

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

**Für eine leistungsstarke gesetzliche Krankenversicherung (GKV) –
Eckpunkte für die Gesundheitspolitik aus Sicht der GKV**

September 2005

Gesetzliche Krankenversicherung – Unverzichtbarer Baustein des Sozialstaates

Ziel der Gesundheitspolitik muss es sein, die Gesundheit der Bürger zu erhalten, zu fördern und im Krankheitsfall wieder herzustellen. Der Zugang zu den Möglichkeiten, gesund zu bleiben oder gesund zu werden, muss für jeden Bürger unabhängig von sozialer Stellung, finanzieller Situation und Wohnort gegeben sein. Dazu bedarf es eines umfassenden Systems gesundheitlicher Sicherung, das allen Bürgern wirksam und ohne Hindernisse zur Verfügung steht. Deutschland verfügt über ein im Grundsatz bewährtes, funktionsfähiges und international anerkanntes System der Gesundheitsversicherung.

Die gesetzliche Krankenversicherung als ältester Zweig der Sozialversicherung hat maßgeblichen und entscheidenden Anteil an der Entwicklung dieses leistungsfähigen Gesundheitssystems, in dem fast jeder zehnte Beschäftigte in Deutschland arbeitet. Sie gewährleistet mehr als 70 Millionen Versicherten bezahlbaren und umfassenden Schutz im Krankheitsfall. Von der Vorsorgeuntersuchung für Neugeborene bis zur Organtransplantation haben die Versicherten Zugang zu jeder **medizinisch notwendigen Versorgung**, die dem anerkannten Stand des medizinisch-technischen Fortschritts entspricht. Dabei garantiert die **solidarische Finanzierung**, dass jedes Mitglied nur im Rahmen seiner finanziellen Leistungsfähigkeit – vorwiegend gemessen am Arbeitseinkommen – belastet wird und zwar unabhängig von persönlichen Vorerkrankungen oder Gesundheitsrisiken, die in der privaten Krankenversicherung zu Beitragszuschlägen führen. Mit jährlichen Leistungsausgaben von über 130 Mrd. Euro trägt die GKV den größten Teil der gesamten Ausgaben im Gesundheitswesen und stellt damit einen erheblichen **Wirtschafts- und Wachstumsfaktor** der Volkswirtschaft dar. Auch arbeitsmarkt- und beschäftigungspolitisch ist die GKV ein Stabilitätsfaktor, da ein erheblicher Teil der Ausgaben in personalintensive und zukunftssträchtige Dienstleistungsbranchen des Gesundheitswesens fließt. Ziel der gesetzlichen Krankenkassen ist es daher, auch bei steigenden Gesundheitsausgaben ein hohes Leistungsniveau für die Versicherten weiterhin solidarisch zu finanzieren, ohne die Lohnzusatzkosten beschäftigungsfeindlich zu steigern.

Die **Strukturprinzipien** der gesetzlichen Krankenversicherung - Solidarität, Sachleistung, ehrenamtliche Selbstverwaltung, Wahlfreiheit der Versicherten und Pluralität - haben sich dabei in politischen und ökonomischen Krisensituationen und in Zeiten des wachsenden Wohlstandes bewährt. Eine Mittelaufbringung, die sich an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit orientiert und eine Leistungsgewährung, die sich ausschließ-

lich am gesundheitlichen Bedarf ausgerichtet, sind besondere Merkmale der deutschen Sozial- und Gesundheitspolitik, die große gesellschaftliche Akzeptanz genießen und nicht zur Disposition gestellt werden dürfen. Auch die auf den Grundsätzen der Subsidiarität und der ehrenamtlichen Selbstverwaltung aufbauenden unmittelbaren Mitwirkungsmöglichkeiten der Betroffenen an der Ausgestaltung der Gesundheitssicherung sind zukunftsweisendes Merkmal der deutschen Sozialordnung, das maßgeblich zum **sozialen Frieden** beiträgt und das es zu stärken gilt.

Sozialer Schutz schafft Vertrauen und Sicherheit, um den Herausforderungen moderner Gesellschaften zur Flexibilität und Risikobereitschaft 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 sowie eine Absicherung des Alterseinkommens. 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 und somit eine stabile gesetzliche Krankenversicherung.

Aktuelle und zukünftige Herausforderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung

Insbesondere mit Blick auf ökonomische, soziale, demographische, medizintechnische, versorgungspolitische und europäische Herausforderungen ist es unabdingbar, dass die zukunftsweisenden Strukturprinzipien gestärkt und die gesetzliche Krankenversicherung im Sinne eines evolutionären Prozesses im Interesse von Beitragszahlern und Patienten weiter entwickelt wird. Folgenden Herausforderungen müssen zukünftige Reformen wirksam begegnen:

- Die **gesamtwirtschaftliche Entwicklung** und die Arbeitsmarktlage haben direkten Einfluss auf die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung. Phasen schwacher Konjunktur wirken sich bereits kurzfristig in Form stagnierender Einnahmen oder Einnahmeausfälle aus. Die erodierende Einnahmehasis der GKV hat ebenso ihre Ursachen in den wiederholten "**Verschiebepbahnhöfen**" zu Lasten der GKV. Die Zunahme neuer Formen von Arbeitsverhältnissen wie befristete, geringfügige, zeitlich flexible und scheinselfständige Beschäftigungen haben Auswirkungen auf die Finanzierungsbasis der GKV.

- Die **soziale Entwicklung** geht einher mit einer veränderten Arbeitsmarktsituation hin zu Flexibilität und Mobilität, einem fortschreitenden Prozess der Individualisierung und einem veränderten Rollenverständnis mit positiven Auswirkungen auf die Frauenerwerbsquote. Während früher z.B. die Betreuung im Krankheits- oder Pflegefall häufig durch die Familie erfolgte, ist dies vielfach heute nur begrenzt möglich. Tendenziell ergibt sich aus diesem Wandel sozialer und familiärer Bindungen ein wachsender Bedarf an Versorgungsleistungen und ein verstärktes Bedürfnis des Einzelnen nach einer funktionsfähigen sozialen Absicherung.
- Die **Alterung der Bevölkerung** stellt neue Anforderungen an die Versorgungsstrukturen. So müssen verstärkt präventive und rehabilitative Maßnahmen ergriffen und die Pflegeinfrastruktur weiter entwickelt werden. Berücksichtigt werden müssen auch mögliche Steigerungen der Leistungsausgaben auf Grund der demografischen Entwicklung. Auch wenn dieser Ausgabeneffekt nicht sicher zu prognostizieren ist, so kann doch davon ausgegangen werden, dass hierdurch Druck auf die Beitragssätze entsteht.
- Eine weitere Ursache für eine mögliche dynamische Ausgabenentwicklung ist der **medizinisch-technische Fortschritt**. Der Trend, neue und in der Regel teurere medizinische Verfahren einzuführen, wird sich auch in Zukunft fortsetzen. Ausgabeseitige Auswirkungen hat dies insbesondere dadurch, dass neue Leistungen oft zum Aufbau zusätzlicher Angebotskapazitäten führen und zu einem ungesteuerten Mengenwachstum beitragen. Neue medizinische Verfahren bringen aber nur bei nachweisbarem Mehrnutzen Produktivitätsfortschritte. Unter Versorgungsaspekten wird es darauf ankommen, die Chancen des medizinisch-technischen Fortschritts zum Wohl von Versicherten und Patienten – etwa bei der Vermeidung oder Hinauszögerung chronischer Krankheiten – zu nutzen, und gleichzeitig eine Ausgabendynamik durch "Scheininnovationen" zu verhindern.
- Das deutsche Gesundheitssystem ist nach wie vor durch eine zu starke Trennung der einzelnen **Versorgungsstrukturen** gekennzeichnet. Unzureichende Abstimmungen zwischen den Sektoren, getrennte Budgets und Zuständigkeiten sind wesentliche Ursachen für die Diskontinuität im Versorgungsablauf. Auch die immer noch unzureichende Qualitätsorientierung und die wenige Beachtung internationaler Standards der evidenzbasierten Medizin sind ein wesentliches Manko des Versorgungsalltags.

- Vielfältige **europäische Aktivitäten** – insbesondere der EU-Kommission - und Urteile des Europäischen Gerichtshofes wirken sich mittelbar oder unmittelbar auf den Gesundheits- und Pflegesektor in Deutschland aus. Dabei ist es ausdrückliches Ziel der gesetzlichen Krankenversicherung, die Chancen des europäischen Binnenmarktes im Interesse der Versicherten, die erforderliche Leistungen auch im Ausland erhalten wollen, zu nutzen. Dabei darf aber nicht die Funktionsfähigkeit und Finanzierbarkeit des deutschen Gesundheitssystems gefährdet werden. Gesundheitspolitik liegt im Wesentlichen gemäß EG-Vertrag in der alleinigen Kompetenz der Mitgliedstaaten. Hier gilt es, darauf hinzuwirken, dass das Gesundheitswesen grundsätzlich als mitgliedstaatlich zu regulierender Bereich zu erhalten ist, um die Vorteile und Steuerungskompetenzen des deutschen selbst verwalteten – auch international anerkannten - Systems zu sichern.

Bedarfsgerechte Versorgung für alle erhalten

Ziel der GKV ist es, die bestehenden Strukturen im Gesundheitswesen den vielfältigen aktuellen und zukünftigen Herausforderungen anzupassen, um auch weiterhin für breite Bevölkerungskreise ein **hohes Schutzniveau zu sozial tragbaren Aufwendungen** zu gewährleisten. Dabei müssen vorhandene Rationalisierungsreserven ausgeschöpft, und die Zielorientierung und Ergebnisqualität der gesundheitlichen Versorgung dringend gesteigert werden. Die Krankenkassen unterstützen grundsätzlich alle Bestrebungen, die zu einer **Verbesserung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses** in der Behandlung von Patienten beitragen.

Wesentliches Instrument zur Versorgungssteuerung sind **wettbewerbliche Strukturen** im Gesundheitswesen, die sich auf Qualität und Effizienz der Versorgung konzentrieren. Es sind nur die bedarfsgerechten Leistungen "einzukaufen", die medizinisch notwendig sind und die in der vereinbarten Qualität erbracht werden. Für suboptimale Ergebnisse dürfen nicht länger die gemeinsam von Arbeitgebern und Versicherten aufgebrauchten Mittel verwendet werden. Schon heute zeigt sich, dass die gesetzlichen Krankenkassen – im Wettbewerb untereinander und im Verhältnis zur privaten Krankenversicherung – die mit der letzten Gesundheitsreform erweiterten Möglichkeiten, ihren Versicherten jeweils **kassenspezifische Angebote** zu unterbreiten, nutzen. Verträge zur integrierten und Hausarztversorgung, Rabattverträge mit Versand- oder Hausapotheken sowie besonders qualifizierte Angebote für chronisch Kranke tragen dazu bei, dass die Qualität des gesetzlichen Krankenversicherungsschutzes stetig im Interesse

der Versicherten und Patienten verbessert wird. Diesen Weg gilt es weiter zu beschreiben.

Die Krankenkassen sehen vor diesem Hintergrund auch keine Notwendigkeit, den derzeitigen **Leistungskatalog** zu ändern und von einem vollwertigen Gesundheitsschutz abzuweichen. Das zentrale Problem ist, dass Leistungen nicht zielgenau, indikationsgerecht und kostenbewusst erbracht werden.

Zur Gestaltung der Versorgungspraxis überprüft der vom Gesetzgeber mit dem GKV-Modernisierungsgesetz eingesetzte **Gemeinsame Bundesausschuss** (G-BA) fortlaufend, welche Diagnose- und Behandlungsmethoden entsprechend den Kriterien wissenschaftlicher Evidenz die Anforderungen an eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung am besten erfüllen. Dieses Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen, Krankenhäusern und Ärzten greift dabei auch auf die Erfahrungen und das Wissen von sachkundigen **Patientenorganisationen** und Selbsthilfeeinrichtungen zurück, die ein Mitberatungs- und Antragsrecht im Gemeinsamen Bundesausschuss haben. Damit werden die Patientenrechte gestärkt und im Ergebnis die Akzeptanz der Entscheidungen verbessert. Wissenschaftlich vorbereitet werden die Entscheidungen durch das ebenfalls neu gegründete, unabhängige **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen**, dem neben der Beurteilung der Qualität und Wirtschaftlichkeit medizinischer Maßnahmen auch die Erarbeitung unabhängiger Patienteninformationen obliegt. Die Sachkompetenz der gemeinsamen Selbstverwaltung wird so gestärkt und ihre Wissensbasis verbreitert, was zusätzlich die Transparenz, Qualität und Akzeptanz der Bewertungsentscheidungen erhöht.

Insgesamt wird so eine permanente Anpassung des Krankenversicherungsschutzes an den medizinisch-technischen Fortschritt gewährleistet. Versicherten und Patienten werden sinnvolle Innovationen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes bei Schutz vor unwirksamen und schädlichen Methoden zu teil. Dieses grundsätzlich bewährte Verfahren ist flexibler und effizienter als detailliertere gesetzliche oder staatliche Vorgaben und sollte zum Nutzen der Versicherten auch in Zukunft beibehalten werden.

Zugleich setzen die Träger der **sozialen Pflegeversicherung** sich dafür ein, dass die gesetzliche "Teilkasko-Versicherung" auch in Zukunft jeweils eine im internationalen Vergleich hohe Absicherung im Pflegefall gewährleistet.

Für beide Versicherungszweige werden nachfolgend die wichtigsten Handlungsbedarfe und Reformrichtungen der Gesundheitspolitik aus Sicht der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen aufgezeigt:

Patientensouveränität fördern

Nach wie vor ist das deutsche Gesundheitswesen durch vielfältige Intransparenz und ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung gekennzeichnet. Gleichzeitig möchte der Patient stärker an der Entscheidung über seine Behandlung beteiligt werden und umfassend und verständlich über Nutzen und Risiken diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen sowie über Behandlungsalternativen informiert werden, um auf dieser Grundlage gemeinsam mit dem Arzt eine Entscheidung treffen zu können. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurden erste Schritte hin zu einem stärkeren Mitspracherecht von Patienten, unabhängigen qualitätsgestützten Informationen und einer verbesserten Transparenz über Leistungsqualität gemacht, die von den Krankenkassen ausdrücklich begrüßt und unterstützt werden.

Damit die **Krankenkassen als Interessenvertreter der Versicherten und Patienten** ihre Informations-, Aufklärungs- und Beratungsaufgaben allerdings noch effektiver wahrnehmen können, müssen sie mit entsprechenden Kompetenzen ausgestattet werden. Insbesondere benötigen die Krankenkassen gesetzliche Grundlagen, um z.B. über die Ergebnisqualität von Krankenhäusern informieren zu können. Auch müssen dringend Qualitätsstandards für die wachsende Menge von Gesundheitsinformationen, insbesondere im Internet, entwickelt werden. Solche Grundlagen sind notwendig, um eine adäquate Partizipation von Patienten an den sie betreffenden individuellen Behandlungsentscheidungen zu ermöglichen, mit dem Ziel, die Patientenzufriedenheit und auch die Wirksamkeit einer Behandlung zu verbessern.

Einen wichtigen Beitrag zur Förderung der Patientensouveränität bietet die Unterstützung der Versicherten durch die GKV bei der Aufdeckung und Unterstützung von Schadenersatzansprüchen nach **Behandlungsfehlern**. Eine konsequente Verfolgung solcher Schadenersatzansprüche sensibilisiert die Leistungserbringer zu besonders aufmerksamem Handeln und trägt insofern zu einer Qualitätssteigerung der Versorgung bei. Zur besseren Wahrnehmung der schon praktizierten Unterstützungsleistungen der Krankenkassen für die betroffenen Versicherten sollte dafür Sorge getragen werden, dass eine gesicherte Datengrundlage über Behandlungsfehler geschaffen wird, um Transparenz zu schaffen und Art, Umfang und Ursachen von Behandlungsfehlern systematisch auswerten zu können.

Qualität und Effizienz der Versorgung weiter stärken

Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung und -steigerung der Leistungserbringung ist eine Daueraufgabe im Gesundheitswesen. Eine Leistungserbringung ist nur dann effektiv, wenn die medizinisch notwendige Leistung zum richtigen Zeitpunkt korrekt erbracht wird. Dabei muss das Augenmerk auf eine gesamtheitliche Betrachtung gelegt werden. Dies erfordert Kriterien zur Struktur- und Prozessqualität und die Entwicklung von geeigneten Indikatoren zur Messung der Ergebnisqualität. Untersuchungs- und Behandlungsmethoden müssen auf ihre Wirksamkeit hin überprüft und über medizinische Leitlinien in ihrem Einsatz definiert werden. Hier sind in den letzten Jahren eine Reihe von Projekten auf den Weg gebracht worden, die jedoch meistens nur sektorspezifisch ausgestaltet sind.

Eine Begrenzung der Qualitätssicherung auf die einzelnen Sektoren ist jedoch kontraproduktiv. Die **evidenzbasierte Bewertung von Methoden** sollte nur einmal sektorenübergreifend erfolgen. Fällt sie negativ aus oder lässt sich wegen fehlender Studien keine abschließende Aussage treffen, muss dies für alle Leistungsbereiche gelten. In diesen Fällen sollte eine weitere Anwendung nur noch in Studien möglich sein. Die bisherigen gesetzlichen Regelungen sind diesbezüglich klarer zu fassen, der § 137c SGB V ist entsprechend zu ändern. Qualitätsvorgaben zur ambulanten Leistungserbringung auf der Basis des § 135 SGB V müssen auch für die Leistungserbringung durch angestellte Ärzte in Krankenhäusern gelten.

Um Ergebnisqualität messen zu können reicht eine sektorenspezifische Betrachtung ebenfalls nicht aus. So müssen Möglichkeiten zur **leistungserbringerübergreifenden Fallverfolgung** z. B. durch entsprechende Dokumentationsverpflichtungen geschaffen werden. Ob eine Kniegelenksoperation erfolgreich war, kann nicht am Ende der Krankenhausbehandlung festgestellt werden, sondern frühestens nach der anschließenden Rehabilitationsmaßnahme oder sogar erst Monate später. Bei bestimmten Implantaten werden Auswirkungen erst nach Jahren sichtbar. Eine solche Fallverfolgung scheitert bisher an einer fehlenden Verpflichtung der Leistungserbringer und an datenschutzrechtlichen Vorgaben. Es müssen deshalb klare gesetzliche Regelungen vorgegeben werden, die eine solche Vorgehensweise ermöglichen. Mit dem G-BA und anderen Institutionen ist die notwendige Infrastruktur bereits größtenteils vorhanden. Hier muss die Nutzung und Zusammenführung der vorhandenen Daten verbessert werden.

Integrierte Versorgung

Aus Sicht der Patienten ist es wichtig, dass die Versorgung im Krankheitsfall qualifiziert und reibungslos erfolgt. Ob die Leistungserbringung ambulant oder stationär erfolgt und in welcher Form sie von der Krankenkasse vergütet wird, ist dabei für den Patienten von nachrangiger Bedeutung. Die bisherige Trennung zwischen den einzelnen Versorgungssektoren hat sich als zu wenig patienten- und bedarfsorientiert sowie als ineffizient erwiesen. Die zuletzt mit dem GKV-Modernisierungsgesetz erleichterten Regelungen zur integrierten Versorgung und besseren Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Leistungserbringern sind aus Sicht der Krankenkassen ein wichtiger Ansatz, den Versicherten Umwege und Doppeluntersuchungen zu ersparen. Sie erlauben den **Aufbau neuer Versorgungsangebote**, die abgestimmte und koordinierte Behandlungsketten ausgerichtet auf den Bedarf der Patientinnen und Patienten gewährleisten. Insbesondere die steigende Zahl chronisch Kranker wird hiervon profitieren. Die integrierte Versorgung verbessert die Behandlungsergebnisse und damit die Lebensqualität der Betroffenen.

Der Aufbau solcher zukunftsfähiger neuer Versorgungsstrukturen braucht Zeit. Um die Kooperation zwischen den Versorgungssektoren weiter nachhaltig zu fördern, bedarf es nach Ansicht der Krankenkassen weitergehender Regelungen und Anreize, um Engagement und Investitionsbereitschaft aller Beteiligten zugunsten integrierter Versorgung zu bestärken. Damit alle daran Beteiligten Planungs- und Investitionssicherheit haben, sollte die **Anschubfinanzierung** für die integrierte Versorgung verlängert und ihr Umfang stufenweise der fortschreitenden Ausweitung der neuen Angebote angepasst werden. Ziel muss es sein, dass das Geld der Leistung folgt und die integrierte Versorgung zum Regelfall wird.

Ambulante Versorgung

Die auch in der ambulanten ärztlichen Versorgung in den letzten Jahren erweiterten Spielräume der Krankenkassen für neue Vertragsformen setzen wettbewerbliche **Anreize zugunsten von produktivitätssteigernden und qualitätsverbessernden Innovationen**. Dabei ist unstrittig, dass Kriterien für ein bedarfsgerechtes und qualifiziertes Versorgungsangebot bundeseinheitlich festzusetzen sind. Die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz eingeführte Fortbildungspflicht für Ärzte stärkt ebenso wie weitere gesetzliche Vorgaben die Qualität der Versorgung und wird von der GKV ausdrücklich begrüßt. In einem nächsten Schritt sollte allerdings die **Markttransparenz**

über die Qualität ärztlicher (wie auch stationärer und paramedizinischer) Gesundheitsleistungen für die Patienten spezifischer ausgebaut werden.

Um die qualifizierte ambulante Versorgung auch möglichst wirtschaftlich sicherzustellen, gehören die gesetzlichen Vorgaben zugunsten einer morbiditätsorientierten ärztlichen Vergütung rasch auf den Prüfstand. Die Krankenkassen unterstützen nachdrücklich eine leistungsorientierte ärztliche Vergütung; diese muss jedoch im Interesse der Beitragszahler hinreichend transparent und gerecht sein. Zwischenzeitliche Vorarbeiten lassen aber befürchten, dass die Detailregelungen des geplanten Modells zu einem hohen bürokratischen Aufwand und einer ausgeprägten Manipulationsanfälligkeit führen und deshalb erhebliche Ausgabensteigerungen ohne medizinische Notwendigkeit provozieren würden. Daher gilt es, eine pragmatische und manipulationssichere Lösung zu finden.

Zahnärztliche Versorgung

Erste Erkenntnisse der Krankenkassen deuten darauf hin, dass die seit Januar 2005 geltenden Regelungen zu den **befundorientierten Festzuschüssen** für Zahnersatz vielfach zu höheren finanziellen Belastungen der Versicherten führen als im vorangehenden System der prozentualen Zuschüsse. Immer dann, wenn neben oder statt der – von den Krankenkassen bezuschussten – Regelleistung zusätzliche oder andere Leistungen zwischen Patient und Zahnarzt vereinbart werden, erweitern sich die Möglichkeiten der Zahnärzte für private Liquidationen (GOZ) erheblich. Um den Leistungsumfang für die Versicherten daher in allen Fällen auf dem vorher geltenden Niveau zu erhalten, müssen die gesetzlichen Vorgaben in diesem Punkt möglichst rasch präzisiert werden und den Grundsatz verankern: Auch die medizinisch anerkannten Leistungen, die zusätzlich zu den oder anstelle der Regelleistungen erbracht werden, sind den Versicherten nach der zwischen GKV und Zahnärzten vereinbarten Gebührenordnung (Bema) zur Verfügung zu stellen und gegebenenfalls in diese aufzunehmen. Damit würde sichergestellt, dass die Krankenversicherung im Rahmen der Selbstverwaltung über die Höhe der Honorare und die Qualität der Versorgung verhandeln kann, um berechenbare und einheitliche Preise für die Versicherten zu gewährleisten.

Bis dahin ist es zugunsten einer objektiven Beurteilung der Heil- und Kostenpläne für Zahnersatz durch die Versicherten wie auch deren Beratung durch die Krankenkassen vor einer Entscheidung für die vom Zahnarzt vorgeschlagene Versorgungsform unabdingbar, dass die Zahnärzte gesetzlich zu der notwendigen Datentransparenz in allen Details – einschließlich des Steigerungsfaktors (z. B. 2,3 oder 3,5facher Satz) für die

privatzahnärztlichen Gebührenpositionen (GOZ) – und auf elektronische Datenübermittlung verpflichtet werden.

Zusätzlich sollte dafür Sorge getragen werden, dass Zahnersatzleistungen, für die von den Krankenkassen ein Zuschuss geleistet wurde, den **Abrechnungsprüfungen** der Krankenkassen unterworfen bleiben. Dazu müssen die Zahnärzte verpflichtet werden, den Krankenkassen die komplette Abrechnung der erbrachten Leistungen einschließlich der privat liquidierten vorzulegen. Nur wenn die Privatleistungen, die von der GKV bezuschusst werden, in den Kontext des SGB V einbezogen werden, könnte die erforderliche Abrechnungstransparenz Rechte der krankenversicherten Patienten und Beitragszahler auf transparente und geprüfte Planungen und Abrechnungen prothetischer Leistungen gestärkt werden.

Stationäre Versorgung

Neben Maßnahmen, die auf eine bessere Versorgungsqualität der Patienten in Krankenhäusern hinwirken, ist die **Einführung der pauschalierten Vergütung** für stationäre Leistungen die wichtigste gesetzliche Änderung der letzten Jahre. Pflegesätze für Krankenhaus(Aufenthalts)tage sollten grundsätzlich durch einheitliche leistungsbezogene und transparente Vergütungspauschalen (DRG-Fallpauschalen) für alle Krankenhausleistungen abgelöst werden. Jetzt ist bereits drei Jahre nach der Einführung erneut ein Mischsystem entstanden, in dem die Krankenhausleistungen durch ein Nebeneinander aus leistungsbezogenen Fallpauschalen und einer Vielzahl krankenhausesindividueller Entgelte und Zuschläge auf Selbstkostenbasis vergütet werden. Die Wirtschaftlichkeitsanreize des neuen Vergütungssystems – die indirekt über den Spezialisierungsanreiz auch zur Qualitätsverbesserung beitragen – können nur dann realisiert werden, wenn diese Ausnahmereiche strikt zurückgeführt werden.

Des Weiteren gehen die Krankenkassen fest davon aus, dass die gesetzlich festgelegte Begrenzung der bereits verlängerten **Übergangsphase (Konvergenzphase)** bis zur vollständigen Umstellung auf die einheitliche Fallpauschalen-Vergütung im jeweiligen Bundesland bis zum Jahr 2009 konsequent eingehalten wird, damit danach verbindlich für alle Krankenhäuser der jeweilige landeseinheitliche Basisfallwert als angemessene Vergütung für eine wirtschaftliche Versorgung gilt. Zugleich sind die gesetzlichen Vorgaben für die **Verhandlung der landeseinheitlichen Basisfallwerte** eindeutig und ohne Ausnahmen so zu präzisieren, dass die Ausgabenneutralität in jedem Bundesland sichergestellt wird.

Im Interesse der Versicherten ist es, eine gute Versorgung unabhängig von ihrer Zuordnung zum ambulanten oder stationären Sektor zu erhalten. Tendenzen zur **Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Operationen** (§ 115b SGB V) oder hochspezialisierte Leistungen (§ 116b SGB V) werden von den Krankenkassen daher grundsätzlich begrüßt. Im Interesse einer wirtschaftlichen Versorgung ist es jedoch angesichts sektoraler Vergütungsformen notwendig, dass messbar und eindeutig abgegrenzt wird, was ambulante und was stationäre Leistungen sind. Zudem ist klarzustellen, dass bei Leistungsverchiebungen zwischen beiden Sektoren eine Budgetbereinigung („Geld folgt der Leistung“) erfolgen muss. Dabei sollte die ambulante Leistungserbringung durch die Krankenhäuser jedoch „kontrolliert“ erfolgen und dem Gedanken der Substitution (keine medizinisch nicht notwendige Leistungsausweitung) Rechnung tragen.

Arzneimittelversorgung

In Europa einzigartig ist, dass für alle Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen jedes verschreibungspflichtige Arzneimittel mit seiner Zulassung sofort verordnungsfähig ist, und zwar zu Preisen, die die Hersteller frei bestimmen. Überdurchschnittliche Ausgabensteigerungen für Arzneimittel rühren insbesondere aus der Verordnung neuer und teurer Produkte. Ärgerlich ist dies für die Patienten wie für die Beitragszahler immer dann, wenn damit nicht gleichzeitig eine therapeutische Verbesserung gegenüber bereits im Markt befindlichen Behandlungsalternativen verbunden ist.

Vor diesem Hintergrund und der Erfahrung vielfältiger Reformschritte in immer rascherer Folge mit stets neuen Wechsel- und Nebenwirkungen empfiehlt es sich, den gesetzlichen Regelungsrahmen künftig auf wenige, besser aufeinander abgestimmte Steuerungsinstrumente zu fokussieren.

Dazu gehört es, die pharmakologische Kompetenz des Arztes und seine Ausgabenverantwortung zugunsten einer rationalen, qualitätsgesicherten wie wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie zu stärken. Die **aut-idem-Auswahl** durch Apotheken hat sich unter diesem Gesichtspunkt nicht bewährt. Sie hat zudem zu einem ausufernden Rabattwettbewerb zwischen den Handelsstufen geführt, der nicht den Beitragszahlern zugute kommt und daher zurückzuführen ist.

Das Instrument der Festbeträge hat alle rechtlichen Überprüfungen durch die höchsten nationalen und europäischen Gerichte erfolgreich bestanden und seine ökonomische Wirksamkeit auch im internationalen Vergleich bewiesen. Es muss daher auch in Zukunft seine herausragende Rolle zur Stabilisierung des Preisniveaus durch **Förderung**

des Preiswettbewerbs und damit zur Begrenzung der Arzneiausgaben der GKV behalten.

Wichtig ist es zudem, dass den Krankenkassen wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss alle rechtlich notwendigen Kompetenzen eingeräumt werden, die für eine qualifizierte Beratung der Versicherten und Patienten sowie der verordnenden Ärzte erforderlich sind. Darüber hinaus unterstützen die Krankenkassen den Vorschlag des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen für eine gesetzliche Verankerung von Kosten-Nutzen-Bewertungen, um **Qualität und Wirtschaftlichkeit** der Arzneimittelversorgung weiter zu entwickeln.

Angesichts der politischen Debatte um eine Erhöhung der Mehrwertsteuer – die jährlich in der GKV zu Mehrausgaben von rund 250 Mio. Euro je Anhebungsprozentpunkt führen würde – erneuern die Krankenkassen ihre Forderung, auf Arzneimittel künftig lediglich den reduzierten Mehrwertsteuersatz zu erheben.

Hilfsmittel

Für die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen steht ein immenses Leistungsspektrum an therapeutischen Produkten zur Verfügung, von denen bisher ca. 20.000 im Hilfsmittelverzeichnis gelistet sind. Damit ist in der GKV eine angemessene individuelle Versorgung für die zunehmende Zahl chronisch kranker und behinderter Menschen gesichert.

Handlungsbedarf besteht in erster Linie im Hinblick auf die Stärkung der Wirtschaftlichkeit durch einen **Preis- und Qualitätswettbewerb**. Um angesichts der Produktvielfalt bei Hilfsmitteln die "richtige" Versorgungsentscheidung treffen zu können, ist die Qualifikation der verordnenden Ärzte zu verbessern. Die Pflichten der Leistungserbringer bei der Abgabe von Hilfsmitteln können in Verträgen geregelt werden. Die vertragsrechtlichen Möglichkeiten sind daher ebenso zu verbessern wie die Bedingungen für Ausschreibungen.

Festbeträge für Hilfsmittel werden inzwischen auf Bundesebene festgesetzt. Aufgrund mangelnder Datentransparenz - insbesondere im Hinblick auf die Herstellerabgabepreise - gestaltet sich die Festbetragsbildung jedoch äußerst schwierig und strategieanfällig. Um das Festbetragsinstrument zu stärken, bedarf es gesetzlicher Mitwirkungspflichten der Hilfsmittelhersteller/-lieferanten analog den Regelungen, die für die Pharmaunternehmen bei der Festbetragsbildung für Arzneimittel bestehen.

Prävention und Gesundheitsförderung

Die Krankenkassen bieten ihren Versicherten ein weites Spektrum an Vorsorge- und Präventionsleistungen einschließlich breit angelegter Maßnahmen der Gesundheitsförderung von der Kindheit bis ins hohe Alter. Jenseits der Einfluss- und Verantwortungsbereiche der Institutionen des Gesundheitswesens sind Prävention und Gesundheitsförderung jedoch gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene ressortübergreifender Zielsetzung und Kooperation bedürfen, z. B. in den Bereichen Arbeitsmarkt-, Umwelt- und Bildungspolitik.

Die Krankenkassen haben stets das Ziel verstärkter Präventionsanstrengungen unterstützt, nicht jedoch den 2005 im Entwurf für ein **Präventionsgesetz** vorgesehenen Weg. Dieser Entwurf sah finanzielle Bindungen einseitig zu Lasten der Beitragszahler der Krankenkassen (und anderer Sozialversicherungszweige) vor die – so zweckentfremdeten – Beitragsmittel sollten jedoch unter bürokratischen Kooperationsvorgaben und unter maßgeblicher Mitbestimmung der Gebietskörperschaften verausgabt werden. Solch ein **neuer Verschiebepbahnhof** wäre weder sachgerecht noch akzeptabel. Ziel führend wäre es stattdessen, nationale Präventionsziele durch Entscheidung des Deutschen Bundestages festzulegen, gemäß des gesamtgesellschaftlichen Charakters von Prävention und Gesundheitsförderung alle verantwortlichen Akteure – auch Bund und Länder – zu jeweils angemessenem finanziellen wie praktischen Engagement und entsprechender Transparenz zu verpflichten sowie die Vernetzung in settingbezogenen Projekten zu fördern.

Die im Bereich der GKV entwickelten und bewährten Instrumente und Verfahren der Qualitätssicherung sowie der Dokumentation und Evaluation bieten sich dabei zur Nutzung durch die anderen Präventionsakteure an und sind auf der Basis neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse jeweils inhaltlich fortzuentwickeln. Es sollte das gemeinsame Anliegen aller Präventionsträger sein, **nur qualitätsgesicherte und wirksame Präventionsmaßnahmen** zu unterstützen – für die Krankenkassen ist dies eine selbstverständliche Pflicht.

Reform der GKV-Finanzierung

Demographische Entwicklung und medizinisch-technischer Fortschritt lassen die Leistungsanforderungen an die GKV in den nächsten Jahren und Jahrzehnten weiter steigen. Gleichzeitig erodiert die **Einnahmehasis** - bei hoher Arbeitslosigkeit, anhaltender Wachstumsschwäche und steigender Rentnerquote - aufgrund der bislang direkt oder

indirekt an die Arbeitseinkommen gekoppelten Beiträge. In der Debatte um eine Finanzreform der GKV geht es nicht um die Steigerung der Einkommen der Leistungserbringer – im Gegenteil: Anreize zugunsten möglichst effizienter Versorgung sind stets durch geeignete Maßnahmen zu stärken.

Die aktuelle Finanzsituation der GKV und die Belastung der Beitragszahler sind zudem maßgeblich durch wiederholte Lastenverschiebungen zu Ungunsten der Kranken- und zu Gunsten anderer Sozialversicherungszweige geprägt. Dies bleibt für die Vergangenheit zu kompensieren und wird für die Zukunft seitens der Krankenkassen als unzulässig zurückgewiesen. Im Übrigen sind grundsätzlich in sämtlichen Politikfeldern Bedingungen zu schaffen, die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung fördern.

Eine Finanzierungsreform der GKV muss aus Sicht der ehrenamtlichen Selbstverwaltung den o. g. Zielen und folgenden **Kriterien** genügen:

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

Reform der Pflegeversicherung

Die soziale Pflegeversicherung hat sich als eigenständige fünfte Säule der Sozialversicherung grundsätzlich bewährt. Sie gewährt den Versicherten die Absicherung eines pflegerischen Grundversorgungsniveaus und hat die Sozialhilfeabhängigkeit verringert, den Ausbau der Infrastruktur und Qualitätsverbesserungen sowie die Transparenz der Pflegeangebote gefördert. Angesichts der demographischen wie der Morbiditätsentwicklung und seit 1995 fixer Beitragssätze und Leistungen besteht Reformbedarf. Eine Reform der Pflegeversicherung muss aus Sicht der Pflegekassen neben der finanziellen Zukunftssicherung auch zur Weiterentwicklung einer menschenwürdigen und qualitätsorientierten pflegerischen Versorgung bei Pflegebedürftigkeit beitragen. Den Pflegekassen müssen vor allem verbesserte Möglichkeiten zur Kontrolle der Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen eingeräumt werden.

Eine **Integration der Pflegeversicherung in die Krankenversicherung** lehnen die Pflegekassen ab. Die Struktur- und Systembedingungen der Pflegeversicherung (Teilkaskoversicherung/Leistungsbudgets, vollständiger Finanzausgleich bei gesetzlichem festgelegtem Beitragssatz, gemeinsames und einheitliches Handeln der Leistungsträger) im Vergleich zur Krankenversicherung sind zu unterschiedlich, so dass bei einer Zusammenführung neue Probleme entstehen würden. Für die Pflegebedürftigen wären angesichts der Wettbewerbsbedingungen Nachteile bei der Pflegeversorgung zu erwarten, für die Krankenkassen ergäben sich unterschiedlich hohe Belastungen bei den Ausgaben, die ausgeglichen werden müssten. Wesentlich zielführender zum Abbau der vermeintlichen Schnittstellenproblematik wären stattdessen eindeutige gesetzliche Abgrenzungsregelungen z.B. bei der häuslichen Grund- und Behandlungspflege bzw. bei der Abgrenzung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln.

Eine Reform der Pflegeversicherung sollte Wege eröffnen, die die Anreize zu einem möglichst effizienten Einsatz der Beitragsmittel und für die Qualitätssicherung in der Pflege stärken. Dies betrifft beispielsweise den Vorrang ambulanter vor stationärer Pflege, den **Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung im Alter**, die Weiterentwicklung von Pflegeinfrastrukturen (Stichwort: neue Wohnformen) und eine eventuelle Neujustierung der Geld- und Sachleistungen. Des Weiteren sollten die Möglichkeiten, ehrenamtliche Laienpflege stärker zu fördern, genauer ausgelotet werden.

Eine **Finanzierungsreform** der Pflegeversicherung steht grundsätzlich vor den gleichen Anforderungen wie eine Finanzierungsreform der GKV. Aufgrund der Ausgestaltung als Teilkaskoversicherung geht es in diesem Sozialversicherungszweig stets auch

um eine sachgerechte Balance zwischen beitragsfinanzierter Vorsorge bzw. solidarisch-umlagefinanziertem Leistungsanspruch und Eigenverantwortung bzw. bei Bedürftigkeit ergänzender staatlicher Unterstützung.