunftsaufgabe der gemeinsamen Selbstverwaltung, hier intensiv die Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit neuer Leistungen nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin zu bewerten. In diesem Zusammenhang ist die Politik gefordert, schnell für Rechtssicherheit der Selbstverwaltungsbeschlüsse zu sorgen.

1.5 Entwicklung der Versorgungsstrukturen

Das deutsche Gesundheitssystem ist noch immer durch eine strikte Trennung der einzelnen Versorgungssektoren gekennzeichnet. Die fehlende Abstimmung zwischen ambulantem, stationärem oder rehabilitativem Sektor, getrennte Budgets und Zuständigkeiten sind wesentliche Ursachen für die Diskontinuität im Versorgungsablauf. Die atomistische Struktur im ambulanten Bereich - mit dem weiterhin vorherrschenden Organisationstyp der Einzelpraxis - führt dazu, dass Patienten häufig auf der falschen Versorgungsebene behandelt werden. Der Trend zur Maximalversorgung wird wesentlich gefördert durch eine - auch im internationalen Vergleich - unverhältnismäßig hohe Gerätedichte, z.B. im Bereich der Hochtechnologie. Doppel- und Mehrfachuntersuchungen, die den Patienten und Beitragszahler gleich zweifach belasten, nämlich sowohl körperlich als auch finanziell, dürfen nicht länger zum Alltag im deutschen Gesundheitswesen gehören.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten 2000/2001 zur "Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit" zahlreiche Beispiele für eine Über- und Fehlversorgung in der Akutmedizin dargestellt. Gleichzeitig werden strukturelle Defizite, zum Teil in Form der Unterversorgung, bei der Versorgung chronisch Kranker aufgedeckt. Vor dem Hintergrund, dass etwa 80 Prozent der Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für nur etwa 20 Prozent der Versicherten anfallen, wird das medizinische und finanzielle Potenzial deutlich, das in der Verbesserung der Versorgung dieser Patienten steckt. Dieses Potenzial durch eine Umstrukturierung der medizinischen Versorgung zu heben, ist eine vordringliche politische Aufgabe, die

schnellstmöglich angegangen werden muss. Die neuen Möglichkeiten der finanziellen Förderung strukturierter Behandlungsprogramme für chronisch Kranke bieten hier eine Chance, schon bald Fortschritte in der Versorgung zu erzielen.

Ein wesentliches Manko im deutschen Gesundheitswesen ist die immer noch unzureichende Qualitätsorientierung und fehlende Harmonisierung der Vorschriften zur Qualitätssicherung. Internationale Standards der evidenzbasierten Medizin werden in der konkreten Versorgungssituation wenig beachtet und umgesetzt. Die evidenzbasierte Medizin muss zum festen Bestandteil der medizinischen Versorgung werden. Bereits bestehende zertifizierte Leitlinien müssen konsequent angewandt, neue etabliert werden. Durch optimierte Versorgungsstrukturen - z.B. durch Ärztenetze, Gruppenpraxen oder durch die Integrationsversorgung - können auch die Voraussetzungen für mehr Prozess- und Ergebnisqualität geschaffen werden.

1.6 Politische "Verschiebebahnhöfe"

Politische Entscheidungen haben in den letzten Jahren zu einer systematischen Schwächung der Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung geführt: Allein innerhalb der letzten zehn Jahre hat die Politik der "Verschiebebahnhöfe", also die Entlastung anderer Sozialversicherungsträger und der öffentlichen Haushalte zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung, zu Mehrausgaben bzw. Mindereinnahmen der Krankenkassen in Höhe von rund 25 Milliarden Euro geführt. In den Jahren 2001 und 2002 sind weitere 2,6 Milliarden Euro hinzugekommen. Diese Belastungen werden durch die Mehreinnahmen aus geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen keinesfalls kompensiert. Die erheblichen Anstrengungen der Krankenkassen, u.a. durch gezieltes Kostenmanagement Einsparungen zu erzielen bzw. Ausgabenzuwächse zu vermeiden, wurden und werden damit konterkariert. Der Gesetzgeber ist dringend aufgefordert, kurzfristig Maßnahmen zur Konsolidierung der Finanzsituation zu ergreifen (siehe hierzu Kapitel 5 "Solidarische Mittelaufbringung") und auch mittel- bis langfristig alles zu unterlassen, was die Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung weiter belasten könnte.

1.7 Europa

Sozialpolitik und damit auch die Gesundheitspolitik ist und bleibt im Wesentlichen eine nationale Aufgabe - darauf haben sich die Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU)

verständnis. Dennoch sind in den letzten Jahren verstärkt binnenmarktliche Einwirkungen auf das deutsche Gesundheitswesen festzustellen, insbesondere durch die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs. Deutsche Zivilgerichte haben zudem die Vereinbarkeit zentraler Steuerungsinstrumente der gesetzlichen Krankenversicherung mit dem europäischen Wettbewerbsrecht in Frage gestellt. Dies hat dazu geführt, dass die gemeinsame Selbstverwaltung bestehende Steuerungsmöglichkeiten, wie die Festsetzung von Festbeträgen durch die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung oder die Verabschiedung von Arzneimittel-Richtlinien durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, nicht umsetzen konnte.

Die Interpretation des politischen Willens der Mitgliedstaaten und der Gemeinschaft darf nicht allein den Gerichten überlassen werden. Der Prozess muss politisch gestaltet werden. Dabei ist auf nationaler und europäischer Ebene deutlich zu machen, dass auf absehbare Zeit der Gesundheitsmarkt als nationalstaatlich zu regulierender Markt zu erhalten ist. Dies bestätigen auch aktuelle Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes z.B. zur stationären Behandlung im Ausland ("Smits/Peerbooms", 2001) sowie zur staatlichen Unfallversicherung Italiens (INAIL) aus dem Jahre 2002. Die Politik ist gefordert, sich für den Erhalt der Steuerungsinstrumente auf nationaler und europäischer Ebene einzusetzen und diese zukunfts- und rechtssicher zu machen.

In keinem Mitgliedstaat der EU ist ein rein marktwirtschaftliches Gesundheitssystem realisiert. Die jeweiligen nationalen Gesetzgeber sahen bisher z.B. sozialpolitische und wirtschaftliche Gründe für einen mehr oder weniger stark regulierten Gesundheitsmarkt bis hin zu einem staatlichen Gesundheitswesen. Das deutsche System zeichnet sich im europäischen Vergleich durch staatsferne Steuerungselemente mit der Regelungsebene Selbstverwaltung aus. Die Vorteile des deutschen selbstverwalteten - und auch international anerkannten - Gesundheitswesens gilt es auch in Zukunft zu sichern. Dort, wo die gemeinsame Selbstverwaltung Steuerungsverantwortung im Interesse des Gemeinwohls übernimmt - so etwa in den Bundesausschüssen und im Koordinierungsausschuss - ist es erforderlich, die Kompetenzen und Verfahren in Zukunft rechtssicher auszugestalten. Dies gilt sowohl im Hinblick auf übergeordnetes nationales Recht als auch im Verhältnis zum Europarecht.

Die zunehmende Mobilität der Versicherten über nationale Grenzen hinweg erfordert Anpassungen an die veränderten Bedarfe der Versicherten. Bürokratische Hürden bei der

bedarfsgerechten Inanspruchnahme von Auslandsleistungen müssen beseitigt werden, um hier im Interesse der Versicherten das Verfahren zu vereinfachen.

Nationale Steuerungskompetenzen und deren Wirkungen müssen aber auch in Zukunft erhalten bleiben. Bislang fehlen der gesetzlichen Krankenversicherung - abgesehen von einzelnen Grenzregionen (z.B. Euregio-Projekte) - Möglichkeiten zur Versorgungssteuerung im Ausland. Um eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung auch im Ausland sicherzustellen, müssen deshalb die rechtlichen Grundlagen für Verträge mit ausländischen Leistungserbringern geschaffen werden.

Sollte im Zuge der Konvergenzbestrebungen der Europäischen Union bei der sozialen Sicherheit eine stärkere Ausrichtung an gemeinsamen Zielen auch für die Gesundheitssysteme erfolgen, wäre dies aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich zu begrüßen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen, die maßgeblich mit der Umsetzung von Zielen im nationalen Gesundheitswesen betraut sind, müssen in diesen Prozess eingebunden werden.

2 Ziele der gesetzlichen Krankenversicherung

Eine Weiterentwicklung des Gesundheitswesens muss sowohl Antworten auf die aktuellen und kommenden Herausforderungen geben als auch dem zukünftigen sozial- und gesundheitspolitischen Auftrag entsprechen. Als konkrete Reformziele stehen für die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen versorgungs- und ordnungspolitische Notwendigkeiten im Vordergrund.

Oberstes Ziel der gesetzlichen Krankenversicherung muss auch in Zukunft die Absicherung breiter Bevölkerungskreise gegen Gesundheitsrisiken auf hohem Qualitätsniveau zu sozial tragbaren Beitragssätzen sein. Die Sicherstellung einer hochwertigen Versorgung für die Versicherten im Krankheitsfall ist somit weiterhin untrennbar mit sozialen Zielen und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit verknüpft. Eine nachhaltig wirkende Strukturreform für die GKV muss folgende Ziele anstreben:

- ◆ Erhalt der solidarischen Strukturprinzipien
- ◆ Mehr Transparenz
- ◆ Stärkung der Patientenrechte und des gesundheitlichen Verbraucherschutzes

- ◆ Orientierung der Versorgung an Gesundheitszielen
- ◆ Mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit
- ◆ Beseitigung von Über-, Unter- und Fehlversorgung
- ◆ Förderung evidenzbasierter Medizin
- ◆ Überwindung sektoraler Grenzen

2.1 Erhalt der solidarischen Strukturprinzipien

Die Spitzenverbände der Krankenkassen fordern den Erhalt der solidarischen Strukturprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Strukturmerkmale "Solidarität, Sachleistung, Selbstverwaltung und Pluralität" bieten auch für die Zukunft einen effektiven und effizienten Organisationsrahmen zur Gestaltung sozialer Sicherheit. Gerade für die erfolgreiche Bewältigung zukünftiger Herausforderungen bilden die Prinzipien eine leistungsstarke Ausgangsbasis.

Kern der solidarischen Absicherung gegen Gesundheitsrisiken ist die Verantwortungsgemeinschaft der Starken und Schwachen unserer Gesellschaft. Solidarität darf auch zukünftig nicht auf die Gemeinschaft von Schwachen oder die Fürsorge für Bedürftige reduziert werden. Gleichzeitig gilt es, die Eigenverantwortung des Einzelnen zu stärken. Individuelle Verantwortung kommt dabei insbesondere im bewussten Umgang mit der eigenen Gesundheit und der bedarfsgerechten Inanspruchnahme von Leistungen zum Ausdruck. Erst das Zusammenwirken der beiden Merkmale - Solidarität und Subsidiarität - führt zu jener Gemeinwohlorientierung, die als Grundlage einer zukunftsfähigen Krankenversicherung unabdingbar ist.

Tragendes Strukturmerkmal der gesetzlichen Krankenversicherung ist das Solidarprinzip. Es garantiert allen Versicherten einen einheitlichen Leistungsanspruch und schützt sie vor finanzieller Überforderung im Krankheitsfall. Auch künftig sollen die finanziell Stärkeren für die finanziell Schwächeren, die Jungen für die Alten und die Alleinstehenden für die Familien eintreten. Die Höhe der Beiträge muss sich ausschließlich nach der finanziellen Leistungsfähigkeit des Einzelnen richten. Alter, Geschlecht und gesundheitliche Risiken sollen weiterhin im Gegensatz zur risikoäquivalenten Prämiengestaltung der privaten Krankenversicherung unberücksichtigt bleiben.

Unabhängig von der Höhe der gezahlten Beiträge muss die Leistungsgewährung weiterhin allein nach der medizinischen Notwendigkeit erfolgen. Das Solidarprinzip ist und bleibt das konstitutive Element der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen eine interessengeleitete Ausweitung der "Individuellen Gesundheitsleistungen" (IGEL-Liste), wie sie von einem Teil der Ärzteschaft verfolgt wird, ab.

Das Sachleistungsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung sichert Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung. Es schützt die Patienten vor Überforderung, finanziellen Vorleistungen und unzweckmäßigen Leistungen. Zudem legt es die Verantwortung für Qualität und Wirtschaftlichkeit und damit für die Versorgungseffizienz, die der Patient in aller Regel nicht beurteilen kann, in die Hände der vertragsgestaltenden Parteien.

Das Selbstverwaltungsprinzip erlaubt eine aktuelle und problemnahe Steuerung der Versorgungswirklichkeit. Ein Blick auf die Gesundheitssysteme anderer Länder macht die vergleichsweise staatsferne, wettbewerbliche und liberale Ausgestaltung des deutschen Gesundheitswesens deutlich. Auf diese Weise kann ein hoher Grad an Versicherten- und Verbrauchernähe gewährleistet werden. Die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen zur Gestaltung der Versorgung muss nachhaltig ausgebaut werden. Eine Übertragung von Kompetenzen auf den Staat sichert weder Qualität noch Wirtschaftlichkeit der Versorgung.

Die Pluralität in den Organisationsstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung sichert die Wahlfreiheit für die Bevölkerung. Pluralität ist eine notwendige Voraussetzung für den Wettbewerb der Krankenkassen. Zum Vorteil der Versicherten sollen mit dem Wettbewerb Anreize für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit gesetzt werden.

2.2 Selbstverwaltung stärken

Konstituierend für die soziale Krankenversicherung ist das Prinzip der Selbstverwaltung. Sowohl auf Seiten der Versicherten als auch in wesentlichen Bereichen des Leistungsangebotes wird die GKV durch die Betroffenen selbst organisiert. Der Gesetzgeber behält die politische Verantwortung für die Gestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung. Er hat aber die Durchführung den problemnahen Organisationen der Selbstverwaltung über-

tragen. Die Vorteile des selbstverwalteten deutschen Systems, das sich somit durch eine vergleichsweise staatsferne, wettbewerbliche und liberale Steuerung auszeichnet, gilt es auch in Zukunft zu sichern.

Die kontinuierliche Partizipation der Betroffenen an der Gestaltung des Gesundheitswesens wird durch die demokratisch legitimierte Selbstverwaltung sichergestellt. Ihre ehrenamtliche Tätigkeit basiert auf der Bereitschaft zur Selbst- und Eigenverantwortung von Versicherten und deren Arbeitgebern. Der Staat hat sich auf die Rahmenbedingungen für eine gerechte und solidarische Ordnung unseres Gesundheitswesens zu konzentrieren. Die Selbstverwaltung realisiert dann die ihnen übertragenen Aufgaben nach den konkreten Vorstellungen und Anforderungen der Beteiligten. Die Tätigkeit der Selbstverwaltung wird so zu einer unverzichtbaren Ressource für einen demokratischen und sozialen Rechtsstaat. Ihren Fähigkeiten und Leistungen für das Gemeinwohl muss auch in Zukunft ein hoher gesellschaftlicher Stellenwert beigemessen werden.

Versicherten- und Patienteninteressen werden durch die ehrenamtlich tätige Selbstverwaltung gleichermaßen repräsentiert. Die gesetzlichen Krankenkassen sind in der Lage, auch schwierige ökonomische und medizinische Abgrenzungsfragen zu entscheiden und zu verantworten. Sie beurteilen deshalb eine formalisierte Beteiligung bestimmter (Patienten-) Gruppen in den Gremien der Krankenkassen oder der gemeinsamen Selbstverwaltung mit den Leistungserbringern überaus skeptisch, zumal diese Gruppen nicht selten von eindeutig interessengeleiteten Geldgebern abhängen oder den direkten Einflüssen der Leistungserbringer unterliegen. Das auch von den Spitzenverbänden der Krankenkassen verfolgte Ziel, die Beteiligungsrechte von Patienten zu erweitern, stößt an juristische und politische Grenzen, wenn es als formales Mitentscheidungsrecht in Gremien der mittelbaren Staatsverwaltung ausgestaltet werden soll. Die Spitzenverbände der Krankenkassen sprechen sich allerdings dafür aus, das Verfahren bei solchen Entscheidungen transparenter und offener zu gestalten, um die Akzeptanz von Entscheidungen bei Versicherten und Patienten zu verbessern. Die Rolle der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Leistungserbringern muss rechtssicher gestaltet werden.

2.3 Ausbau der Patienten- und Verbraucherorientierung

Angesichts vielfältiger Intransparenz im deutschen Gesundheitswesen und des Nebeneinanders von Über-, Unter- und Fehlversorgung hat die Diskussion um die Stärkung der Pa-

tientenrechte und des gesundheitlichen Verbraucherschutzes in jüngster Zeit an Umfang und Bedeutung gewonnen. Bei Politik, Wissenschaft und den wichtigsten Akteuren im Gesundheitswesen besteht ein breiter Konsens darüber, dass eine größere Patienten- und Verbraucherorientierung notwendig ist. Die Krankenkassen und ihre Verbände haben sich aktiv an dieser Debatte beteiligt und die eigenen patientenorientierten Angebote erheblich ausgeweitet.

Die Ursachen für diese Entwicklung sind vielfältig: Der gesellschaftliche Wandel bringt den Bürgern mehr Mitwirkungs- und Gestaltungsmöglichkeiten, fordert aber gleichzeitig vom Einzelnen mehr Eigenverantwortung. Auch im Rollenverständnis von Patienten und Versicherten vollzieht sich ein spürbarer Wandel. Immer mehr Patienten wollen von ihren Ärzten über Nutzen und Risiken diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen sowie über Behandlungsalternativen verständlich und umfassend informiert werden. Der "mündige" Patient möchte stärker an der Entscheidung über seine Behandlung beteiligt werden und wird so zum bewussten Koproduzenten seiner Gesundheit. Hinzu kommt, dass die Sensibilität der Bevölkerung für Fragen des gesundheitlichen Verbraucherschutzes infolge der Lebens- und Arzneimittelskandale der letzten Jahre deutlich zugenommen hat.

Qualitätsorientierte Informationen über das Angebot von Gesundheitsleistungen und -produkten stärken die Kompetenz von Patienten und Verbrauchern und versetzen sie in die Lage, Einrichtungen des Gesundheitswesens sinnvoll zu nutzen, zum Erfolg der Behandlung beizutragen und mehr Eigenverantwortung zu übernehmen. Mehr Transparenz und qualitätsgesicherte Informationen tragen auch dazu bei, den Wettbewerb unter den Leistungserbringern zu intensivieren und so die Leistungsfähigkeit und die Qualität des Gesundheitssystems insgesamt zu verbessern. Konkrete Möglichkeiten und Vorschläge zur Stärkung der Patientenrechte und des gesundheitlichen Verbraucherschutzes sind in verschiedenen Gutachten aufgezeigt worden. Viele der vorgetragenen Vorschläge und Hinweise sind von den gesetzlichen Krankenkassen aufgegriffen worden und haben ihnen zusätzliche Anstöße für eigene Aktivitäten und Modellprojekte gegeben.

Den gesetzlich Versicherten steht heute ein vielfältiges Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebot ihrer Krankenkasse zur Verfügung, das durch neue Informationstechnologien ständig weiter ausgebaut wird. Allerdings könnten die Kompetenzen der Patienten noch weiter gestärkt werden, wenn die Krankenkassen und ihre Verbände qualitätsgesicherte Informationen über Leistungen und Leistungserbringer ohne die bestehen-

den gesetzlichen Einschränkungen weitergeben und Empfehlungen aussprechen dürften. Hier muss der Gesetzgeber die Möglichkeiten der Krankenkassen zur Weitergabe von Empfehlungen rechtlich absichern. Patienten sollten insbesondere Informationen über die Qualität von Leistungen und Produkten einschließlich der Ergebnisqualität medizinischer und pflegerischer Leistungen erhalten und Vergleiche anstellen können. Die selbstbestimmten Auswahlentscheidungen der Versicherten und Patienten könnten so deutlich verbessert werden.

Die gesetzliche Krankenversicherung sieht im Ausbau von Gesundheitsförderung, Prävention und Selbsthilfe wesentliche Beiträge zur Stärkung der Kompetenz von Versicherten und Patienten. Die Krankenkassen und ihre Verbände erfüllen darüber hinaus die gesetzlichen Verpflichtungen bei der finanziellen Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung, trotz vieler Zweifel an der ordnungspolitischen Zuordnung von Aufgaben und Finanzierungslasten. Sie erwarten aber, dass die anderen Akteure sich an diesen Gemeinschaftsaufgaben beteiligen und entsprechende Finanzmittel zur Verfügung stellen.

Der Verbesserung der Patientenorientierung und des Verbraucherschutzes können schließlich die Schaffung einer "Patientenrechtscharta", die Stand und Ausprägung der verschiedenen Optionen bei der Wahrnehmung von Patienteninteressen formuliert, sowie die Kodifizierung des Arztvertrags- und Arzthaftungsrechts dienen. Zur Verbesserung der Qualität und um Fehlversorgung zu vermeiden, sprechen sich die Spitzenverbände dafür aus, Behandlungsfehler systematisch auszuwerten. Der Gesetzgeber sollte die Grundlage dafür schaffen, die Gesundheitsberichterstattung auf Medizinschadensfälle auszuweiten. Die Zusammenführung und Analyse der an unterschiedlichen Stellen erhobenen Daten ist geeignet, mehr Transparenz über Ausmaß und Umfang des Auftretens von Medizinschäden zu schaffen sowie Hinweise auf Über-, Unter- und Fehlversorgung zu gewinnen.

2.4 Orientierung der Versorgung an Gesundheitszielen

Dem deutschen Gesundheitswesen fehlt bislang eine explizite Orientierung an Gesundheitszielen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beteiligen sich daher intensiv an der Entwicklung von Gesundheitszielen auf Bundesebene. Denn rationale Gesundheitspolitik braucht quantifizierbare Versorgungsziele, die an den Feststellungen zur Über-, Unter- und Fehlversorgung in Deutschland (Gutachten des Sachverständigenrates für die Kon-

zertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001) ansetzen müssen. Erst anhand operationalisierter Zielvorstellungen für ausgewählte Krankheitsbereiche kann ein erreichter Nutzen oder Fortschritt bei der Versorgung überhaupt gemessen werden.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen nehmen bei der weiteren Arbeit an nationalen Gesundheitszielen eine aktive und steuernde Rolle ein. Sie sehen im Prozess der Zieldefinition und konkreten Umsetzung von Konzepten eine wichtige gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

Geschlechtsspezifische Unterschiede stärker beachten

Der Erfolg gesundheitspolitischer Maßnahmen hängt u.a. davon ab, inwieweit geschlechtsspezifische Differenzierungen auch in Versorgung und Forschung ihren Niederschlag finden. Bei der Planung und Umsetzung gesundheitsbezogener Maßnahmen müssen daher geschlechtsspezifische Besonderheiten (so genannte Gender-Aspekte) stärker berücksichtigt werden. Deren Spannungsbreite reicht von unterschiedlicher Sozialisation über biologische Faktoren, differenzierte naturwissenschaftlich-medizinische Voraussetzungen (z.B. Dosierung und Wirksamkeit von Arzneimitteln) bis hin zu anderen Lebens- und Verhaltensweisen (z.B. unterschiedliche Wahrnehmung von Früherkennungsmaßnahmen). Derzeit finden diese geschlechtsspezifischen Unterschiede zu wenig Beachtung.

Zwar ist es inzwischen wissenschaftlich unstrittig, dass auch im Zusammenhang mit Gesundheit bzw. Krankheit biologische, gesellschaftliche und psychosoziale Unterschiede zwischen Frauen und Männern auftreten. Bislang fehlen aber an vielen Stellen fundierte, qualitätsgesicherte Daten für eine medizinisch notwendige geschlechtsspezifische Differenzierung der Versorgung. Benötigt werden deshalb detaillierte Informationen über die unterschiedlichen medizinischen und medizinsoziologischen Parameter von Frauen und Männern, die für eine qualitativ hochwertige Versorgung relevant sind. Bei der Entwicklung von Leitlinien, Qualitätsstandards und klinischen Studien müssen diese Grundlagen stärker beachtet werden.

2.5 Mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit

Vorrangiges Ziel der gesetzlichen Krankenversicherung ist es, die Versorgung zu optimieren und die vorhandenen Mittel effektiver und effizienter einzusetzen. Den im internationalen Vergleich häufig nur durchschnittlichen Versorgungsergebnissen - insbesondere bei der Behandlung chronisch Kranker - steht bislang ein überdurchschnittlich hoher Ressourceneinsatz gegenüber. Mittelfristig muss es daher um eine deutliche Steigerung der Produktivität gehen. Je früher hier Anpassungen gelingen, umso nachhaltiger lässt sich die gesetzliche Krankenversicherung zum Wohle der Patienten und der Versicherten zukunftsfähig gestalten. Für die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen gilt unverändert die Devise "Rationalisierung statt Rationierung".

Um zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit zu gelangen, wird es in Zukunft immer dringlicher, die Angebotsseite wettbewerblich zu öffnen. In Zeiten der Überversorgung haben sich kollektivvertragliche Strukturen und Vertragsmonopole der Leistungserbringer überlebt. Die Menge und Struktur der abgerechneten medizinischen Leistungen folgt heute eher ökonomischen Interessen der Leistungserbringer als dem medizinischen Bedarf der Kranken. Die stetig wachsende Zahl der Anbieter und deren zunehmende technische Ausstattung erzeugt seit Jahren permanenten Ausgabendruck in der gesetzlichen Krankenversicherung. Das entscheidende Regulativ für diese Entwicklung sehen die Spitzenverbände in einer verstärkten Wettbewerbsorientierung des medizinischen Angebots.

2.6 Beseitigung von Über-, Unter- und Fehlversorgung

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat zwar eine leistungsfähige medizinische Akutversorgung in Deutschland bestätigt. Allerdings stellt er zugleich deutliche Defizite bei der Versorgung chronisch Kranker fest. Kennzeichnend für die derzeitige Situation sind zum einen Überkapazitäten, die Überdiagnostik und -therapie mit negativen ökonomischen und medizinischen Konsequenzen hervorrufen. Zum anderen liegt Unterversorgung bei der präventiven und rehabilitativen Behandlung chronischer Krankheiten vor. Damit wird sowohl die Lebensqualität und -dauer der Betroffenen unnötigerweise eingeschränkt als auch insgesamt die Ausgabenproblematik verschärft.

Die Ursachen der Qualitätsprobleme liegen dabei gerade nicht in einer unzureichenden Finanzausstattung des deutschen Gesundheitswesens. Verantwortlich sind in erster Linie

mangelhaft abgestimmte Organisationsstrukturen des medizinischen Angebots, eine unzureichende Prozesssteuerung sowie die fehlende Anwendung internationaler Standards und qualitätsgesicherter medizinischer Leitlinien. Häufig werden Leistungen erbracht, ohne dass eine ausreichende Indikation dafür vorliegt. Die medizinisch unbegründete Ausweitung der Leistungsmenge wird zusätzlich durch Fehlanreize in den Vergütungssystemen gefördert.

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen wollen zukünftig genau an diesen Mängeln ansetzen, um die Versorgung zu optimieren. Die Beseitigung von Über-, Unter- und Fehlversorgung verlangt daher Maßnahmen zur flächendeckenden Anwendung evidenzbasierter Medizin, die verbesserte Integration der medizinischen Versorgung und die Entwicklung qualitätsorientierter Vergütungssysteme.

2.7 Förderung evidenzbasierter Medizin

Ein wesentliches Manko des derzeitigen medizinischen Versorgungssystems besteht darin, dass die Grundsätze der evidenzbasierten Medizin in Klinik und Arztpraxis völlig unzureichend etabliert sind. In den Bereichen, in denen qualitätsgesicherte Leitlinien existieren, mangelt es in der Regel an ihrer Verbreitung und Anwendung im Versorgungsalltag. Zudem fehlen noch immer für viele Krankheitsbereiche und Indikationen evidenzbasierte Leitlinien, die den wissenschaftlich anerkannten Standard - im Sinne eines Behandlungskorridors für den behandelnden Arzt - vorgeben.

Für die Spitzenverbände der Krankenkassen ist daher die Entwicklung qualitätsgesicherter Leitlinien und die Anwendung internationaler Standards sowie ein besser integriertes Medizinsystem ein wesentliches Reformziel.

Des Weiteren gilt es, verstärkt das sogenannte Health Technology Assessment-Verfahren (HTA) zu nutzen. Mit diesem international anerkannten Instrument der Technologiebewertung kann ein wichtiger Beitrag zur zukünftigen Versorgung geleistet werden. Um erkenntnisgestützte Entscheidungen in der Medizin voranzubringen, ist daher eine öffentliche Förderung (Steuermittel) für HTA-Berichte notwendig.

Zur Stärkung der Versorgungsforschung fördern die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen gemeinsam mit dem Bundesforschungs- und dem Bundesgesundheitsmi-

nisterium anwendungsorientierte Forschungsprojekte. Ziel ist es, die Steuerungsmöglichkeiten hinsichtlich Versorgungsqualität und Leistungsdichte im Verlauf chronischer Erkrankungen zu untersuchen. Aufgrund der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung dieser Thematik ist eine Aufstockung der öffentlichen Fördermittel geboten.

2.8 Überwindung sektoraler Grenzen

Der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in Richtung auf effizientere Strukturen stehen bislang die sektoralen Grenzen entgegen. Der Weg zu einer besser integrierten Versorgung - im Sinne verzahnter Versorgungsketten von Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege - verlangt daher die Ablösung der streng sektoralen Finanzierung. Das Leistungsgeschehen und die Finanzströme sind trotz mehrfacher gesetzgeberischer Interventionen - z.B. Strukturverträge, Modellvorhaben, Integrationsverträge - weiterhin nicht sektorenübergreifend organisiert. Die erfolgreiche Umsetzung der bestehenden (Gesetzes-) Vorschriften scheitert häufig an den Interessendivergenzen der Beteiligten, vor allem auf Seiten der Leistungserbringer.

Die strikte Trennung der Versorgungsbereiche führt zu medizinisch unnötigen Doppeluntersuchungen. Mit der doppelt besetzten Facharztversorgung in Krankenhaus und Praxis werden in Deutschland teure Parallelstrukturen vorgehalten. Die fehlende Abstimmung der therapeutischen Maßnahmen von Krankenhäusern und ambulant tätigen Ärzten ist ein seit langem beklagtes Phänomen. Der Mangel an interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen den Arztgruppen trägt ebenfalls zur Problematik bei.

Behandlungen auf der falschen Versorgungsebene, die Erbringung medizinisch nicht notwendiger Leistungen sowie unzureichende Informationsprozesse müssen in Zukunft dauerhaft beseitigt werden. Der Schlüssel zur Lösung der Probleme liegt nach Auffassung der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen insbesondere in der Flexibilisierung des Vertragsgeschehens. Die erfolgreiche Umsetzung der integrierten Versorgung kann nur über wettbewerbliche Dynamik gefördert werden.

2.9 Mehr Transparenz

Zur Steuerung des aktuellen Versorgungsgeschehens und zur langfristigen politischen Planung - insbesondere bei der Umsetzung konkreter Gesundheitsziele - sind verbesserte

Datengrundlagen unerlässlich. Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Versorgung und einen effizienteren Einsatz der Ressourcen ist daher umfassende Transparenz über das Leistungsgeschehen.

Zur besseren individuellen Versorgungssteuerung muss der Versichertenbezug aller Leistungs- und Abrechnungsdaten ermöglicht werden. Die an eine leistungsfähige gesetzliche Krankenversicherung gestellte Anforderung, verstärkt Steuerungsaufgaben zu übernehmen - z.B. Fallsteuerung im Krankenhaus, Disease-Management-Programme - kann ohne Datengrundlagen nur unzureichend erfüllt werden. Nur wenn es gelingt, die bis heute vorherrschende Intransparenz zu beseitigen, sind zukünftig sachgerechte Entscheidungen über Kapazitäten, Mittelverwendung, gerechte Honorierung etc. möglich.

Der Schutz sensibler Patientendaten muss dabei selbstverständlich gewahrt bleiben. Bereits heute räumen die Krankenkassen dem Schutz von Patientendaten oberste Priorität ein. So gewährleisten die gesetzlichen Krankenkassen, dass Informationen über Krankheitsverläufe und in Anspruch genommene Leistungen einzelner Versicherter nur gesetzlich Befugten aufgabenbezogen zugänglich sind. Zukünftige Chancen zur Versorgungsoptimierung dürfen aber nicht einem häufig nur vorgeschobenen Datenschutzargument preisgegeben werden. Wenn der Gesetzgeber eine Pseudonymisierung versichertenbezogener Daten als notwendig erachtet, dann sind diese Verfahren so zu gestalten, dass das operative Kassengeschäft nicht behindert wird.

Der sachgerechte Schutz von Patientendaten umfasst auch ein Verbot der kommerziellen Nutzung erhobener Daten. Dies ist bspw. beim Verkauf von GKV-Daten durch die Apothekenrechenzentren bis heute nicht sichergestellt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen fordern daher im Interesse der Versichertengemeinschaft, dass diese Praxis beendet wird.

3 Wettbewerbliche Steuerung im Gesundheitswesen

3.1 Ordnungspolitischer Rahmen

Um die Herausforderungen, die an die GKV gestellt werden, zu meistern und die gesteckten Ziele zu erreichen, bedarf es einer stärkeren wettbewerblichen Orientierung. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz, dem Gesundheitsreformgesetz 2000 und der Reform des Risikostrukturausgleichs sind wichtige Weichenstellungen für mehr Wettbewerb eingeleitet worden. Insbesondere die Einführung der Krankenkassenwahlfreiheit, die Chancen der integrierten Versorgung und die Förderung strukturierter Disease-Management-Programme stehen für die wettbewerbliche Neuorientierung des Gesundheitswesens. Die Möglichkeiten des Wettbewerbs sind damit längst nicht ausgeschöpft, Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung zu erhöhen und die Einführung von Innovationen zu beschleunigen. Im Mittelpunkt aller Aktivitäten muss die möglichst optimale Patientenversorgung stehen.

Die Möglichkeiten des Wettbewerbs müssen in Zukunft konsequent zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit genutzt werden. Die neue solidarische Wettbewerbsordnung muss die adäquate Versorgung der Patienten zum bestmöglichen Preis-Leistungsverhältnis zum Ziel haben. Der Wettbewerb, der in der GKV auf der Krankenkassenseite begonnen wurde, muss deshalb auf die Leistungserbringerseite ausgedehnt werden. In dem neuen funktionalen Wettbewerbssystem müssen die Kassen und Leistungserbringer Vorteile erzielen können, die sich als messbare Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitserfolge nachweisen lassen. Im Kernbereich einer neuen solidarischen Wettbewerbsordnung steht daher die Förderung des Vertragswettbewerbs.

Es ist zu überprüfen, inwieweit die bisherige Verpflichtung zum gemeinsamen und einheitlichen Vorgehen der Kassen noch notwendig ist. Danach ist zu entscheiden, wo kollektivrechtliche Normen auf das notwendig Einheitliche zurückzuführen sind, und ob durch individuelle Handlungsoptionen das Ziel einer qualitativen und wirtschaftlichen Versorgung besser erreicht werden kann. Versicherte und Arbeitgeber dürfen nicht länger gezwungen sein, mit ihren Beiträgen Überversorgung zu finanzieren. 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 umfas-

sen, Versorgungs- und Vergütungsformen flexibler vereinbaren zu können. Das Ziel der Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit wird dabei insbesondere durch neu zu gestaltende sektorübergreifende Kooperations- und Koordinationsmodelle erreicht. Diese individuellen wettbewerblichen Gestaltungsmöglichkeiten sind in einem Mix aus stabilen staatlichen Rahmenvorgaben, einer globalen Versorgungssteuerung unter dem Primat der Beitragssatzstabilität und einer Steuerung der gemeinsamen Selbstverwaltung zu integrieren. Die gemeinsame Selbstverwaltung muss einerseits Regelungskompetenzen vom Staat übernehmen (z.B. im stationären Bereich), andererseits Kompetenzen an die einzelnen Akteure (z.B. Kassen, Kassenarten sowie einzelne oder Gruppen von Leistungserbringern) abgeben und Möglichkeiten für differenzierte Regelungen zur Lösung von Problemen schaffen.

Das heutige Versorgungsgeschehen ist gekennzeichnet von Intransparenz und Informationsdefiziten. Die Förderung des Vertragswettbewerbs setzt mehr Klarheit über das Versorgungsgeschehen und mehr Informationen über Versorgungsangebote voraus. Krankenkassen müssen in Zukunft daher entsprechende Kompetenzen für Information, Aufklärung und Beratung haben. Vergleiche dürfen und müssen von den Akteuren im Gesundheitswesen, vor allem aber von Versicherten und Patienten gezogen werden.

Eine konsistente solidarische Wettbewerbsordnung muss die Kombination aus Wettbewerb und Solidarität optimieren. Hierzu ist ein umfassendes und zielführendes Gesamtkonzept einer neuen solidarischen Wettbewerbsordnung unabdingbar. Ziel muss es sein, die positiven Steuerungswirkungen des Wettbewerbs in Bezug auf mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung und mehr Versicherten- und Patientenorientierung zu fördern, ohne dabei zugleich das Solidarprinzip der GKV zu gefährden, nach dem sich die Beiträge der Mitglieder an ihrer ökonomischen Leistungsfähigkeit und die in Anspruch genommenen Versorgungsleistungen am medizinischen Bedarf der Versicherten orientieren sollen.

Ein Element der geltenden solidarischen Wettbewerbsordnung ist der Risikostrukturausgleich (RSA). Unter den Bedingungen von Wahlfreiheit der Versicherten und Kontrahierungszwang der Krankenkassen bei nicht risikobezogenen, sondern solidarisch bemessenen Beiträgen soll er dazu dienen, unterschiedliche Risikostrukturen der Krankenkassen - hinsichtlich Einkommen und Gesundheitsstatus ihrer Versicherten - zu kompensieren und so Wettbewerbsverzerrungen zu verhindern. Zugleich soll so der Wettbewerb der Kran-

kenkassen um möglichst gute und effiziente Versorgungsangebote für die Versicherten stimuliert werden. Diese allgemeinen Ziele des RSA als Element der solidarischen Wettbewerbsordnung teilen die Spitzenverbände der Krankenkassen; ob und in welchem Maße diese Ziele mit den geltenden und geplanten Detailregelungen des RSA erreicht werden bzw. erreicht werden können, wird seitens der einzelnen Beteiligten unterschiedlich eingeschätzt. Für die Funktionsfähigkeit des Risikostrukturausgleichs ist es unerlässlich, einen gesetzlich klar umrissenen Leistungskatalog für eine ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche und das Maß des Notwendigen nicht überschreitende medizinische Versorgung verbindlich vorzugeben.

3.2 Förderung integrierter Versorgungsformen

Die bisherige strikte Trennung zwischen den einzelnen Versorgungssektoren hat sich als zu wenig patienten- und bedarfsorientiert sowie als ineffizient erwiesen. Zur Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung sind ganzheitliche und sektorübergreifende Versorgungsstrukturen - von der Prävention über die Kuration und Rehabilitation bis hin zur Pflege - erforderlich und begrüßenswert. Die Spitzenverbände der Krankenkassen halten deshalb am Ziel des Ausbaus der integrierten Versorgung fest.

Derzeit ist noch immer eine geringe Bereitschaft der Leistungserbringer zu verzeichnen, die bisherigen Schnittstellen im Versorgungsprozess durch gezielte Kooperationen zu überwinden. Zu beklagen sind weiterhin medizinisch nicht notwendige Doppel- und Mehrfachuntersuchungen, teure Parallelstrukturen durch die Facharztbesetzung in Krankenhaus und Arztpraxis sowie die mangelnde Abstimmung zwischen stationär und ambulant tätigen Ärzten. Hier müssen Organisationsformen und Vergütungsanreize gefunden werden, die die interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern. Einzellösungen im Rahmen des herkömmlichen Kollektivvertragssystems (z.B. vor- und nachstationäre Behandlung, Strukturverträge, Modellvorhaben, ambulantes Operieren) gehen zwar in die richtige Richtung, bieten aber keine flächendeckende Lösung der Versorgungsprobleme. Dagegen kann die integrierte Versorgung hier einen wichtigen Beitrag leisten: Durch sie wird der Trend zur Fragmentierung und zur Zersplitterung der Patientenversorgung gestoppt, die Aufteilung der Zuständigkeiten im Behandlungsprozess mit dem Hang zur gegenseitigen Abschottung fällt weg, und es kommt zu einem Verzicht auf ein primär ökonomisch bestimmtes Versorgungsgeschehen unter Abkopplung der medizinischen Indikation.

Schnittstellenprobleme, die Fehlleitung von Finanzmitteln sowie eine Versorgung unter Kosten- und Einnahmegerichtspunkten können zurückgedrängt werden. Flexible Verträge mit individuellen Gestaltungsmöglichkeiten können zielgenauer auf die jeweilige medizinische Indikation abstellen und das Versorgungsgeschehen patientenorientierter lenken.

Es hat sich gezeigt, dass die bisherigen Strukturen des Regelversorgungssystems nicht ausreichen, um integrierte Versorgungsformen zu etablieren. Für eine Einführung in das bestehende Versorgungssystem fehlen an vielen Stellen die faktischen und rechtlichen Möglichkeiten. Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen betonen in diesem Zusammenhang, dass die Freiwilligkeit der Vertragsbeziehungen und auch die Möglichkeit des Versicherten, sich für oder gegen die Teilnahme an der integrierten Versorgung zu entscheiden, ein wesentliches Charakteristikum integrierter Versorgungsformen darstellt.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen sprechen sich für eine zügige Umsetzung integrierter Versorgungsformen aus, sehen aber im Vorfeld noch einigen Regelungsbedarf: So müssen bestimmte Regelungsbereiche im SGB V noch auf die integrierte Versorgung abgestimmt und weiterentwickelt werden. Insbesondere gilt es, das Verfahren zur Bereinigung der Budgets in der ambulanten und stationären Versorgung abschließend zu regeln. Im Arzneimittelbereich und bei den sonstigen Leistungen müssen Apotheken und z.B. Heilmittelerbringer in die integrierte Versorgung einbezogen werden können.

3.3 Ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung

Der ambulanten ärztlichen Versorgung kommt in unserem Gesundheitssystem zentrale Bedeutung zu. Hier entscheidet sich zu einem großen Teil das Leistungs- und Kostengeschehen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Insbesondere fällt hier in der Regel die Entscheidung darüber, in welcher Versorgungsstufe (hausärztliche, fachärztliche oder stationäre) Patienten medizinisch versorgt werden. Dies gilt auch für weitere zu veranlassende Leistungen der weiterführenden Diagnostik und Therapie.

Unter den gegebenen Rahmenbedingungen leistet die ambulante ärztliche Versorgung nicht den notwendigen und möglichen Beitrag zur Sicherung einer umfassenden, effektiven und gleichzeitig wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit Gesundheitsleistungen. Die Situation ist durch Überversorgung einerseits und Unterversorgung andererseits gekennzeichnet. Zu hohe Arztzahlen insbesondere im fachärztlichen Bereich und Fehl-

reize im Vergütungssystem bewirken, dass Leistungen in einem Umfang erbracht und abgerechnet werden, der sich medizinisch nicht begründen lässt. Dies gilt insbesondere für die Ausweitung diagnostischer Verfahren. Auf der anderen Seite bestehen Defizite in der optimalen Betreuung von Patienten mit chronischen Krankheiten. Leitlinien zur Behandlung und Betreuung werden in der Praxis kaum beachtet.

Um eine Steigerung der Effizienz und Effektivität der Versorgung im ambulanten Bereich zu erzielen, müssen aus Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die eine bessere Erschließung der im Gesundheitsbereich vorhandenen Wirtschaftlichkeitspotenziale bei gleichzeitiger Verbesserung der Versorgungsqualität ermöglichen. Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung der ambulanten ärztlichen Versorgung sind zum einen das Vergütungssystem, das die wesentlichen Anreize für die Leistungserbringung setzt. Zum anderen kommt es darauf an, das Instrument des Wettbewerbs für eine sinnvolle und verbesserte Versorgung der Versicherten nutzen zu können.

Mehr Vertragswettbewerb setzt voraus, dass die Krankenkassen bislang von den Kassenärztlichen Vereinigungen vorenthaltene Daten zum Leistungs- und Abrechnungsgeschehen erhalten. Sie müssen Doppeluntersuchungen, Verzahnungsengpässe sowie Behandlungsfehler besser als bisher prüfen und auf Basis der verbesserten Datentransparenz beseitigen können.

Die folgenden Ausführungen zum ambulant ärztlichen Vertragswettbewerb gelten auch für den vertragszahnärztlichen Bereich.

Ergebnis- statt Aufwandsorientierung

Die Vergütung ärztlicher Leistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) orientiert sich in erster Linie am Aufwand für die Erbringung einer Leistung. Die Vergütung ist bislang nicht davon abhängig, ob die abgerechneten Leistungen notwendig, ob sie wirksam sind bzw. ob sie hinsichtlich ihrer Qualität evidenzbasierten Standards entsprechen. Aufwandsorientierte Vergütungssysteme sind hilfreich, wenn eine Situation der Unterversorgung besteht. Sobald jedoch ausreichende Versorgungskapazitäten gegeben sind, tendieren solche Vergütungssysteme zur Überversorgung und damit zur Unwirtschaftlichkeit.

Die Reform des Honorierungssystems muss die Anreize so setzen, dass die Erreichung von Versorgungszielen unterstützt wird. Die vorherrschende Aufwandsorientierung der Vergütung ist durch eine stärkere Ziel- oder Ergebnisorientierung abzulösen oder zumindest zu ergänzen. Die Vergütung muss danach differenzieren, in welcher Qualität Leistungen erbracht werden und welchen Beitrag sie zur Lösung eines Patientenproblems leisten. Es muss sich künftig lohnen, eine höhere Qualität oder ein besseres Behandlungsergebnis vorzuweisen. Umgekehrt muss es gleichzeitig möglich sein, nicht erforderliche oder nicht wirksame oder qualitativ unzureichende Leistungen von der Vergütung auszuschließen. Dies gilt sowohl für die eigentliche Leistungserbringung als auch für die Veranlassung von Leistungen. Differenzierte Vergütungsformen würden somit die Verantwortung des Arztes für die Qualität und darüber die Wirtschaftlichkeit der Versorgung erhöhen.

Die notwendige Reform des Vergütungssystems reicht jedoch nicht aus, um durch sie allein Fehlsteuerungen zu beseitigen, die aus Überkapazitäten und Strukturproblemen in der vertragsärztlichen Versorgung resultieren. Ohne eine stärkere Nutzung des Wettbewerbs als Steuerungsinstrument ist eine bedarfsgerechtere und zugleich wirtschaftlichere Versorgung nicht zu erreichen.

Wettbewerb setzt Vertragsfreiheit voraus

Unter den gegebenen rechtlichen Rahmenbedingungen findet Wettbewerb unter den Ärzten hauptsächlich in der Konkurrenz um Patienten und nicht um bessere Qualität statt. Aufgrund steigender Arztzahlen wird gleichzeitig ein Verteilungskampf um das Honorar geführt. 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 Versorgungsstrukturen.

Der Gesetzgeber hat mit den Regelungen über Modellversuche und zur integrierten Versorgung erste Schritte zur Schaffung besserer Versorgungsstrukturen durch ein Mehr an Vertragsfreiheit unternommen. Auch werden Anstrengungen zur Verbesserung von hausarztorientierten Versorgungsansätzen durch die Kassen verstärkt finanziert. Auf die Realität der Versorgung haben sich diese neuen Möglichkeiten bisher kaum ausgewirkt. So

wurden in der Vergangenheit zwar zahlreiche Verträge über Modellversuche insbesondere zur Verbesserung der Versorgungsstruktur und -qualität zwischen Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossen, der Nachweis des qualitativen Erfolges dieser Programme im Zusammenhang mit erhofften positiven wirtschaftlichen Effekten ist jedoch sehr schwierig. Gleichzeitig finden sich Verträge zur integrierten Versorgung auf der Basis der §§ 140 a-h SGB V in der Versorgungsrealität ebenso selten wie die gezielte und vertraglich abgesicherte Steuerung des Patienten durch den Hausarzt als Lotsen.

Hintergrund hierfür ist u.a., dass die Finanzierung neuer Versorgungsformen unter den Bedingungen der Beitragssatzstabilität außerordentlich schwierig ist. Problematisch ist auch, dass eine Besserstellung der Hausärzte zu weiteren innerärztlichen Verteilungskämpfen geführt hat. Ursache sind die fehlenden, aber notwendigen Anreize für den Ausbau alternativer Versorgungsformen. Daher müssen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die neue Formen der Versorgung durch Kooperation und Vernetzung fördern.

Heute lässt der überregulierte Vertragsbereich kaum Möglichkeiten zu, dass Kassen und deren Verbände und Leistungserbringer differenzierte Vertragsvereinbarungen miteinander treffen. Es ist notwendig, moderne und flexible Steuerungsinstrumente in der ambulanten ärztlichen Versorgung einzuführen. Um medizinische und wirtschaftliche Gestaltungsziele zu verfolgen und eine qualitativ hochwertige und kostengünstige Leistungserbringung zu gewährleisten, müssen Kassen und deren Verbände und Leistungserbringer die Möglichkeit erhalten, Versorgungs- und Vergütungsformen flexibler zu vereinbaren. In dem Rahmen, wie mehr Vertragsfreiheit geschaffen wird, ist die heutige Verpflichtung zum gemeinsamen und einheitlichen Vorgehen der gemeinsamen Selbstverwaltung und der Kassen aufzuheben. Einheitlicher administrativer Vorgaben bedarf es an diesen Stellen dann nicht mehr.

In einem neu geschaffenen Vertragswettbewerb muss der Kontrahierungszwang der Krankenkassen gelockert werden. Die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung darf dann nicht mehr mit dem Recht gleichgesetzt werden, unabhängig vom tatsächlichen Bedarf und ohne zeitliche oder sonstige Begrenzung Leistungen für die gesetzliche Krankenversicherung zu erbringen. Damit einher geht, dass die Notwendigkeit zur Bedarfsplanung entfällt. Gleichzeitig müssen die Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen neu definiert werden.

Versorgungsqualität braucht Versorgungskompetenz

Unter den Bedingungen des Vertragswettbewerbs ist eine adäquate Versorgung sicher zu stellen, sind Mindestanforderungen an die Qualität und die Transparenz der erbrachten Leistungen festzulegen. So sind zur Sicherung eines einheitlich hohen Standards der diagnostischen und therapeutischen Behandlung nach "state of the art" verstärkt evidenzbasierte Leitlinien zu implementieren. Qualitätssichernde Instrumente, wie das Health Technology Assessment-Verfahren (HTA), sind verstärkt einzusetzen, um sowohl die Kosten als auch den Nutzen der medizinischen und medizintechnischen Leistungen zu bewerten und Scheininnovationen zu erkennen. Außerdem sind Qualitätszirkel, wirksame Anreize in der Versorgung sowie qualifizierte Aus-, Fort- und Weiterbildung notwendig, um Diagnostik und Therapie zu verbessern.

Zur Sicherung einer hohen Versorgungsqualität und -kompetenz kommt der Aus-, Fort- und Weiterbildung ambulant tätiger Ärzte eine besondere Bedeutung zu. Forderungen der Spitzenverbände der Krankenkassen sind daher:

- ◆ verpflichtende Fortbildungsmaßnahmen und Rezertifizierungsverfahren der Facharztberechtigung im Rahmen einer periodischen Überprüfung,
- ◆ praxisorientierte Weiterbildung für Haus- und Fachärzte,
- ◆ Integration interdisziplinärer und vernetzter Arbeitsmethoden in die ärztliche Ausbildung zur Förderung neuer Versorgungsformen mit integrativen Ansätzen über mehrere Sektoren hinweg,
- ◆ Förderung der Patientenautonomie und -mitentscheidung durch gezielte Ausbildungsmodule in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung, in denen Ärzte das Know-how zur umfassenden Patienteninformation und -anleitung vermittelt bekommen.

Vertragszahnärztliche Versorgung

In der vertragszahnärztlichen Versorgung sind der Leistungskatalog und das Vergütungssystem zu reformieren. Die heutigen Leistungen und Leistungsbeschreibungen sind daraufhin zu prüfen, ob sie zu einer ursachengerechten, zahnschonenden und präventionsorientierten Versorgung beitragen. Leistungen und Leistungsbeschreibungen, die diesem Ziel nicht entsprechen, sind durch stärkere Leistungsdifferenzierung, Zusam-

menfassung zu Leistungskomplexen oder andere Überarbeitungen zu modifizieren bzw. zu streichen. Geprüft werden muss auch, ob Leistungen, die für die ursachengerechte, zahnschutzschonende und präventionsorientierte Versorgung erforderlich sind, dem Vergütungssystem hinzuzufügen sind. Ziel der Neuorientierung ist es nicht, einen zusätzlichen Leistungs- und Mittelbedarf zu begründen. Durch den Abbau von Fehlsteuerung und Überversorgung kann und muss eine verbesserte Verteilung der vorhandenen Mittel erreicht werden.

Zur Verbesserung und Sicherung der Qualität der vertragszahnärztlichen Versorgung sind folgende Maßnahmen zu ergreifen:

- ◆ die Einführung von evidenzbasierten Leitlinien durch ein unabhängiges Sachverständigen-gremium,
- ◆ die verbesserte Dokumentation und Überprüfbarkeit der Leistungen (z.B. Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK), verbesserte Kompetenzen),
- ◆ die Neufassung der Approbationsordnung in Richtung auf mehr Prävention und Zahnerhaltung,
- ◆ die Möglichkeit selektiver Verträge durch verbesserte Qualität (Zertifizierung - Umbau der Vergütung).

Darüber hinaus muss die zahnmedizinische Prophylaxe durch den Ausbau der Gruppenprophylaxe unter verpflichtender Mitwirkung der Zahnärzte und des öffentlichen Gesundheitsdienstes weiterentwickelt werden. Ebenso erforderlich ist die Vernetzung der Gruppenprophylaxe mit der Individualprophylaxe, insbesondere für Kinder mit hohem Kariesrisiko.

3.4 Weiterentwicklung der stationären Versorgung

Mit der Einführung eines neuen Vergütungssystems im Krankenhaus werden sich auch die Rahmenbedingungen für die stationäre Versorgung grundlegend verändern. Aufgrund der Tragweite dieses Vorhabens kommt es entscheidend darauf an, dass das neue Vergütungssystem möglichst zielgenau ausgestaltet wird. Der Erfolg des deutschen DRG-Systems (DRG = Diagnosis Related Groups) wird daran zu messen sein, inwieweit das zentrale Ziel, nämlich durch eine Steigerung von Effektivität und Effizienz sowie durch

mehr Transparenz die Versorgung im Krankenhaus zu verbessern und gleichzeitig die Leistungsausgaben im stationären Sektor insgesamt zu senken, tatsächlich erreicht werden kann.

Die bloße Einführung eines neuen Vergütungssystems reicht dazu allerdings nicht aus. Vielmehr kann das Fallpauschalensystem nur dann seine volle beabsichtigte Wirkung entfalten, wenn auch der ordnungspolitische Rahmen entsprechend angepasst wird. Dazu besteht aus Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen folgender Reformbedarf:

Krankenhausplanung

Die Spitzenverbände der Krankenkassen fordern, dass künftig die Krankenhausplanung der Länder nur noch in Form einer Rahmenplanung und im Einvernehmen mit den Verbänden der Krankenkassen vorgenommen wird. Die einzelnen Rahmenpläne in den Ländern müssen auf der Grundlage von Rahmenvorgaben erfolgen, die auf Bundesebene erarbeitet werden. Damit bleibt die Verantwortung der Länder für die Abdeckung des Gesamtbedarfs bestehen, wohingegen Entscheidungen über Standorte, Kapazitäten oder Ausstattungen nicht mehr dem Letztentscheidungsrecht der Länder unterliegen.

Investitionsfinanzierung

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen halten die ursprünglich im Gesetzentwurf zur GKV-Gesundheitsreform 2000 vorgesehene Regelung, die Krankenhausfinanzierung auf die monistische Finanzierung umzustellen, im Grundsatz für zweckmäßig. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass durch die Einführung des DRG-Systems verstärkt wettbewerbliche Strukturen und Anreize geschaffen werden, die mit der heutigen Einzelfallförderung nicht vereinbar sind. Die Investitionsfinanzierung kann aber erst dann vollständig auf die Krankenkassen übergehen, wenn für eine ausreichende Kompensation der zusätzlichen Belastung der Krankenkassen durch die Länder gesorgt ist. Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen deshalb die Übernahme der Krankenhausinvestitionen so lange ab, bis sowohl die maßgebliche Beteiligung der Krankenkassen an der Kapazitätssteuerung als auch die Beitragssatzneutralität bei Übernahme der Investitionskosten durch die Krankenkassen sichergestellt sind.

Kontrahierungszwang

Für einen funktionsfähigen Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit der stationären Versorgung ist der Kontrahierungszwang für die Krankenkassen kontraproduktiv. Deshalb ist ein unbedingtes Kündigungsrecht der Krankenkassen für unwirtschaftlich arbeitende oder nicht bedarfsgerechte Krankenhäuser einzuführen. Spätestens aber im Zuge der DRG-Einführung muss der Kontrahierungszwang abgeschafft werden. Dies setzt wiederum die Abkehr von steuerfinanzierten Kapazitäten und der Bindung an die Standortentscheidungen der Länder voraus. Anstelle des Kontrahierungszwanges muss die Zulassung eines Krankenhauses zur Behandlung GKV-Versicherter vielmehr ausschließlich über den Abschluss von Versorgungsverträgen mit den (Landes-) Verbänden der Krankenkassen erfolgen. Die (Landes-) Verbände müssen dabei frei unter den Krankenhäusern auswählen können.

Ambulante Leistungserbringung

Die Spitzenverbände der Krankenkassen begrüßen eine stärkere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung und sehen in einer Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung einen wichtigen Schritt zur Überwindung sektoraler Grenzen. Diese Öffnung sollte sich in einem ersten Schritt auf die ambulante hochspezialisierte Versorgung beschränken. Weitere Öffnungsschritte hängen von der Implementierung des Vertragswettbewerbs ab. Der Aufbau von Kapazitäten zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus muss aber bei der Kapazitätssteuerung im niedergelassenen Bereich entsprechend Berücksichtigung finden. Eine stärkere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung kann unter anderem durch die Integration vertragsärztlicher Betriebseinheiten im Krankenhaus erfolgen.

3.5 Weiterentwicklung der Arzneimittelversorgung

Anhaltende Qualitätsmängel der Arzneimittelversorgung bei seit Jahren überproportional steigenden Ausgaben unterstreichen den Reformbedarf in diesem Bereich. Durch das Instrument der Festbeträge, das zum 1. Juli 2001 einen Umsatzanteil von rund 46,5 Prozent des GKV-Verordnungsmarktes erfasste, wird im Sektor der überwiegend nicht patentgeschützten Medikamente Preiswettbewerb bewirkt. Allerdings wird die Wirkung der Festbetragsregelung seit einigen Jahren insbesondere durch verfassungs- und kartell-

rechtliche Klagen erheblich beeinträchtigt. Insgesamt mangelt es an einem Ordnungsrahmen, der die Akteure konsequent nach mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung streben lässt. Vor allem fehlen den Krankenkassen im Unterschied zu anderen Leistungsbereichen jegliche Rechte als direkter Vertragspartner der Anbieter von Arzneimitteln, während in anderen Ländern neben staatlichen Preiskontrollen solche Handlungsspielräume bestehen. Im Interesse einer wirtschaftlicheren und zugleich qualitativ verbesserten Arzneimittelversorgung ihrer Versicherten halten die Krankenkassen nachfolgende Reformen für vordringlich:

Rechte der gemeinsamen Selbstverwaltung stärken

In den Organen der gemeinsamen Selbstverwaltung, im Koordinierungsausschuss und in den Bundesausschüssen übernehmen die Vertreter der Spitzenorganisationen der Leistungserbringer und der Krankenkassen Aufgaben, die der Gesetzgeber weder staatlichen Instanzen direkt noch den einzelnen Akteuren des Gesundheitswesens überantworten will. Diese gemeinsame Selbstverwaltung hat sich als intermediäre Steuerungsinstanz im deutschen Gesundheitswesen im Grundsatz bewährt. Dies gilt insbesondere für die Konkretisierung gesetzlicher Vorschriften zum Leistungsumfang des solidarischen Krankenversicherungsschutzes und hinsichtlich der Anforderungen an Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungserbringung. Um die Handlungsfähigkeit der gemeinsamen Selbstverwaltung zu erhöhen, bedürfen jedoch die rechtlichen Rahmenbedingungen einer weiteren Optimierung. Soweit Spitzenorganisationen der Leistungserbringer und der Krankenkassen im Auftrag des Gesetzgebers und im Interesse der sozialen Daseinsvorsorge daher gesetzliche (Rahmen-)Vorgaben mit Konsequenzen für Dritte konkretisieren sollen, ist es unverzichtbar, den Handlungsrahmen für die Selbstverwaltung rechtssicher auszugestalten. Staatliche Lösungen sind keinesfalls die bessere Variante, u.a. auch deshalb, weil diese die beteiligten Akteure aus der Verantwortung für die Gestaltung des Gesundheitswesens entlassen.

Regeln für die Definition der Leistungen präzisieren

Im Interesse einer möglichst wirksamen und wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung der Versicherten sind die Regeln zur Konkretisierung entsprechender Leistungsansprüche zu vereinheitlichen und zu präzisieren. Die nationalen und europäischen Zulassungsvoraussetzungen "Qualität, Unbedenklichkeit und Wirksamkeit" stellen eine notwendige, jedoch

nicht in jedem Fall hinreichende Bedingung für die Verordnungsfähigkeit zu Lasten der solidarischen Krankenversicherung dar. Zusätzlich ist der "Nachweis des therapeutischen Nutzens" und - soweit therapeutische Alternativen bestehen - eine vergleichende Kosten-Nutzen-Abwägung in die Vorgaben des Gesetzgebers bzw. die Entscheidungen der Selbstverwaltung mit einzubeziehen. Angesichts der Europäisierung des Arzneimittelmarktes ist anzustreben, auch in Deutschland eine unabhängige Institution mit der Bewertung des therapeutischen Nutzens nach dem international anerkannten medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu beauftragen. In einem zweiten Schritt sollte die für die Festlegung der Festbeträge zuständige Stelle eine praxisbezogene pharmaökonomische Bewertung des Mehrnutzens gegenüber bislang verfügbaren Arzneimitteln vornehmen und bei der Bestimmung der Erstattungsbeträge zugrunde legen.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen fordern die zeitnahe Verabschiedung der Positivliste als Beitrag zu einer breiten, wirksamen Qualitätsverbesserung in der Arzneimittelversorgung. Über die bereits im Gesetz vorgesehenen Kriterien hinaus sollte die Positivliste indikationsbezogene Differenzierungen berücksichtigen und auch bei Arzneimitteln der besonderen Therapierichtungen die wissenschaftlichen Kriterien einer evidenzbasierten Beurteilung zugrundelegen. Darüber hinaus ist insbesondere durch die Integration von Arzneimitteln in evidenzbasierten und leitliniengestützten Behandlungsstrategien die Qualität der Versorgung entscheidend fortzuentwickeln.

Soweit grundsätzliche Kriterien und eine indikationsbezogene Differenzierung der Positivliste Regelungslücken offen lassen, sind diese durch eine Negativliste zu schließen. So sind insbesondere Arzneimittel mit Lifestyle- und Wellness-Indikationen nicht von der Solidargemeinschaft zu finanzieren.

Festbeträge und andere Anreize zur Preissteuerung einsetzen

Festbeträge wirken als Erstattungsobergrenzen, die für alle Krankenkassen einheitlich nach gesetzlich vorgegebenen Kriterien definiert werden. Sie lösen auf diese Weise im Segment der überwiegend nicht patentgeschützten Arzneimittel einen funktionierenden Preiswettbewerb der Hersteller aus. Gerade aufgrund seiner Kompatibilität mit marktwirtschaftlichen Mechanismen wurde das Festbetragsmodell inzwischen von mehreren EU-Mitgliedstaaten übernommen. Der festbetragsinduzierte Preiswettbewerb sollte jedoch konsequenterweise alle Arzneimittel erfassen, für die wirkstoffgleiche oder therapeutisch

vergleichbare Produkte am Markt verfügbar sind. Der Patentschutz sollte ausschließlich als Anreiz für echte therapeutische Neuentwicklungen dienen, imitatorische Innovationen (sogenannte "me too"-Produkte auf der Basis von Molekülvariationen ohne therapeutischen Zusatznutzen gegenüber am Markt bereits verfügbaren Produkten) sollten - wie bis 1996 - wieder der Festbetragsregelung unterworfen werden. Das Instrument als solches ist mit entsprechender Rechtssicherheit erneut in die Hand der Selbstverwaltung zu geben.

Für Segmente mit Defiziten der Arzneimittelversorgung (z.B. so genannte "orphan drugs" für seltene Krankheiten) könnten gesundheitspolitisch begründete Innovationsanreize durch Steuererleichterungen gesetzt werden.

Auf der Groß- und Einzelhandelsstufe sind wettbewerbliche Handlungsspielräume für die Beteiligten zu öffnen, um Effizienzpotenziale in der Arzneimitteldistribution für die Versicherten und ihre Krankenkassen zu erschließen. Soweit die Kriterien der Verkehrs- und Verordnungsfähigkeit erfüllt sind, sind verfügbare Importe aus Ländern mit niedrigerem Preisniveau zu nutzen. Soweit alle Qualifikations- und Sicherheitsanforderungen zum Schutze des Patienten gewährleistet sind, ist der Markt für Versandapotheken zu öffnen und ergänzend das Fremd- und Mehrbesitzverbot für Apotheken aufzuheben. Des Weiteren sind Krankenhausapotheken zumindest im Rahmen ambulanter Versorgungsaktivitäten des jeweiligen Krankenhauses zur Versorgung zuzulassen. Für Arzneimittel, die direkt in der Praxis der niedergelassenen Ärzte angewandt werden, sollte auch der Direktvertrieb vom Hersteller zum Arzt erlaubt werden. Bezogen auf eine solchermaßen wettbewerblich ausdifferenzierte Arzneimitteldistribution sollten die Krankenkassen oder deren Verbände - im Rahmen einer flexibilisierten Preisbildung - das Recht zu Verträgen mit den verschiedenen Anbietern erhalten.

Ziel ist es, einen Preiswettbewerb im gesundheitspolitisch sinnvollen Rahmen zu initiieren. Daher sollte für nicht-verschreibungspflichtige Medikamente die sogenannte Preisbindung der zweiten Hand aufgehoben werden. Desweiteren ist zu prüfen, ob mittels einer Drehung der Arzneimittelpreisverordnung, d.h. Senkung der Zuschläge im Hochpreissegment und Anhebung der Zuschläge im Niedrigpreissegment, oder mit einem Mischsystem mit Fest- und prozentualen Zuschlägen eine leistungsorientierte Preisgestaltung auf den Stufen Großhandel und Apotheke Einzug halten kann.

Unter Verweis auf die mehrheitliche Praxis in anderen europäischen Ländern und die steuerliche Benachteiligung von Arzneimitteln im Vergleich zu weniger lebensnotwendigen Produkten (z.B. Büchern und Zeitungen) fordern die Spitzenverbände der Krankenkassen außerdem die Senkung des Mehrwertsteuersatzes für Medikamente.

Zuzahlung neu ausrichten

Zuzahlungs- und Eigenbeteiligungsregelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung sind sozial verträglich auszugestalten und sollten den Versicherten Anreize bieten, möglichst wirtschaftliche Versorgungsalternativen in Anspruch zu nehmen. Bezogen auf die Zuzahlung bei Arzneimittelverordnungen sollte diese daher künftig jeweils prozentual am Preis des Mittels ausgerichtet werden, wobei die minimale und maximale Zuzahlung ebenfalls vom Gesetzgeber vorgegeben werden sollte.

Rationale Arzneimitteltherapie fördern

Entscheidend für den qualitativen und wirtschaftlichen Einsatz von Arzneimitteln ist die pharmakologische Kompetenz des Arztes. Diese ist durch Verbesserungen in der ärztlichen Ausbildung, durch die Pflicht zu kontinuierlicher und industrie-unabhängiger Fortbildung sowie durch die Pflicht zur Beachtung evidenzbasierter Leitlinien zu gewährleisten. Die Verordnung hochspezifischer Arzneimittel muss an entsprechende Qualifikationsnachweise bzw. gebietsärztliche Qualifikationen gekoppelt werden. Solche indikationsspezifischen Verordnungsempfehlungen sind in Arzneimittelrichtlinien der gemeinsamen Selbstverwaltung festzulegen und fortlaufend zu aktualisieren. Dies sind maßgebliche Voraussetzungen dafür, dass die Vertragsärzte ihre Patienten compliance-fördernd informieren und beraten.

Im Interesse einer zielgerichteten Verordnungspraxis sind den Verbänden der Leistungserbringer wie der Krankenkassen erweiterte Beratungsrechte einzuräumen, um die Ärzte fortlaufend über Produkte, Preise und wirtschaftliche Alternativen informieren zu können. Voraussetzung einer gezielten Information und Beratung der Ärzte ist darüber hinaus eine umfassende Dokumentation des Verordnungsgeschehens - unter Beachtung des Datenschutzes ist die notwendige Transparenz durch die Einführung des elektronischen Rezeptes perspektivisch in Verbindung mit einer elektronischen Patientenakte herzustellen.

3.6 Weiterentwicklung der Heil- und Hilfsmittelversorgung

Hilfsmittel

Kaum ein anderer Leistungsbereich des Gesundheitswesens ist so heterogen und dynamisch geprägt wie das Gebiet der Hilfsmittelversorgung. Für die Versicherten steht ein immenses Leistungsspektrum an therapeutischen Produkten zur Verfügung, von denen bisher ca. 15.000 im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind. Damit ist - bezogen auf die jeweilige Einzelsituation - eine angemessene Versorgung angebotsseitig gesichert. Problematisch ist die richtige Auswahl des Hilfsmittels unter therapeutischen, medizinisch-technischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Derzeit ist ein Trend zu immer aufwändigerer und damit im zunehmenden Maß unwirtschaftlicher Versorgung festzustellen.

Gesetzliche Definition des Hilfsmittelbegriffs

Nach geltendem Recht haben Versicherte Anspruch auf die Versorgung mit Hilfsmitteln, ohne dass im Gesetz der Hilfsmittelbegriff ausreichend bestimmt ist. Von der Zielsetzung her dienen Hilfsmittel dazu, den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, eine Behinderung auszugleichen oder einer drohenden Behinderung vorzubeugen. Sind die Hilfsmittel als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen, ist der Anspruch ausgeschlossen. Obwohl viele Produkte auch einen Gebrauchsgegenstandsanteil haben, wurden sie - vor allen Dingen aufgrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) - vielfach in Gänze zu Hilfsmitteln deklariert und fallen somit in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung. Um eine Überforderung der Solidargemeinschaft zu verhindern, ist der Hilfsmittelbegriff gesetzlich klar zu definieren. Die Abgrenzung zwischen Hilfsmitteln und Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens ist im Gesetz exakt vorzunehmen.

Weiterentwicklung des Hilfsmittelverzeichnisses im Sinne einer Positivliste

Es ist gesetzlich nicht klar geregelt, dass sich der Versorgungsanspruch der Versicherten nur auf die Hilfsmittel beschränkt, die im Hilfsmittelverzeichnis positiv gelistet sind. Zur Erhöhung von Qualität, Transparenz und Wirtschaftlichkeit der Versorgung ist das Hilfsmittelverzeichnis im Sinne einer Positivliste weiterzuentwickeln. Dazu ist es notwendig, den Anspruch der Versicherten auf solche Hilfsmittel zu beschränken, die im Hilfsmittel-

verzeichnis enthalten sind. Es müssen die gesetzlichen Voraussetzungen geschaffen werden, damit dem Verzeichnis eine rechtliche Bindungswirkung zukommt. Bei der Entscheidung, ob ein Produkt in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen wird, ist das Wirtschaftlichkeitsgebot als weiteres Kriterium hinzuzuziehen. Für serienmäßig - und in der Regel durch eine Vielzahl unterschiedlicher Hersteller - erzeugte Produkte ist nur eine begrenzte Anzahl der wirtschaftlichsten Produkte aufzunehmen. D.h. wählt der Versicherte ein teures Hilfsmittel, obwohl ein qualitativ gleichwertiges preisgünstiges Produkt zur Verfügung steht, müsste er die Mehrkosten selbst tragen. Ferner ist produkt- und indikationsbezogen der Bedarf im Einzelfall konkret zu definieren und festzulegen, wann jeweils eine Folgeversorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziert wird.

Die in den Zulassungsvorschriften verankerten Qualitätskriterien für Leistungserbringer sind in diesem Zuge in das Hilfsmittelverzeichnis zu übernehmen. Damit würde die Qualität der Produkte gesichert und die Anforderungen an die Leistungserbringer - auch hinsichtlich ihrer qualitativen Voraussetzungen - definiert. Bei den einzelnen Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses könnte dann dezidiert festgelegt werden, welche Voraussetzungen die Leistungserbringer zu erfüllen haben, um die entsprechenden Hilfsmittelversorgungen vornehmen zu können.

Ärztliche Fortbildung

Die große Zahl unspezifischer ärztlicher Verordnungen verdeutlicht die mangelnde Verordnungssicherheit der Ärzte im komplexen Hilfsmittelbereich. Dies kann zu Fehl-, Unter- und Überversorgungen führen. Der verordnende Arzt muss daher umfassender bezüglich der zur Verfügung stehenden Hilfsmittel qualifiziert werden. Die Verordnung von komplexen, individuellen Hilfsmitteln ist durch entsprechend qualifizierte Ärzte vorzunehmen (z.B. im Bereich der Orthesen und Prothesen).

Interdisziplinäre Dokumentationspflicht

Die Leistungserbringer haben unter Beachtung der ärztlichen Verordnung bzw. der Indikation eine wirtschaftliche Versorgung zu sichern. Einkommensinteressen konfliktieren jedoch häufig mit dem Gebot der wirtschaftlichen Versorgung. Auch der fehlende Informationsaustausch zwischen verordnendem Arzt und Leistungserbringer beeinträchtigt die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Daher ist bei individuellen und komplexen

Hilfsmittelversorgungen eine interdisziplinäre Dokumentationspflicht erforderlich. In einem Erhebungsbogen sollten unter anderem die Gründe für die Auswahl des abgegebenen Produktes nachvollziehbar dargelegt werden. Damit eine indikationsgerechte Versorgung erfolgen und die geeignete Technik ausgewählt werden kann, sollte die Beurteilung sowohl vom Arzt als auch vom Leistungserbringer durchgeführt werden. Auf diese Weise können Fehlversorgungen reduziert sowie Art und Ausmaß der Versorgung für die Krankenkassen transparent gemacht werden.

Kapazitätssteuerung

Eine Kapazitätssteuerung auf Seiten der Leistungserbringer ist derzeit nicht möglich, da jeder Hilfsmittel-Leistungserbringer zuzulassen ist, der die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt. Eine Beschränkung auf vertragliche Bindungen mit einer am Bedarf orientierten Zahl von Leistungserbringern ist auf Grund des bestehenden Kontrahierungszwangs nicht möglich. Darüber hinaus kann nach der heutigen Rechtslage der Versicherte einen zugelassenen Leistungserbringer aufsuchen, mit dem keine vertraglichen Vereinbarungen bestehen. Der dann möglicherweise zu zahlende Preis ist vielfach höher als der Vertragspreis und dennoch von den Krankenkassen zu bezahlen. Die Beziehungen zu den Hilfsmittel-Leistungserbringern müssen daher rechtlich anders geregelt werden. Den Krankenkassen oder ihren Verbänden sollte für industriell in Serie gefertigte Produkte die Möglichkeit eingeräumt werden, ihren Bedarf an Sachleistungen im Wege von Ausschreibungen zu decken, ohne dass daraus die Verpflichtung entsteht, mit allen Leistungserbringern zu denselben Preisen Verträge abzuschließen. In diesem Zusammenhang sollte auch gesetzlich festgelegt werden, dass die Versicherten nur Anspruch auf die Versorgung mit Hilfsmitteln haben, wenn sie einen Leistungserbringer aufsuchen, mit dem die Krankenkasse einen Vertrag geschlossen hat. Alternativ müsste zumindest der Anspruch der Versicherten auf den niedrigsten Vertragspreis beschränkt werden.

Für industriell gefertigte Standardprodukte der Hilfsmittelversorgung sind alternative Versorgungsformen, insbesondere über den Versand, in weitere Reformüberlegungen einzubeziehen.

Heilmittel

Die derzeitige Versorgung mit Heilmitteln ist durch Fehlversorgungen (verursacht durch den Einsatz nicht bedarfsgerechter Heilmittel bezogen auf die Indikation) und Überversorgungen (nicht indizierter Einsatz von Heilmitteln bei bestimmten Krankheitsbildern bzw. nicht mehr indizierter Einsatz von Heilmitteln) gekennzeichnet. Dem gilt es entgegenzuwirken. Die in den Heilmittel-Richtlinien vorgesehenen Regelungen z.B. zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen verordnendem Arzt und Heilmittelerbringer sind ein erster Schritt in die richtige Richtung. Die Spitzenverbände der Krankenkassen sehen darüber hinaus die Notwendigkeit, die Qualität der Heilmittelversorgung zu verbessern und gleichzeitig die überproportionale Ausgabenentwicklung für Heilmittel in den letzten Jahren zu begrenzen.

Weiterentwicklung des Heilmittelverzeichnisses im Sinne einer Positivliste

Nach geltendem Recht haben Versicherte Anspruch auf die Versorgung mit Heilmitteln, wobei Ärzte nur Heilmittel verordnen dürfen, wenn der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen zuvor deren therapeutischen Nutzen anerkannt und in den entsprechenden Richtlinien Empfehlungen für die Sicherung der Qualität bei der Leistungserbringung abgegeben hat. Die Zulassung als Heilmittel-Leistungserbringer setzt derzeit den erfolgreichen Abschluss einer Berufsausbildung voraus. Auf der Basis der gesetzlichen Vorgaben wurden von den Spitzenverbänden der Krankenkassen Zulassungsempfehlungen erarbeitet, die - mit zusätzlichen Weiterbildungsanforderungen für spezifische Krankheitsbilder - eine qualitativ hochwertige Versorgung durch die Heilmittelerbringer sicherstellen.

Die Heilmittel-Richtlinien und die Zulassungsempfehlungen für Leistungserbringer sind unzureichend miteinander verknüpft. So obliegt die Zulassung von Leistungserbringern den Landesorganisationen der Krankenkassen. Die vorgegebenen Zulassungsempfehlungen werden häufig unterschiedlich interpretiert, so dass eine einheitliche Zulassungspraxis nicht gewährleistet ist. Dadurch ist die Qualität der Dienstleistungen gefährdet. Es bedarf daher einer gesetzlichen Klarstellung, nach der die Spitzenverbände der Krankenkassen in Zusammenarbeit mit den Beteiligten ein rechtlich bindendes und bundesweit einheitlich anzuwendendes Heilmittelverzeichnis im Sinne einer Positivliste zu erstellen haben. Darin wäre zu den einzelnen Heilmittelarten festzulegen, unter welchen

personellen und sächlichen Voraussetzungen der einzelne Heilmittelerbringer die Leistungen erbringen darf.

Ärztliche Fortbildung

Die qualifizierte ärztliche Heilmittelverordnung ist nicht sichergestellt, weil Vertragsärzte häufig nicht über genaue Kenntnisse hinsichtlich der Wirkungsweise der einzelnen Heilmittel bzw. deren sinnvolle Kombination verfügen. Die Selbstabgabe von Heilmitteln in Arztpraxen beschränkt sich im physikalischen Bereich zunehmend auf Heilmittelleistungen, die mittels Gerät abgegeben werden und keinen Therapeuteneinsatz erfordern (insbesondere Elektrotherapie). Hier kann es für den Arzt zu Interessenkonflikten (Auslastung eigener Geräte versus Verordnung der erforderlichen Heilmittel) zum Nachteil der Versicherten und zu Lasten der GKV kommen. Um die Qualität der Heilmittelversorgung zu verbessern, ist es erforderlich, Ärzte bezüglich der Heilmittel und ihrer Wirkungen besser zu qualifizieren. Die Verordnung von Heilmitteln bei speziellen Indikationen muss durch entsprechend qualifizierte Ärzte erfolgen (z.B. im Bereich der Logopädie).

Kapazitätssteuerung

Nach derzeitigem Recht können die Heilmittelerbringer den Ort ihrer Niederlassung bundesweit selbst bestimmen. Dies führt zu einer unterschiedlichen Niederlassungsdichte. Neben überversorgten Ballungszentren sind unterversorgte ländliche Gebiete zu verzeichnen. Insbesondere im Bereich der Sprach- und Ergotherapie stellt dies ein Problem dar. Es ist erforderlich, auf die bedarfsgerechte Versorgung mit Heilmitteln hinzuwirken. Durch Ausschreibungen der Krankenkassen oder ihrer Verbände könnte erreicht werden, die Leistungserbringer bedarfsorientiert in bestimmten Regionen einzusetzen. Außerdem könnten über ein Ausschreibungsmodell die preisgünstigsten Anbieter ermittelt werden, mit denen dann Verträge geschlossen werden, ohne dass daraus die Verpflichtung entsteht, mit allen Heilmittelerbringern zu denselben Preisen ebenfalls vertragliche Regelungen abzuschließen.

3.7 Stärkung der Prävention

Der demographische Wandel und der dadurch bedingte voraussichtliche Zusatzversorgungsbedarf in der Kuration, Rehabilitation und Pflege ist eine der großen Herausforde-

rungen für das Gesundheitssystem in den kommenden Jahrzehnten. Unstrittig ist, dass die Umsetzung effizienter und effektiver Präventionsmaßnahmen das Auftreten gesundheitlicher Schädigungen verhindern, weniger wahrscheinlich machen oder verzögern kann. Neben dem damit verbundenen Mehr an Lebensqualität für den Einzelnen stellt die Prävention damit auch einen wesentlichen Beitrag zur Erhöhung der Produktivität der Gesellschaft dar. Nach Expertenmeinung ließen sich in Deutschland durch wirksame Prävention erhebliche Anteile der heutigen Gesundheitsausgaben vermeiden. Insofern leistet Prävention auch einen Beitrag zu einer wirtschaftlicheren gesundheitlichen Versorgung. Zudem ist der Ausbau der Prävention aus Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen ein wirksames Instrument zur Stärkung der Eigenverantwortlichkeit der Versicherten, das mit dem Solidarprinzip der GKV vereinbar ist.

Ansatzpunkte für Prävention bestehen im individuellen Risikoverhalten sowie in gesundheitsbelastenden Bedingungen in der Lebens- und Arbeitswelt. Die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebens- und Arbeitsbedingungen ist eine gesamtgesellschaftliche Querschnittsaufgabe, die von einer Vielzahl von Akteuren innerhalb und außerhalb des etablierten Gesundheitssystems, z.B. Öffentliche Hand auf Bundes-, Länder- und Gemeindeebene, Sozialversicherungsträger, Leistungserbringer, Arbeitgeber, zu leisten ist. Die GKV leistet im Rahmen ihrer gesetzlichen Möglichkeiten ihren Beitrag zu einer zielgruppenorientierten und qualitätsgesicherten Prävention.

Bisher hat die Prävention in der Gesellschaft nur einen untergeordneten Stellenwert. Das Gesundheitswesen beispielsweise funktioniert überwiegend als "Reparaturbetrieb" für bereits eingetretene Erkrankungen. Ferner werden die Präventionsmaßnahmen unter der Vielzahl der verschiedenen Träger und Verantwortlichen unzureichend koordiniert. Notwendig ist daher eine umfassende Stärkung der Prävention, die sowohl auf eine bessere Zielorientierung und Koordination sowie auf eine Verbreiterung der Maßnahmen abzielt.

Verständigung auf Präventionsziele

Zur Steigerung von Effizienz und Effektivität der Präventionsmaßnahmen sind die Anstrengungen der verschiedenen Akteure in der Prävention stärker auf gemeinsame Ziele auszurichten und zu koordinieren. In diesem Zusammenhang unterstützen die Spitzenverbände der Krankenkassen auch unter dem Aspekt der Prävention die Festlegung von prioritären, nationalen Gesundheitszielen, die in einem demokratischen und gesamtge-

sellschaftlichen Prozess zu definieren sind. Neben diesen sehen die Spitzenverbände der Krankenkassen weitere präventionsrelevante Interventionsfelder, wie z.B. in der Arbeitswelt oder bei spezifischen Zielgruppen. Auch hier sollte unter den verschiedenen Akteuren der Prävention eine Verständigung auf gemeinsame Ziele erfolgen.

Trägerübergreifende Verzahnung von Präventionsmaßnahmen

Um der übergreifenden Bedeutung der Prävention in allen Lebens- und Arbeitsbereichen stärker gerecht zu werden, ist das isolierte Vorgehen der verschiedenen Akteure zu vermeiden und ein Ineinandergreifen der Maßnahmen sicherzustellen. Hierzu sollte aus Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen auf der Grundlage einer vollständigen Bestandsaufnahme der verschiedenen rechtlichen Regelungen zur Prävention unter Wahrung der jeweiligen Kompetenzen der Akteure eine bessere Verzahnung der Maßnahmen erfolgen (z.B. durch Rahmenvereinbarungen, wie sie zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung zur Verhütung arbeitsbedingter Erkrankungen bereits bestehen). In diesem Kontext sind auch die Finanzierungsfragen eindeutig zu regeln. Zu definieren wäre neben den Zielen, den Aufgaben, den Akteuren und ihren jeweiligen Verantwortlichkeiten die Finanzierung, z.B. von gemeinschaftlichen Setting-Maßnahmen auf lokaler Ebene.

3.8 Weiterentwicklung der Rehabilitation

Mit dem seit Mitte 2001 geltenden SGB IX ist das Rehabilitationsrecht für alle Rehabilitationsträger weitgehend mit dem Ziel vereinheitlicht worden, die Transparenz des Rehabilitationsrechts zu erhöhen und die Rechte behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen zu stärken. Da die Umsetzung des SGB IX in die Praxis noch nicht vollständig vollzogen ist, ist derzeit noch nicht absehbar, inwieweit die beabsichtigten Wirkungen auch tatsächlich erreicht werden können.

Vermeidung von Verschiebepbahnhöfen

Eine besondere Problematik ist schon jetzt dadurch erkennbar, dass vor allem die Träger der Sozialhilfe versuchen, die Kosten der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen auf die gesetzliche Krankenversicherung abzuwälzen. Beispielhaft sind hier die Bereiche der

in der Zuständigkeit der Sozialhilfe liegenden heilpädagogischen Leistungen sowie die Verlagerung der Kosten für betreutes Wohnen behinderter Menschen zu nennen. Das Finanzrisiko für die gesetzliche Krankenversicherung beläuft sich auf mehrere Milliarden Euro. Um diese auch vom Gesetzgeber nicht gewollte Kostenverlagerung zu unterbinden, sind klarstellende Regelungen sowohl im SGB V als auch im SGB IX erforderlich.

Kontrahierungszwang

Um Qualität und Wirtschaftlichkeit im Bereich der Vorsorge und Rehabilitation zu sichern, ist der Kontrahierungszwang der Krankenkassen mit den Leistungsanbietern abzuschaffen.

Das neu geschaffene SGB IX verpflichtet die Rehabilitationsträger, gemeinsam die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationseinrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung zu stellen. Ziel ist dabei die Vermeidung von Mehrfachstrukturen und Überkapazitäten in der ambulanten und stationären Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung für einen zielgenauen Umgang mit den begrenzten Ressourcen der sozialen Sicherungssysteme unter Berücksichtigung der immer spezielleren Versorgungsbedürfnisse einer ständig steigenden Zahl chronisch kranker und behinderter Menschen.

Diesem Ansatz haben sich gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung z.B. durch die "Gemeinsame Erklärung zum bedarfsgerechten Ausbau der ambulanten medizinischen Rehabilitation" verpflichtet. Allerdings führt der Kontrahierungszwang dazu, dass die gesetzliche Krankenversicherung über die gemeinsamen bedarfsgerechten Angebote hinaus weitere Versorgungsangebote zur Leistungserbringung zulassen muss. Damit ist die Schaffung von unwirtschaftlichen Überkapazitäten vorprogrammiert.

Schaffung von Vertragsgrundlagen

Für die ambulante Rehabilitation fehlen bislang Vorschriften, die die Beziehungen zu den Leistungserbringern regeln. Dies führt immer wieder zu Rechtsunsicherheiten in der Vertragsgestaltung. Hier müssen dringend eigenständige Vertragsgrundlagen geschaffen werden. In diesem Zusammenhang muss auch klargestellt werden, dass die Leistungen der ambulanten Rehabilitation nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind.

4. Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Neubestimmung des Leistungskatalogs der Krankenkassen ist einer der Punkte, die im Zentrum der gesundheitspolitischen Kontroversen stehen. Speziell die fortschreitende Entwicklung im medizinischen, pharmakologischen und medizinisch-technischen Bereich stellt eine permanente Herausforderung für die Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens dar. Nach Auffassung der GKV-Spitzenverbände sind nicht der derzeitige Leistungskatalog und dessen juristische Ausgestaltung als allgemeine Rahmenrechte der Versicherten, sondern dessen Konkretisierung und sinnvolle Anwendung das zentrale Problem. Schon heute bestimmt das SGB V, dass die Versorgung der Versicherten ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein muss und das Maß des Notwendigen nicht übersteigen darf. Tatsächlich werden aber in nahezu allen Versorgungsbereichen Leistungen erbracht, die nicht medizinisch indiziert, sondern anbieterinduziert sind. Speziell die im internationalen Vergleich sehr hohe Anbieterdichte, das intransparente Angebot und die starke Zergliederung des deutschen Gesundheitswesens in voneinander abgeschottete Sektoren beeinflussen diese Entwicklung nachhaltig. Die gesundheitspolitische Aufgabe bei der Bestimmung des Leistungskatalogs besteht also darin, die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass Leistungen zielgenau, indikationsgerecht und kostenbewusst erbracht werden.

Die Krankenkassen müssen deshalb stärkeren Einfluss erhalten, Inhalte, Qualität, Kapazitäten, Mengen und Preise der Versorgung zu steuern. Leistungen, die medizinisch umstritten sind und/oder zu Mitnahmeeffekten führen, sind nach evidenzbasierten Kriterien auf ihre medizinische Notwendigkeit hin zu überprüfen. Die Institutionen der gemeinsamen Selbstverwaltung haben die fachliche Kompetenz, im Spannungsfeld der unterschiedlichen Interessen die notwendigen Bewertungen vorzunehmen. Sie müssen aber vom Gesetzgeber dazu Rechtssicherheit erhalten, ihre Beschlüsse auch durchzusetzen.

Im Rahmen der solidarischen Absicherung von Krankheitsrisiken ist eine umfassende, bedarfsgerechte und vollwertige medizinische Versorgung zu gewährleisten. Alle Versicherten und Patienten müssen unabhängig von ihrem Einkommen bedarfsgerechten Zugang zu dieser Versorgung haben. Die sozialpolitische Balance zwischen Solidarität, Subsidiarität und Eigenverantwortung muss gewahrt bleiben und darf nicht zu Lasten von Versicherten und Patienten verschoben werden.

Eine solche Lastenverschiebung ist allen derzeit diskutierten Optionen zur Eingrenzung, Ausgrenzung oder Aufspaltung von Leistungen gemeinsam, unabhängig davon, ob sie fiskalisch oder ordnungspolitisch motiviert sind. Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen eine Ausgrenzung von medizinisch notwendigen Leistungen ab. Auch eine Aufspaltung des Leistungskatalogs in Grund- und Wahlleistungen findet nicht die Zustimmung der gesetzlichen Krankenversicherung. Gegen die Einführung von Grund- und Wahlleistungen, die faktisch auch über Wahltarife und andere Gestaltungsformen der privaten Krankenversicherung erreicht werden können, spricht unter anderem, dass die meisten Erkrankungsrisiken weder für die Versicherten vorhersehbar noch für die Versicherer kalkulierbar sind. Auch ist zu erwarten, dass ein solches Konzept vor allem auf eine Ausweitung der finanziellen Spielräume der Leistungserbringer zielt und damit zu einer sinkenden Kosteneffektivität des Gesundheitssystems insgesamt beiträgt. Tendenziell begünstigt es den Entzug von Ressourcen zur solidarisch finanzierten bedarfsgerechten Versorgung. Schließlich gibt es Anreize zur Risikoselektion bei den Leistungserbringern und bei den Krankenkassen. Eine solche Risikoselektion widerspricht der Systematik und den Zielen der gesetzlichen Krankenversicherung und diskreditiert den Wettbewerb im Gesundheitswesen.

Individuelle Zusatzangebote rechtlich ermöglichen

Über so genannte "Zusatzangebote" ist allerdings eine gesundheitspolitische Debatte sinnvoll. In Ergänzung zum medizinisch notwendigen Leistungsrahmen sollten individuelle Zusatzangebote - z.B. Auslandskrankenversicherung, erhöhtes Krankengeld, Sterbegeld - rechtlich ermöglicht werden. Die gesetzlichen Krankenkassen könnten dann außerhalb der solidarischen Mittelaufbringung derartige Angebote vorhalten, was verbraucherpolitisch auch dem Wunsch nach Komplettschutz entspricht und die individuellen Wahlrechte stärken würde.

5. Solidarische Mittelaufbringung

Der soziale Auftrag der GKV besteht darin, vollen Versicherungsschutz im Krankheitsfall, paritätisch finanziert, unabhängig von der finanziellen Leistungsfähigkeit des einzelnen Versicherten zu gewährleisten. Er ist einerseits durch einen einheitlichen Leistungskatalog und die Leistungsgewährung nach medizinischem Bedarf, andererseits durch Finanzierungsregeln zu realisieren, die die solidarische Mittelaufbringung entsprechend der finanziellen Leistungsfähigkeit der Mitglieder und der gesetzlichen Zuweisung krankensicherungs-fremder Aufgaben gerecht organisieren. Die Abgabenbelastung der Versicherten und die Lohnzusatzkosten der Unternehmen dürfen dabei nicht aus dem Blickfeld geraten.

Im Sinne einer gerechten Finanzierung ist es unabdingbar, dass der Gesetzgeber Entlastungen anderer Sozialversicherungszweige bzw. Leistungsträger (Stichwort: Krankenhausinvestitionen der Länder) zu Lasten der GKV künftig unterlässt und für bisherige "Verschiebebahnhöfe" die Kompensation regelt.

Dies vorausgesetzt ist die Beitragsfinanzierung im Umlageverfahren aus Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen für die GKV nach wie vor zukunftsfähig. Die Stärke dieses Finanzierungsmodells liegt insbesondere darin, dass die GKV weniger als steuerfinanzierte staatliche Gesundheitssysteme von fiskalisch motivierten Budgetrestriktionen und Rationierung bedroht ist.

Unstrittig ist seit langem, dass krankensicherungs-fremde Leistungen - z.B. Empfängnisverhütung, künstliche Befruchtung und Mutterschaftsgeld - nicht von der Solidargemeinschaft zu finanzieren sind. Es handelt sich hierbei um gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die familien- und gesellschaftspolitisch begründet und konsequenterweise aus Steuermitteln zu finanzieren sind.

In der gesundheitspolitischen Diskussion werden diverse Reformoptionen insbesondere hinsichtlich des Kreises der Versicherungspflichtigen, hinsichtlich der Versicherungspflicht- und der Beitragsbemessungsgrenze zum Teil kontrovers erörtert. Alle Maßnahmen

zur Stabilisierung der GKV auf der Finanzierungsseite müssen sich aus Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen letztlich an drei Kriterien messen lassen:

- ◆ der Verteilungsgerechtigkeit als Konkretisierung des Solidarprinzips,
- ◆ der Einnahmewirksamkeit zur Deckung des bedarfsgerechten Leistungspaketes,
- ◆ der Praktikabilität zugunsten effizienter und manipulationsresistenter Administration der GKV.