

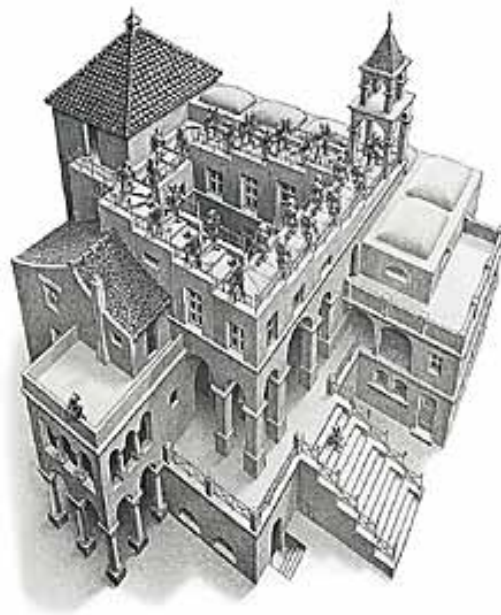


Verbraucherzentrale
Bundesverband e.V.



Solidarisch, leistungsfähig und gerecht

**Wege zur Förderung von Solidarität und Nachhaltigkeit
in der Finanzierung der sozialen Krankenversicherung**



Diskussionspapier

***für die Kommission zur Sicherung der Nachhaltigkeit
in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme***

vorgelegt von

***Edda Müller, Barbara Stolterfoht,
Gitta Trauernicht und Klaus WieseHügel***

Solidarisch, leistungsfähig und gerecht

Wege zur Förderung von Solidarität und Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Krankenversicherung

Übersicht:

1. Reformen in der Finanzierungsstruktur der GKV

- 1.1 *Verschiebebahnhöfe schließen – Konnexität sichern*
- 1.2 *Beitragsgerechtigkeit herstellen – Beitragssätze senken*
 - 1.2.1 *Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze und Erweiterung des Versichertenkreises*
 - 1.2.2 *Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze*
- 1.3 *Steuerungsmöglichkeiten des Steuerrechts nutzen*
- 1.4 *Sozialhilfeempfänger in die GKV einbeziehen – Städte und Kommunen entlasten*
- 1.5 *Zuzahlungen sinnvoll begrenzen – Versorgungskontinuität sichern*

2. Reformen hinsichtlich des Leistungskataloges der GKV

- 2.1 *Versicherungsfremde Leistungen umfinanzieren*
- 2.2 *Bedarfsgerechtigkeit, Zielgerichtetheit und Wirksamkeit der Versorgung*
 - 2.2.1 *Qualität der medizinischen Versorgung gewährleisten*
 - 2.2.2 *Effizienz und Transparenz in der Arzneimittelversorgung*
- 2.3 *Ausweitung des Gesundheitsbegriffs – Primärprävention stärken*

3. Strukturreformen im Gesundheitssystem durchsetzen

- 3.1 *Integrierte Versorgungsformen schaffen*
- 3.2 *Qualitätswettbewerb ermöglichen – den RSA morbiditätsorientiert ausgestalten*
- 3.3 *Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes*
- 3.4 *Disease-Management-Programme fördern*
- 3.5 *Beseitigung der Unterversorgung im Bereich der Rehabilitation*
- 3.6 *Die Lotsenfunktion des Hausarztes stärken*

4. Stärkung der PatientInnensouveränität

4.1 *Leistungs- und Kostentransparenz im Gesundheitswesen schaffen*

4.2 *PatientInnenrechte weiterentwickeln und stärken*

4.3 *Unabhängige Patientenberatung ausbauen*

4.4 *PatientInnenbeteiligung im Gesundheitswesen herstellen*

4.5 *Einbeziehung der Versicherten*

4.6 *Anreize für Systemverantwortung*

5. Zusammenfassung und Perspektive

1. Reformen in der Finanzierungsstruktur der GKV

1.1 Verschiebebahnhöfe schließen – Konnexität sichern

Die bereits seit langem betriebene und stetig ausgebauten Verschiebung von Kostenlasten der öffentlichen Hand auf die Sozialversicherungen ist eine wesentliche Ursache für die schlechte Finanzsituation der Sozialversicherungen in Deutschland. Dies betrifft die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in besonderer Weise. So liegt die kumulierte Belastung der GKV allein für den Zeitraum zwischen 1995 und 2003 bei zwischen 16,9 und 39,1 Milliarden €. Seriöse Schätzungen gehen davon aus, dass allein die GKV in den Jahren 2002 und 2003 durch solche Kostenverschiebungen Belastungen in Höhe von jährlich ca. 4,5 Milliarden € schultern muss¹. Diese Form der Finanzierung ist ordnungspolitisch verfehlt und belastet den Faktor Arbeit einseitig.

Die Schließung dieser Verschiebebahnhöfe würde eine signifikante Senkung der Sozialversicherungsbeiträge ermöglichen. Die damit einhergehende Belastung durch dafür notwendige Steuermehrausgaben wäre demgegenüber individuell geringer, weil die Finanzierungslast breiter gestreut und nicht nur den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten aufgebürdet würde. Deshalb muss sichergestellt werden, dass die Verschiebung von Finanzierungslasten auf die GKV beendet wird. Gefordert wird, der GKV einen Ausgleich für die ihr zugewiesenen Belastungen zu gewähren. So wäre nach aktuellen Schätzungen des nordrhein-westfälischen Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie ein Ausgleich in Höhe von 6,4 Milliarden € für Mindereinnahmen für Bezieher von Leistungen nach dem AFG und dem BSHG angemessen.

1.2 Beitragsgerechtigkeit herstellen – Beitragssätze senken

Die häufig behauptete Kostenexplosion im Gesundheitswesen existiert nicht. So stieg die Relation der Gesundheitsausgaben zum erwirtschafteten Bruttoinlandsprodukt im Zeitraum von 1975 bis 1998 um lediglich einen halben Prozentpunkt². Die Ursachen für die erhebliche Steigerung des Beitragssatzes zur GKV liegen neben den unter Punkt 1.1 problematisierten Belastungen der GKV in dem sinkenden Anteil des Arbeitseinkommens am Volkseinkommen, in der hohen Arbeitslosigkeit und in der demographischen Entwicklung.

Die Leitlinie für eine Reform der Finanzierungsgrundlagen der GKV muss sowohl aus volkswirtschaftlichen wie aus sozialen Gründen die *Stärkung des Solidaritätsprinzips* sein. Dabei soll der *Grundsatz der gerechten Lastenverteilung* gelten. Nur so ist unser Anspruch einzulösen, allen Bürgern den gleichen Zugang zu einer guten medizinischen Versorgung zu garantieren.

1.2.1 Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze und Erweiterung des Versichertenkreises

Die Versicherungspflichtgrenze wird in einem ersten Schritt auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherungsgrenze (5.100 €) angehoben und mittelfristig aufgehoben. Die Beitragsbemessung ist auf *alle Erwerbseinkommen* auszuweiten. Damit würden zunächst Gutverdienende, die sich bisher privat absichern können, und nach und nach alle Erwerbstätigen in die GKV einbezogen. Die Beitragssätze der Krankenkassen könnten somit insgesamt deutlich gesenkt werden.³

Wenn darüber hinaus eine Verbreiterung der Finanzierungsgrundlage der GKV auf das Einkommen insgesamt als Bemessungsgrundlage diskutiert wird, muss zur Sicherung des *Grundsatzes der paritätischen Finanzierung* eine lohnunabhängige Bemessung des Arbeitgeberanteils einbezogen werden. Auch hier ist der Grundsatz der gerechten Lastenverteilung zu berücksichtigen.

¹ Vgl. Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung (2002): Politische Entscheidungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung; Kiel.

² Vgl. DIW-Wochenbericht 7/2003: Kostenexplosion im Gesundheitswesen? Berlin.

³ Joachim Klose/Henner Schellschmidt Wissenschaftliches Institut der AOK (2001): Finanzierung und Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn; S. 51ff und 34

1.2.2 Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze

Die Beitragsbemessungsgrenze der GKV wird auf das Niveau der Rentenversicherung (5.100 €) angehoben. Da die Summe der beitragspflichtigen Entgelte dadurch steigt, können die Beitragssätze entsprechend niedriger ausfallen. Die Verteilung der Belastung ändert sich: Einkommen bis zur derzeitigen Beitragsbemessungsgrenze würden entlastet, höhere Einkommen würden stärker als bisher zur Finanzierung herangezogen. Entsprechend würden Arbeitgeber je nach Beschäftigtenstruktur ent- oder belastet.

1.3 Steuerungsmöglichkeiten des Steuerrechts nutzen

Künftig sollen gesellschaftspolitische Leistungen der GKV steuerfinanziert werden (s. 2.1). Dazu ist ein steuerlicher Zuschuss zur GKV notwendig. Es wird empfohlen, Konsumenten von Alkohol und Tabak über das Steuerrecht an der Finanzierung der dadurch hervorgerufenen Gesundheitsschäden zu beteiligen. Es wird deshalb vorgeschlagen, die Alkohol- und Tabaksteuern um 70 % zu erhöhen und die dadurch entstehenden Mehreinnahmen zur Entlastung der Gesetzlichen Krankenversicherung sowie zur Erfüllung wichtiger Zukunftsaufgaben, z.B. in der Prävention, zu verwenden⁴.

Bei Einnahmen der Alkohol- und Tabaksteuern im Jahr 2002 von ca. 12,8 Milliarden € würde dies Mehreinnahmen von rund 9 Milliarden € bedeuten. Dies allein würde eine Senkung der Krankenversicherungsbeiträge um fast einen vollen Prozentpunkt ermöglichen. Vorgeschlagen wird, die Einnahmen zur Entlastung der Gesetzlichen Krankenversicherung und zur Förderung der Prävention einzusetzen. Die parallel steigenden Einnahmen der Mehrwertsteuer verbleiben beim Staat und tragen damit dazu bei, die Mehraufwendungen durch die Übernahme von versicherungsfremden Leistungen aus der GKV zu kompensieren.

Eine weitere steuerliche Maßnahme zur Entlastung der Gesetzlichen Krankenversicherung liegt in der Reduzierung des Mehrwertsteuersatzes auf Arzneimittel, die bisher mit dem vollen Steuersatz von 16 Prozent besteuert werden. Diese Besteuerung scheint ungerechtfertigt und belastet die GKV im Umfang von etwa 2 Milliarden € jährlich.⁵

1.4 Sozialhilfeempfänger in die GKV einbeziehen – Städte und Kommunen entlasten

Ein großer Teil der Sozialhilfeempfänger ist noch immer nicht gesetzlich krankenversichert. Dies belastet die Kommunen unangemessen hoch, da die Behandlung von Sozialhilfeempfängern durch Ärzte wegen der nicht vorhandenen Deckelung sowie wegen der Anwendung der GOÄ wie die Behandlung von Privatpatienten honoriert wird. Vorgeschlagen wird, alle Sozialhilfeempfänger in der GKV zu versichern und dabei die durchschnittlichen Ausgaben der GKV pro Beitragszahler und Jahr – im Jahr 2001 etwa 2.712 €, was ca. 226 € an monatlichen Ausgaben entspricht - als Beitrag zu veranschlagen. Obwohl dies wegen der überdurchschnittlichen Gesundheitsausgaben für Empfänger von Sozialhilfe nicht die tatsächlichen Kosten der GKV decken würde, würde es die Beitragseinnahmen der GKV dennoch um ca. 880 Millionen € jährlich gegenüber dem heutigen Zustand verbessern, da der monatliche Beitrag vom heutigen Mindestbeitrag von ca. 100 € monatlich um ca. 126 € auf monatlich 226 € steigen würde⁶.

Dies würde den gegenwärtigen Zustand beseitigen, dass die GKV-Versicherten über ihre Beiträge finanziell für eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe in Haftung genommen werden.

⁴ Vgl. die entsprechenden Ausführungen in: Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung 2002: Berliner Konzept einer Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung; Kiel; S. 81 ff. Nach Berechnungen des IGSF erscheint diese Maßnahme in ihren Konsequenzen als vertretbar. So würde bspw. der Preis einer Flasche Bier von 50 Cent auf 52 Cent steigen.

⁵ Vgl. Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung 2002: Berliner Konzept einer Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung; Kiel; S. 81 ff.

⁶Vgl. dazu die Ausführungen und Berechnungen in: Fritz Beske Institut (2002): Berliner Konzept einer Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung. Kiel, S. 88 ff.

Die Kommunen werden dabei zwar durch erhöhte Beiträge für in der GKV versicherte Sozialhilfeempfänger belastet. Dieser Belastung steht jedoch eine Entlastung dadurch gegenüber, dass die Träger der Sozialhilfe künftig keine Behandlungshonorare gemäß der GOÄ mehr bezahlen müssten.

1.5 Zuzahlungen sinnvoll begrenzen – Versorgungskontinuität sichern

Zuzahlungen – der Begriff „Selbstbeteiligungen“ ist wegen der versicherungsförmigen Selbstfinanzierungen des Systems unangemessen – haben eine Finanzierungs- und eine Steuerungsfunktion, die jedoch verhältnismäßig schlecht belegt ist. Gleichzeitig können Zuzahlungen jedoch trotz bestehender Härtefallregelungen zu finanziellen Härten und zu einer medizinisch und wirtschaftlich kontraproduktiven Verzögerung der Inanspruchnahme bzw. zur Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen führen. Dies kann unter Umständen beträchtliche zusätzliche Gesundheitsaufwendungen bedingen.

Zuzahlungen sind in Deutschland üblich. Das Volumen der Zuzahlungen der Versicherten hat sich dabei von ca. 6,6 Milliarden € im Jahre 1992 über 8,6 Milliarden € im Jahr 1996 auf 9,8 Milliarden € im Jahr 2000 erhöht. Eine noch weitere Erhöhung der Zuzahlungen erscheint als unangemessen, als medizinisch fragwürdig und als wirtschaftlich schädlich. Es erscheint vielmehr als empirisch hinreichend belegt, dass eine erhöhte Selbstbeteiligung keinerlei Verbesserungen hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen hat. So blieben die Ausgaben der Krankenkassen für Arzneimittel seit Ende der 80er Jahre trotz z.T. drastisch erhöhter Zuzahlungen gleich.

Eine Erhöhung der Zuzahlungen würde insbesondere auch chronisch Kranke treffen. Ihre Belastungen werden durch Härtefallregelungen nicht aufgefangen, da dieser Personenkreis auf weitergehende, nicht über das SGB V abgedeckte Leistungen angewiesen ist, die überwiegend selbst finanziert werden.

Als bloße Verschiebung von Kostenlasten wäre es auch kein Beitrag zur Sicherung der Nachhaltigkeit. Zudem würde eine Erhöhung der Zuzahlungen politischen Widerstand hervorrufen. Die Risiken einer Erhöhung von Zuzahlungen stehen deshalb in keinem Verhältnis zu dem geringen und hypothetischen Nutzen einer Erhöhung.

Eine Reform der Zuzahlungen im Bereich der Arzneimittel wird angeregt. Die Orientierung an der Packungsgröße führt zu adversen Effekten im Hinblick auf den Konsum an Arzneimitteln. Rationaler wäre eine prozentuale Zuzahlung auf den Preis, jedoch mit einer Obergrenze um vor finanzieller Überforderung zu schützen. Deshalb wäre eine solche Maßnahme einkommensneutral zu gestalten.

2. Reformen hinsichtlich des Leistungskataloges der GKV

2.1 *Versicherungsfremde Leistungen umfinanzieren*

In § 12 SGB V ist bereits jetzt geregelt: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein: sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht erwirken und die Krankenkassen nicht bewilligen“.

Alle ernsthaften Versuche, einen Katalog nicht notwendiger Gesundheitsleistungen als Grundlage eines Wahlleistungstarifs zu vereinbaren, sind gescheitert. Gleichzeitig würde jede spürbare Reduzierung des Leistungskataloges der GKV auf erhebliche Akzeptanzprobleme in der Bevölkerung stoßen und die politische Durchsetzung einer jeden Reform erheblich erschweren. Der bestehende Leistungskatalog der GKV soll deshalb beibehalten werden. Allerdings ist der Leistungskatalog künftig permanent zu überprüfen. Durch neue Verfahren überholte Leistungen sind dabei ebenso auszugrenzen wie Leistungen, die keinerlei therapeutischen Nutzen haben.

Das Solidarprinzip der GKV ist auf den internen Ausgleich der Lasten zwischen den Versicherten gerichtet. Inzwischen ist dieser Ausgleich auch durch die Übertragung gesellschaftspolitisch gewollter Leistungen durchbrochen worden, so dass den Angehörigen der GKV die Finanzierungsverantwortung für gesamtgesellschaftliche Aufgaben übertragen worden ist. Beamte und privat Versicherte werden an der Finanzierung dieser Aufgaben nicht beteiligt. Zur Finanzierung dieser Aufgaben müssen künftig alle Bürger herangezogen werden.

In Betracht kommen dabei insbesondere folgende Leistungen:

| | |
|----------------------|--------------------------------------|
| Hauhaltshilfen | 200 Millionen € Umschichtungsvolumen |
| Mutterschaftsgeld | 656 Millionen € Umschichtungsvolumen |
| Entbindungsgeld | 18 Millionen € Umschichtungsvolumen |
| Sterbegeld | 800 Millionen € Umschichtungsvolumen |
| Künstl. Befruchtung | keine Angaben |
| Hauswirt. Versorgung | 300 Millionen € Umschichtungsvolumen |

Die genannten Leistungen haben insgesamt ein Volumen von ca. 1,97 Milliarden €⁷. Sie sind aber in keiner Weise einer Streichung zugänglich. Systematisch müssen sie jedoch einer anderen Finanzierungsverantwortung zugeführt werden. Dies führt zu einer weiteren Entlastung der Beitragszahler, zumal die Finanzierung der Leistungen künftig nicht mehr nur den sozialversicherungspflichtig Beschäftigten aufgebürdet würde.

Als pragmatische und administrativ leicht umzusetzende Alternative zur bisherigen Finanzierung empfiehlt sich deshalb eine Beibehaltung dieser Leistungen im Leistungskatalog der GKV bei gleichzeitiger voller Kostenerstattung durch die öffentliche Hand.

2.2 *Bedarfsgerechtigkeit, Zielgerichtetheit und Wirksamkeit der Versorgung*

Der Sachverständigenrat zur Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten 2000/2001 aufgezeigt, dass die im deutschen Gesundheitswesen zur Verfügung stehenden finanziellen und personellen Ressourcen nicht so eingesetzt werden, dass allen Versicherten eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie das Maß des Notwendigen nicht überschreitende Versorgung zur Verfügung gestellt wird. Die im gleichen Gutachten belegte Über-, Unter- und Fehlversorgung geht danach nicht auf einen aktuellen Mangel an Ressourcen, sondern vor allem auf einen Mangel an Effektivität (in der Zielerreichung) und Effizienz (bei der Mittelverwendung) zurück.

⁷ Berechnung des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen

Der wirksamste Beitrag zur Förderung der Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Krankenversicherung ist deshalb die Beseitigung dieser Effektivitäts- und Effizienzdefizite durch eine konsequente Ausrichtung der Versorgung am tatsächlichen Bedarf, den anzustrebenden Versorgungszielen sowie die Gewährleistung der Wirksamkeit der dazu erforderlichen Versorgungsinhalte. Die Krankenversicherung darf nur Leistungen finanzieren, die diesen Anforderungen entsprechen und deren therapeutischer Nutzen und Wirtschaftlichkeit durch das neu zu schaffende Zentrum für Qualität in der Medizin geprüft sind.

2.2.1 Qualität der medizinischen Versorgung gewährleisten

Grundlage der Versorgung ist die Feststellung des individuellen Leistungsbedarfs im Rahmen evidenzbasierter Leitlinien. Der Leistungskatalog der Krankenversicherung wird durch evidenzbasierte Behandlungsprofile konkretisiert, die die im Einzelfall erforderliche zielgerichtete und wirksame Versorgung sicher stellen. Die zur medizinischen Versorgung eingesetzten diagnostischen und therapeutischen Verfahren sind an Qualitätsmaßstäbe als notwendige Grundlage für Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen zu binden.

Da nach internationalen Erfahrungen Qualitätssicherungsverfahren umso wirksamer sind, je größer die Einbindung der Kompetenz und Verantwortung der Leistungserbringer und der Patienten in die Definition der Qualitätsmaßstäbe und der Qualitätsentwicklung ist, müssen diese Beteiligten extensiv in den gesamten Qualitätssicherungsprozess einbezogen werden.

2.2.2 Effizienz und Transparenz in der Arzneimittelversorgung

Der Arzneimittelmarkt ist einer der ausgabenintensivsten Bereiche des Gesundheitswesens. Er ist gleichzeitig hinsichtlich der Qualitätskontrolle nur geringfügig reguliert. Dies hat zu einem enormen Wachstum des Angebots an Arzneimitteln geführt, ohne dass sich die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung im gleichen Umfang erhöht hätte. Untersuchungen des Instituts für Medizinische Statistik haben ergeben, dass sich die Nachfrage nach Arzneimitteln auf etwa 2000 Arzneimittel konzentriert. Diese machen etwa 90 % des Apothekenumsatzes aus. Die dabei bestehende mangelnde Markttransparenz überfordert Ärzte und Patienten gleichermaßen.

Empfohlen wird, die Umstellung von Originalpräparaten auf Generika zu forcieren, teure Analogpräparate durch preiswertere, gleichwertige Arzneien zu substituieren und eine schärfere Zulassungskontrolle für in ihrer Wirksamkeit umstrittene Arzneimittel zu schaffen. Im letztgenannten Bereich ist jedoch vor überzogener Radikalität zu warnen, da bisher allzu oft ein nicht nachgewiesener Nutzen mit einem nachgewiesenen Nicht-Nutzen verwechselt wird.

Dass die Möglichkeiten der Effizienzsteigerung im Bereich der Arzneimittelversorgung noch längst nicht ausgeschöpft sind, ist auch der einhellige Tenor des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, des Arzneiverordnungs-Reports sowie des GEK-Arzneimittelreports⁸. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die angegebenen Einsparungsmöglichkeiten sehr hoch angesetzt und nicht kurzfristig zu realisieren sind.

Die Erstattung von Verfahren, Leistungen und Methoden durch die gesetzliche Krankenversicherung ist zu binden an die Prüfung des therapeutischen Nutzens und der Wirtschaftlichkeit durch das neu zu schaffende Zentrum für Qualität in der Medizin. Dadurch und durch die rationalere Verordnung von Arzneimitteln ist eine Entlastung der GKV im Wert von annähernd einem halben Beitragspunkt zu erwarten, ohne dass es dabei zu Qualitätsverlusten käme.

⁸ So verweist der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR 2001: Addendum zum Gutachten 2000/2001, S. 23) auf den Arzneiverordnungs-Report 2002, der ein Einsparungspotenzial von 4,19 Mrd. € nennt, wovon 1,52 Mrd. € auf den Bereich der generikafähigen Wirkstoffe, 1,48 Milliarden € auf Analogpräparate und 1,97 Mrd. € bei den sog. umstrittenen Arzneimitteln entfallen.

2.3 Ausweitung des Gesundheitsbegriffs – Primärprävention stärken

Das deutsche Gesundheitssystem ist überwiegend kurativ ausgerichtet. Die Prävention wird demgegenüber strukturell vernachlässigt. Obwohl die Kassen gemäß § 20 SGB V eigentlich mit der primären Prävention, insbesondere mit der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen, betraut sind, hat dies bisher kaum zu zielführenden Präventionsangeboten geführt.

Vielmehr instrumentalisieren die Kassen ihre Verpflichtung zur Prävention bisher, um die Gruppe der gebildeten, gut verdienenden und relativ gesunden „guten Risiken“ mit Kursen zu den Themen Ernährung, Bewegung und Stressmanagement zu bewerben, während für geringverdienende und chronisch kranke Menschen bewusst keine attraktiven Präventionsangebote vorgehalten werden, weil eine so gesteigerte Attraktivität der Krankenkassen für chronisch Kranke wegen des ungenügenden Risikostrukturausgleichs ihre wirtschaftliche Wettbewerbsfähigkeit verschlechtern würde.

Derzeit dient der § 20 SGB V unter dem Etikett der Prävention praktisch vor allem der subtilen Risikoselektion. Damit werden die enormen Einsparpotentiale wirklicher Präventionsmethoden vergeben. So würde die konsequente Umsetzung von Präventionsmethoden nach Berechnungen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen langfristig zu Einsparungen in Höhe von etwa 25 % der heutigen Gesundheitsausgaben (Sachverständigenrat 2001, Bd. II) führen. Die indikationsspezifische Prävention muss deshalb in Form einer leistungsrechtlichen Verpflichtung Bestandteil des Pflichtleistungskatalogs der GKV werden. Der gesetzliche Auftrag, sozial bedingte Ungleichheit zu vermindern, ist dabei verstärkt durch kontextbezogene Interventionen (*Setting-Ansatz*) im Verbund mit anderen Akteuren umzusetzen. *Verhaltensprävention* ist in *verhältnisorientierte Maßnahmen* einzubetten.

Vorgeschlagen wird außerdem, die bestehenden Strukturen von Selbsthilfegruppen und anderen zivilgesellschaftlichen Organisationen in ihrem Bemühen um Prävention zu stärken. Dies erfordert eine gesicherte Finanzierung, die durch eine bessere Umsetzung der bestehenden Finanzierungsverantwortung der Kassen erreicht werden kann. Dabei ist die Vorschrift des § 20 Abs. 4 SGB V so zu fassen, dass eine gleichberechtigte Förderung von Selbsthilfeorganisationen, -gruppen und -kontaktstellen durch gemeinsame Pools nach einheitlichen Richtlinien umgesetzt wird. Darüber hinaus sind alle Träger der Rehabilitation nach dem SGB IX gesetzlich zur Förderung der Selbsthilfe zu verpflichten.

Prävention kann ihre systemische Wirkung erst voll entfalten, wenn sich das Gesundheitswesen insgesamt im Sinne einer umfassenden *Gesundheitsförderung* neu orientiert. Das derzeit im gegliederten System uneinheitliche Präventionsrecht bedarf einer Neuordnung, die die Prävention und insbesondere das dazu vorhandene Sozialleistungsrecht auf einheitliche Ziele im Sinne der Vermeidung von Integrations-, Teilhabe- und Teilnahmestörungen ausrichtet sowie die verfügbaren Mittel und Leistungen im Sinne dieser Ziele wirksamer einsetzt. Das gilt auch für die betriebliche Gesundheitsförderung. Prävention bedarf wissenschaftlich gesicherter Grundlagen. Die Forschung auf dem Gebiet der Prävention ist zu intensivieren und zu fördern. Eine Präventionsberichterstattung muss stattfinden, in der neben der Bestandsaufnahme und der Analyse Aussagen zu den Kosten und der Wirtschaftlichkeit sowie Vorschläge für die Weiterentwicklung und die Verbesserung der Prävention enthalten sind.

Die Bedeutung und die Möglichkeiten der Prävention müssen als essentieller Bestandteil in die Aus-, Fort- und Weiterbildung der in Gesundheitsberufen Tätigen, insbesondere Ärztinnen und Ärzte, aufgenommen werden. Im Sinne einer "sprechenden Medizin" sind das Lebensumfeld und Gesundheitsverhalten der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen und durch gesundheitsfördernde Empfehlungen medizinisch mitzugestalten. Die zielgruppenorientierte (Alter, Lebensstil), kontext- bzw. lebensraumbezogene (Schule, Arbeitsplatz,

Familie) Gesundheitsförderung staatlicher, betrieblicher und freier Träger der Gesundheitsförderung und der Krankenversicherungen muss vernetzt und ausgebaut werden.

Ein konkretes Einsparpotential kann in diesem Bereich nicht seriös beziffert werden. Das zweifelsohne vorhandene Einsparungspotential soll jedoch weitestmöglich ausgeschöpft werden. Zur Finanzierung der mit der Verbesserung der Prävention verbundenen Kosten sollen Steuereinnahmen herangezogen werden, die sich u.a. durch die in diesem Papier empfohlene Anhebung der Steuern auf Alkohol und Tabak im Mehrwertsteueraufkommen ergeben.

3. Strukturreformen im Gesundheitssystem durchsetzen

3.1 *Integrierte Versorgungsformen schaffen*

Ambulanter und stationärer Sektor sind in Deutschland strikt getrennt. Sie verfügen über jeweils eigene Entgeltsysteme, die einer kontinuierlichen, an Versorgungsqualität orientierten Behandlung entgegensteht. Die Versorgungskette muss besser aufeinander abgestimmt werden.

Chronisch kranke und schwerstbehinderte Menschen könnten die Verlierer der Einführung des neuen Krankenhaus-Entgeltsystems sein. Daher sind die Rahmenbedingungen zur Einführung und Weiterentwicklung des DRG-Fallpauschalensystems verbesserungsbedürftig, damit die Krankenhäuser das neue Entgeltsystem sachgerecht umsetzen können. Daneben ist ein bedarfsgerechter, flächendeckender Ausbau der ambulanten und teilstationären Angebote der Krankenpflege, der medizinischen Behandlung, der Therapie und Rehabilitation notwendig, um den Konsequenzen der sinkenden Verweildauer im Krankenhaus auf die nachgeordneten Bereiche gerecht zu werden.

Die mit der Gesundheitsreform 2000 geschaffenen Möglichkeiten müssen genutzt und ausgebaut werden. Dem steht jedoch bisher die Selbstblockade der Selbstverwaltung gegenüber. So scheitert insbesondere die Umsetzung von Modellversuchen und Strukturverträgen zur integrierten Versorgung, wie sie in den §§ 63 ff., 73a und 140a ff. SGB V vorgesehen sind, immer wieder an den widerstreitenden Interessen der Kassen sowie den internen Machtkämpfen unterschiedlicher Ärztegruppen innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die bestehende gegenseitige Abschottung durch sektorale Budgets und unterschiedliche Vergütungsstrukturen hat zudem zu erheblichen Schnittstellenproblemen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung, aber auch zwischen Akutbehandlung im Krankenhaus und Anschlussrehabilitation geführt. Demgegenüber müssen sektorübergreifende Versorgungsstrukturen („integrierte Versorgung“) endlich ernsthaft gefördert werden.

Über die integrierte Versorgung im Rahmen der §§ 140 ff. SGB V hinaus sind leistungsträgerübergreifende Versorgungsstrukturen zu entwickeln. Anstelle der starren Trennung des ambulanten und des stationären Sektors ist eine sektorübergreifende Versorgung anzustreben. Regelungen zur integrierten Versorgung nach dem SGB V sind weiterzuentwickeln. Mehr medizinische und soziale Effektivität und ökonomische Effizienz ist durch eine bessere Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung, sowie von Prävention, medizinischer, sozialer und beruflicher Rehabilitation und Pflege zu erreichen. Die sektorübergreifenden und sektorinternen Strukturen der Regelversorgung müssen hinsichtlich Organisation und Finanzierung besser aufeinander abgestimmt sein. Gleiches gilt für den Informations- und Datenaustausch.

3.2 *Qualitätswettbewerb ermöglichen – den RSA morbiditätsorientiert ausgestalten*

Der bestehende Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen berücksichtigt die Morbidität der Patientinnen und Patienten nur unzureichend. Es gibt deshalb keinen Qualitätswettbewerb um chronisch kranke und behinderte Menschen. Im Gegenteil wird die Verbesserung der Attraktivität einer Krankenkasse durch bessere und wirtschaftliche Serviceleistungen für diese Personengruppen sanktioniert, weil sie dadurch in der wirtschaftlichen Wettbewerbsfähigkeit mit den anderen Kassen zurückfällt.

So belaufen sich die Kosten für die gängige diskontinuierliche und desintegrierte Versorgung von Diabetes-Patienten auf ca. 4.750 €/ Jahr. Eine von den Kassen zusammen mit Allgemein- und Fachärzten sowie Krankenhäusern organisierte integrierte und kontinuierliche Versorgung würde bei verbesserter Qualität mit ca. 4000 € deutlich günstiger sein. Da solche Angebote jedoch die Attraktivität der anbietenden Kassen für chronisch Kranke und andere sog. „schlechte Risiken“ erhöhen, ohne dass die Kassen eine entsprechende Kompensation

aus dem Risikostrukturausgleich erhalten, würde eine Krankenkasse mit dem günstigeren und qualitativ hochwertigere Angebot ihre Wettbewerbsfähigkeit gegenüber anderen Krankenkassen verschlechtern. Wir brauchen deshalb einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich bei einem einheitlichen Leistungskatalog – und das nicht erst 2007.

3.3 *Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes*

Eine wichtige Rolle bei der umfassenden Prävention kommt der öffentlichen Gesundheitsförderung und -erziehung zu. Aktivitäten der Prävention der Krankenversicherungen sind mit regionaler Gesundheitspolitik zu koordinieren. Die Gesundheitsförderung in allen Bereichen, insbesondere in Kindertagesstätten, Schulen und Familien, aber auch der Ausbau betrieblicher Gesundheitsförderung, ist zu stärken. Den spezifischen Gesundheitsbeeinträchtigungen von bestimmten Zielgruppen - wie ältere Menschen, Frauen und Kindern ist besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

Zur Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes wird vorgeschlagen, im Zuge des geplanten Präventionsgesetzes die Rolle der öffentlichen Gesundheitsämter auch hinsichtlich der Prävention nachhaltig zu stärken und dabei auch die Finanzierungsgrundlage der Prävention durch den ÖGD aus Steuermitteln auf Dauer sicherzustellen. Die dafür notwendigen Mehrausgaben⁹ werden mittelfristig durch Einsparungen auf der Ausgabenseite sowohl der GKV wie der öffentlichen Hand überkompensiert.

3.4 *Disease-Management-Programme fördern*

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit 2000/2001 festgestellt, dass in Deutschland ca. die Hälfte aller an den wichtigsten chronischen Krankheiten leidenden PatientInnen nicht nach dem wissenschaftlich gesicherten Stand behandelt werden. Dieses Defizit zeigt sich in überdurchschnittlich hoher Mortalität und Morbidität im Vergleich zu anderen Ländern.

Daher sollte es den Krankenkassen ermöglicht werden, mit besonders qualitätsorientierten Leistungserbringern gesonderte Verträge abzuschließen. Beispiele hierfür sind die gesonderte Vergütung des Dokumentationsaufwandes in strukturierten Behandlungsprogrammen für chronische Erkrankungen (Disease-Management-Programme). Die Angebote leitliniengestützter, sektorübergreifender Versorgungsprogramme (DMP) für chronisch und schwer kranke Menschen sind deshalb auszubauen. Sie bieten ein erhebliches Potential für Effizienzsteigerungen in der Versorgung chronisch Kranker. Sie werden jedoch nur effektiv ausgestaltet werden können, wenn die Programme einheitlich für alle Krankenkassen entwickelt werden und es gelingt, zwischen den Krankenkassen einen Wettbewerb um die beste Versorgung zu initiieren, der auch das Übertreffen der Leitlinien attraktiv macht. Die Selbsthilfegruppen chronisch kranker Menschen müssen deshalb in diese Programme eingebunden werden. Sobald der Risikostrukturausgleich (RSA) morbiditätsorientiert ausgestaltet ist (s. 3.2), kann die Verknüpfung zwischen Disease-Management und RSA aufgehoben werden.

3.5 *Beseitigung der Unterversorgung im Bereich der Rehabilitation*

Nach den Feststellungen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen gehört die Rehabilitation ebenso wie die Prävention zu den großen Unterversorgungsbereichen bei chronisch Kranken¹⁰. Im Unterschied zu der sich langsam verbessernden Wahrnehmung des Problems in der Prävention ist jedoch das Problembewusstsein hinsichtlich der Unterversorgung mit rehabilitativen Leistungen kaum vorhanden.

⁹ Die finanzielle Kalkulation geht von einem Kostenvolumen in Höhe von 820 Mio. € aus; das entspräche 10 € pro Einwohner in Deutschland. Diese Summe entspricht dem, was der Bund in dem vorliegenden Modell an Mehrbelastung tragen müsste (s. Tabelle im Anhang).

¹⁰ Vgl. dazu Sachverständigenrat 2001, Band III, Ziffern 348, 350, 359, 380; Sachverständigenrat 2003, Ziffer 136

Dabei steht die Unterversorgung mit Rehabilitation in einem deutlichen Widerspruch zu der empirisch gesicherten Effektivität einer multidimensionalen und multidisziplinären Rehabilitation. Mit der Zielsetzung der Rehabilitation – Teilhabestörungen zu vermeiden, zu beseitigen, zu mindern oder Verschlimmerungen zu verhüten – können nicht nur in erheblichem Umfang Kosten der Akutversorgung, sondern auch andere Sozialleistungen (Rente, Sozialhilfe, Leistungen der Arbeitsverwaltung) reduziert bzw. vermieden werden. Rehabilitation ist zweifelsfrei ein wirksames Instrument zur Kostenvermeidung und Kostensenkung im gesamten Sozial- und Gesundheitswesen.

Mit der Zusammenfassung, Aktualisierung und Neuausrichtung des Rehabilitationsrechts im SGB IX hat der Gesetzgeber wesentliche Schritte zur besseren Nutzung des bislang kaum ausgeschöpften Rehabilitationspotentials insbesondere chronisch Kranker unternommen. Der Sachverständigenrat sieht jedoch in seinem Gutachten 2003 erhebliche Defizite in der Umsetzung des Gesetzes, sodass weiterhin die Notwendigkeit besteht, den Grundsätzen des SGB IX Geltung zu verschaffen, die Unterversorgung im Bereich der Rehabilitation zu beseitigen, die Rehabilitation weiterzuentwickeln, Hemmnisse wie die kontraproduktiven Budgetgrenzen zu beseitigen und die Rehabilitationspotentiale der chronisch Kranken mit den daran geknüpften Einsparpotentialen¹¹ konsequent zu schöpfen.

In diesem Zusammenhang ist zu betonen, dass Mutter-Kind-Kuren nach § 41 SGB V der medizinischen Rehabilitation zuzurechnen sind. Soziotherapie ist eine Leistung für die Behandlung psychisch kranker Menschen. Beides muss unverändert in der GKV verbleiben.

3.6 Die Lotsenfunktion der Hausärztes strukturell stärken

Grundsätzlich ist – analog zu den Eckpunkten der Bundesgesundheitsministerin – der Hausarzt in seiner Funktion als Lotse im Gesundheitswesen zu stärken. Der Versicherte soll durch entsprechende Anreizsysteme motiviert werden, diese Lotsenfunktion anzunehmen.

Für chronisch kranke und behinderte Menschen müssen jedoch auch Fachärztinnen und Fachärzte mit dem erforderlichen Spezialwissen eine qualifizierte Lotsenfunktion ausüben können, wenn sie rehabilitationsspezifische Kompetenzen nachweisen. Zugang zur primärärztlichen Versorgung in diesem Sinne haben Personen nach § 2 SGB IX. Die faktische Vergütungsbenachteiligung von Ärztinnen und Ärzten, die die Basisbetreuung chronisch kranker und behinderter Menschen übernehmen, muss durch ein leistungsangemessenes Vergütungssystem abgelöst werden.

¹¹ Auf der Grundlage von Berechnungen der rehabilitationswissenschaftlichen Abteilung des VDR ist dabei ein erhebliches Einsparpotential von langfristig bis zu 6 Mrd. € in der GKV und bis zu 8 Mrd. € in der Rentenversicherung realisierbar. Vgl. Rentenreformpapier des SPD-Parteivorstandes 1998

4. Stärkung der Verbraucher- und PatientInnensouveränität

4.1 *Leistungs- und Kostentransparenz im Gesundheitswesen schaffen*

Zur Wirtschaftlichkeit des Systems gehört, dass sich die Nutzerinnen und Nutzer von Gesundheitsleistungen über Qualität, Umfang und Kosten der angebotenen wie der in Anspruch genommenen Leistungen und Produkte (z.B. Arznei- oder Hilfsmittel) informieren können, auch wenn sie diese nicht direkt bezahlen. Um ihre Rolle als mündige Verbraucher wahrnehmen zu können, müssen die im Gesundheitswesen erbrachten Leistungen und ihre Kosten den Patienten und Versicherten transparenter gemacht werden. Vorliegende *Qualitätsdaten* über medizinische, pflegerische und rehabilitative Leistungen im ambulanten und stationären Bereich (Entwicklung transparenter Benchmarkingsysteme) sind daher in für Verbraucher verständlicher Weise zu veröffentlichen und nutzbar zu machen. Erbrachte Leistungen sollen im Zuge einer für den Patienten nachvollziehbar gestalteten *Patientenquittung* dokumentiert werden, so dass die Patienten einen Teil der Abrechnungskontrolle im stationären wie im ambulanten Bereich mit übernehmen können.

Um Doppel- und Fehlversorgung weitgehend zu verhindern, ist die Funktion der Chipkarte auf eine elektronische Patientenakte hin zu erweitern, die folgende Elemente zusammenfasst: elektronisches Rezept, elektronische Patientenakte, elektronischer Arztbrief, Notfallausweis. Damit soll die Kommunikation an den Schnittstellen der Versorgung verbessert werden. Unabdingbar für die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte ist, dass ein datenschutzrechtlich unbedenkliches System gewählt wird. Das schließt die Freiwilligkeit ein.

Am bewährten Sachleistungsprinzip in der GKV soll festgehalten werden. Eine Abkehr vom Sachleistungsprinzip könnte dazu beitragen, dass erstattungsfähige Sachleistungen und individuelle Gesundheitsleistungen vermischt werden und den Patientinnen und Patienten sukzessive mehr Lasten aufgebürdet werden.

4.2 *PatientInnenrechte weiterentwickeln und stärken*

Obwohl die Rechte von Patientinnen und Patienten in Deutschland durch Gesetz und Rechtsprechung weitgehend definiert sind, werden diese Rechte nicht immer wahrgenommen. Ende 2002 ist daher mit dem Dokument „Patientenrechte in Deutschland“ der aktuelle Stand der rechtlichen Situation von Patienten zusammenfassend dargestellt worden. Gleichwohl gibt es Bereiche, in denen die rechtliche Position von Patientinnen und Patienten gegenüber Behandlern noch unzureichend geregelt ist.

Es empfiehlt sich daher, das bestehende Recht im Rahmen eines zuschaffenden Patientenrechte- und -informationsgesetzes transparent zu kodifizieren und substantiell weiterzuentwickeln. Dies betrifft vor allem Konfliktfälle im Fall eines Behandlungsfehlers. Fehler sind menschlich und können auch Ärzten unterlaufen. Häufig werden Fehler jedoch dem Patienten gegenüber nicht eingestanden, da der Arzt befürchtet, dass gegebenenfalls der Haftungsschutz verloren geht. Das führt zu einer schweren Belastung des Vertrauensverhältnisses zwischen Patient und Arzt, die durch Klärung der Haftungsbedingungen beseitigt werden sollte. Vor allem aber muss die Rechtsstellung des Patienten im Konfliktfall gestärkt werden, indem der Arzt bei einem vorliegenden Behandlungsfehler darlegen muss, dass das Patientenleiden nicht von der Behandlung verursacht wurde (Beweislastumkehr). Die individuelle Regelung von Haftungsansprüchen sollte für Menschen mit schweren Schäden bei ungeklärter Verursachung durch eine verschuldensunabhängige Haftungsregelung (Behandlungsfehlerfonds) ergänzt werden. Schließlich müssen betroffenen Patientinnen und Patienten von Leistungsanbietern und Kostenträgern unabhängige medizinische Gutachterstellen zur Verfügung stehen.

4.3 *Unabhängige Patientenberatung ausbauen*

Um das Recht von Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung, Würde und angemessene Versorgung konkret mit Leben zu füllen, sind unabhängige Information und Beratung sowie persönliche Unterstützung notwendig. Unabhängigkeit ist dort gewährleistet, wo die

Angebote von Interessen der Leistungsanbieter wie der Kostenträger unbeeinflusst stattfinden. Die Pflichtförderung von Modellprojekten im Rahmen des § 65b SGB V muss nach Auswertung des Modells auf eine sichere finanzielle Basis gestellt und ausgebaut werden. Über die Modellprojekte nach § 65b hinaus bedarf es einer bundesweiten Vernetzung der Patientenberatung, um Qualität zu gewährleisten und Erfahrungen aus der Beratung zeitnah auszuwerten. Im Hinblick den Beratungsauftrag der Sozialversicherungen wird eine grundsätzliche Novelle des SGB I vorgeschlagen.

4.4 PatientInnenbeteiligung im Gesundheitswesen herstellen

Das deutsche Gesundheitswesen ist in seinen Strukturen noch nicht hinreichend darauf eingestellt, dass selbstbewusste Patienten und Versicherte als Partner im System handeln und sich nicht nur behandeln lassen wollen. Formen und Orte der Verbraucherbeteiligung sind unterentwickelt. Die Umorientierung des Gesundheitswesens in Richtung auf mehr Partizipation bedarf zunächst institutioneller Reformen:

Beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung ist das Amt einer/eines *Beauftragten für die Belange der Patientinnen und Patienten* einzurichten¹². Diesem/r Beauftragten soll ein Beirat zugeordnet sein, in dem die relevanten Organisationen der Patientenvertretung und -unterstützung vertreten sind.

Da die Reform des Gesundheitswesens nicht mit einem Schlag geschieht, sondern ein dauerhafter Prozess sein wird, ist es sinnvoll die relevanten Akteure und die Vertreter von Versicherten und Patienten regelmäßig an einen Tisch zu bringen. Es ist daher eine *Bundesgesundheitskonferenz* einzuberufen, in der bestehende Foren koordiniert und gebündelt werden. Darin sollen neben den anderen Akteuren des Gesundheitswesens, einschließlich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, auch die Organisationen der Verbraucher- und Patienteninteressen auf Bundesebene vertreten sein. Diese Konferenz soll kontinuierlich und ergebnisorientiert arbeiten und zu verbindlichen Vereinbarungen zwischen den Beteiligten führen. Solche Gesundheitskonferenzen existieren derzeit zum Teil auf Landes- und regionaler Ebene.

Die Organisationen der Verbraucher und Patienten übernehmen eine wichtige Sensorfunktion für Probleme im Gesundheitswesen, indem sie Erfahrungen von einzelnen zusammenführen und auswerten. Die in der Regel als Verein organisierten Organisationen leiten ihren Vertretungsanspruch zum einen aus dem jeweiligen Mandat der Organisation (Mitgliedschaft, Struktur und Auftrag) her, d.h. aus der Frage, welche Gruppe sie zu repräsentieren in der Lage ist, und zum anderen aus der fachlichen Kompetenz (inhaltliche Schwerpunkte, Expertise zu bestimmten Themen), die sich vor allem aus den Serviceangeboten der jeweiligen Organisation ergibt. Um Partizipation in den entsprechenden Institutionen und Gremien zu ermöglichen, muss das Mandat und die Legitimation der jeweiligen Organisation verbindlich geklärt werden. Wir empfehlen ein *offizielles Anerkennungsverfahren für Patientenorganisationen* durch das BMGS einzuführen, um die seriösen und anerkannten Verbände auf Bundesebene, etwa im Rahmen einer Selbstverpflichtung, anhand klar definierter Kriterien identifizieren zu können.

Staatliche Beratungsgremien, die Bundesausschüsse und der Koordinierungsausschuss sind mit einer offeneren Arbeitsstruktur und Beratungsweise auszustatten, die eine verantwortliche Mitgestaltung und Mitwirkung der Vertretungen von Patientinnen und Patienten, von chronisch kranken und behinderten Menschen sowie der Verbraucherinnen und Verbraucher sicherstellt, die Einbeziehung von Sachverständigen und von Experten in eigener Sache

¹² Vgl. Verbraucherzentrale Bundesverband u.a. (2003): Aufgaben eines Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten; Düsseldorf/Berlin. Behindertenbeauftragter der Bundesregierung, Paritätischer Wohlfahrtsverband u.a (2002): Eckpunkte für eine integrationsorientierte Gesundheitsreform aus Sicht chronisch kranker und behinderter Menschen. Berlin.

ermöglicht und eine öffentliche Diskussion über Gesundheitsziele und Regelungsinhalte zulässt. Die Entscheidung, für welche Institution bzw. welches Gremium im Gesundheitswesen welche Qualität der *Verbraucher- und Patientenpartizipation* geeignet ist, muss differenziert getroffen werden.

4.5 Einbeziehung der Versicherten

Das Prinzip der paritätischen Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer spiegelt sich in der Struktur der Selbstverwaltung wider. Die Vertretung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenkasse wird durch die Arbeitnehmervertreter innerhalb der Selbstverwaltung wahrgenommen. Darüber hinaus soll die Verbraucher- und Patientenkompetenz im Rahmen von Beiratsmodellen in die Entscheidungen der Kassenselbstverwaltung einbezogen werden. Im Zuge der anstehenden Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung sind Maßnahmen zu prüfen, die das Instrument der Sozialwahlen aufwerten und die Arbeit der Selbstverwaltung transparenter gestalten.

4.6 Anreize für Systemverantwortung

Die Verbraucherinnen und Verbraucher haben ein Interesse daran, dass die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bedarfsgerecht, wirksam und wirtschaftlich erbracht sowie korrekt abgerechnet werden. Versicherte und Patienten sollten aber zusätzlich durch gezielte Anreizsysteme zu wirtschaftlich und gesundheitspolitisch sinnvollem Verhalten motiviert werden. Mögliche Anreizmodelle zielen auf solche Handlungsoptionen, in denen die Versicherten und Patienten durch ihr Verhalten Kosten einsparen oder die Effizienz der Versorgung erhöhen und damit Systemverantwortung vor allem im Sinne der Wirtschaftlichkeit wahrnehmen. Geeignete Instrumente dafür sind intelligente Bonussysteme.

5. Zusammenfassung und Perspektive

Ziel dieses Diskussionspapiers ist es, wirksame und konkrete Vorschläge für eine nachhaltige Sicherung der Finanzierbarkeit der sozialen Krankenversicherung zu unterbreiten, ohne die bewährten Strukturprinzipien oder den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung ganz oder teilweise aufzugeben. Dabei wurden die Vorschläge gleichermaßen an den Kriterien der Sicherung der Finanzierbarkeit der Krankenversorgung, der Verbesserung der Strukturen des Gesundheitswesens und der politischen Durchsetzbarkeit gemessen.

Die Summe der unmittelbar finanzwirksamen Vorschläge dieses Papiers ermöglicht eine relativ kurzfristig realisierbare Beitragssatzsenkung um ca. 2,24 bis 3,54 Beitragssatzpunkte. Über die unmittelbar beitragsatzwirksamen Vorschläge hinaus sichern viele der zuvor genannten, nicht unmittelbar quantifizierbaren Vorschläge durch Strukturverbesserungen die Nachhaltigkeit der Finanzierung der sozialen Krankenversicherung, indem sie mittel- und langfristig zu signifikanten Einsparungen beitragen.

Die skizzierten Vorschläge belegen, dass es zu einer Sicherung der Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme keines radikalen Bruchs mit dem bestehenden System der sozialen Krankenversicherung bedarf. Zudem wird die soziale Nachhaltigkeit des Vorschlags dadurch unterstrichen, dass er ohne die pauschale Streichung von Leistungen aus dem GKV-Leistungskatalog auskommt.

Anlage

Müller, Stolterfoht, Trauernicht, WieseHügel – Solidarisch, leistungsfähig und gerecht – Finanztableau

| | Maßnahme | Mehreinnahme der GKV | Beitragssatz kurzfristig | Beitragssatz mittelfristig | Bundeshaushalt |
|-----------|--|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------|
| 1. | Reformen in der Finanzierungsstruktur der GKV | | | | |
| 1.1 | <i>Verschiebeparkplätze umfinanzieren</i> | 6,4 Mrd. € | 0,64 % | | - 6,4 Mrd. € |
| 1.2 | <i>Anhebung der Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze auf 5.100 €</i> | 7 Mrd. € | 0,70 % | | |
| 1.2 | <i>Aufhebung der VPG + andere Ar- beitseinkommensarten</i> | 7 Mrd. € | | 0,70 % | |
| 1.3 | <i>Erhöhung von Alkohol-/Tabaksteuern</i> | | | | +10,4 Mrd. € |
| 1.3 | <i>7 % Mehrwertsteuer auf Arzneimittel</i> | 2 Mrd. € | 0,20 % | | - 2 Mrd. € |
| 1.5 | <i>Sozialhilfeempfänger in die GKV ein- beziehen</i> | 880 Mio. € | 0,10 % | | |
| 2. | Reformen hinsichtlich des Leistungskataloges der GKV | | | | |
| 2.1 | <i>Versicherungsfremde Leistungen umfi- nanzieren</i> | 1,97 Mrd. € | 0,20 % | | - 1,97 Mrd. € |
| 2.2 | <i>Effizienz und Transparenz in der Arz- neimittelversorgung sichern</i> | 4 Mrd. € | 0,40 % | | |
| 3. | Strukturreformen im Gesundheitssystem durchsetzen | | | | |
| 3.3 | <i>Stärkung des öffentlichen Gesund- heitsdienstes</i> | | | | - 820 Mio. € |
| 3.6 | <i>Rehabilitation verbessern</i> | 6 Mrd. € | | 0,60 % | |
| | Summe | 35,25 Mrd. € | 2,24 % | 3,54 % | - 790 Mio. € |