

Klaus Kirschner, MdB
Diskussionsentwurf

Für eine solidarische Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

Einleitung

„Das deutsche Gesundheitswesen leistet nicht, was es leisten könnte. Es hat zu wenig Zielorientierung, Patientenorientierung und Qualitätsorientierung.

Das deutsche Gesundheitswesen braucht nach 25 Jahren dominierender Kostendämpfungsdebatte eine verstärkte Orientierung an inhaltlichen Gesundheitszielen. Diese sollen sich an den Bedürfnissen von Patienten und Bürgern orientieren. Sie sollten die immer noch auf breiter Front sowohl in Arztpraxen wie in der Politik vernachlässigte Prävention in Kindheit, Schulen, bis ins fortgeschrittene Erwachsenenalter nachhaltig ausbauen.

Diese Neuorientierung ist um so notwendiger als Deutschland im internationalen Vergleich führender Industrieländer zwar eine Spitzenposition bei den Gesundheitsausgaben einnimmt, aber nur unterdurchschnittliche bis durchschnittliche Werte bei Lebenserwartung bzw. verlorenen Lebensjahren einnimmt.

Es fehlt unserem Gesundheitswesen an Patientenorientierung, insbesondere einer konsequenten Orientierung an dem Bedarf chronisch Kranker.“
(Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz, Vorsitzender des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen am 20. März 2001 in Berlin.)

Gravierende Defizite stellt der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) in seinem Jahresgutachten 2000/2001 sowohl in der Prävention als auch bei der Behandlung chronisch Kranker und in der Rehabilitation fest. Dieses Gutachten, das auf der mit Abstand größten und methodisch aufwendigsten Analyse der Qualität des deutschen Gesundheitssystems basiert, bestätigt frühere Studien des SVR und anderer unabhängiger wissenschaftlicher Gutachter.

Schlussfolgerung:

“Die zahlreichen in diesem Gutachten aufgeführten Beispiele für Über-, Unter- und Fehlversorgung stützen die These, dass unser gegenwärtiges Gesundheitssystem in vielen Fällen nur unzureichend an die Erfordernisse der Behandlung chronisch Kranker angepasst ist. Diese Fehladaptation lässt sich im wesentlichen auf die dem akutmedizinischen Paradigma verhafteten Strukturen der

Gesundheitsversorgung, der Qualifikation und der Sozialisation der Leistungserbringer zurückführen." (SVR, Jahresgutachten 2000/01 Bd. III, Ausf. Zusammenf., S. 65)

Die Analyse gibt Anlass, die Prinzipien für eine solidarische Krankenversicherung in Deutschland darzustellen und die Wege in Richtung besserer Qualität und Wirtschaftlichkeit aufzuzeigen.

Zielorientierung für das GKV-System

Die Zufuhr zusätzlicher finanzieller Mittel löst die Herausforderungen der Zukunft, vor denen unser Gesundheitssystem steht, nicht. Dies zeigt ein Ländervergleich. So werden in der Bundesrepublik ca. 10,9 % des BIP (Bruttoinlandsprodukt) (1998 insgesamt 413 Mrd. DM – davon hat die GKV rd. 232 Mrd. DM = 56 % finanziert) und damit fast jede neunte Mark, für Gesundheit ausgegeben. Wir belegen damit den Spitzenplatz in Europa.

In den USA bspw. werden bei einem stark liberalisierten System ca. 13,9 % des BIP für das Gesundheitswesen ausgegeben und dies vor dem Hintergrund, dass rd. 44 Millionen US-Amerikaner, das entspricht 15 Prozent der Bevölkerung, keinen Krankenversicherungsschutz haben. Für weitere ca. 30 % bedeutet eine schwerere Krankheit gleichzeitig auch eine finanzielle Existenzbedrohung. Die durchschnittliche Lebenserwartung liegt noch niedriger als in Deutschland. Andererseits weisen Länder mit niedrigeren Aufwendungen für ihr Gesundheitssystem wie bspw. Niederlande, Finnland oder Schweden in einigen Bereichen deutlich bessere Versorgungsergebnisse auf als Deutschland und eine durchschnittlich höhere Lebenserwartung.

Der insbesondere bei Teilen der Leistungserbringer populäre Ruf nach mehr Einnahmen für das GKV-System bspw. durch Spaltung des Leistungskataloges in Grund- und Wahlleistungen und damit von Streichungen von bisher als notwendig erkannten medizinischen Versorgungsleistungen zeugt von einem mangelnden Problembewusstsein der Leistungserbringer. Wenn medizinisch notwendige Leistungen ausgegrenzt und nicht mehr solidarisch, sondern durch hohe Eigenbeteiligungen dieser Kranken selbst finanziert werden, ist das Zwei-Klassen-Medizin. (Wir wenden in Deutschland mehr als in jedem anderen EU-Land pro Kopf für Gesundheitsversorgung auf, - nur die Schweiz gibt noch mehr aus –; wir haben Spitzenpositionen bei der Anzahl der Ärzte, der Anzahl der Krankenhausbetten und der durchschnittlichen stationären Krankenhausverweildauer sowie der Arzneimittelverordnungen).

Die von der Bundesärztekammer (BÄK) sowie anderen Verbänden der Ärzteschaft behauptete Unterfinanzierung und die daraus abgeleitete Forderung zur Erhöhung der Zuzahlungen sind keine seriöse und patientenfreundliche Basis für die weiteren Reformen unseres Gesundheitssystems: 20 % der Versicherten verursachen 80 % der Kosten. Meistens handelt es sich dabei um chronisch Kranke. Sie finanziell stärker zu belasten wäre nicht nur unsozial sondern auch ethisch äußerst problematisch, denn die Einkommens- und Gewinninteressen der Leistungserbringer würden dann auf der Basis einer vermeintlichen "Eigenbeteiligung" der Patienten bedient, statt einer Zielorientierung am Bedarf der Patienten.

Zur Finanzsituation der GKV

Nach den ersten neun Monaten d. J. 2001 weist die GKV ein Defizit von rd. 6,2 Milliarden DM auf. Davon sind insbesondere die Ang.EK und die AOK betroffen, weniger die BKKen:

Ang.- Ersatzkassen	-	3,23 Mrd. DM
AOK	-	2,23 Mrd. DM
IKK	-	232 Mio. DM
BKK	-	530 Mio. DM.

Die Kassen prognostizieren eine Erhöhung des durchschnittlichen Beitragssatzes von derzeit 13,60 v.H. zum Jahresbeginn 2002 auf über 14 v.H.. Dies wird vor allem durch die überproportionalen Ausgabensteigerungen bei den Arzneimitteln (+ 11,1 %) verursacht. Teilweise durch das unwirtschaftliche Verschreibungsverhalten der Vertragsärzte stiegen die Arzneimittelausgaben in den ersten neun Monaten 2001 um rd. 2,5 Mrd. DM. Bei einem Anhalten dieses Trends, wird erstmals die 40-Milliarden-DM-Arzneimittelausgaben-Grenze überschritten.

Auch hier zeigt sich bei den einzelnen Kassen ein sehr differenziertes Bild:

EAR:	+	19,9 %
EAV:	+	14,5 %
IKK:	+	13,6 %
AOK:	+	12,5 %
BKK:	+	1,3 %.

Anmerkung: Die Arzneimittelausgabensteigerungen sind ein Spiegelbild der Versichertenstruktur der einzelnen Kassen bzw. Kassenarten und des Anteils der Kranken versus Gesunde.

Zusätzlich wirkt auf die Einnahmenseite der Kassen seit diesem Jahr auch die Neuregelung der Absenkung der Beitragsbemessungsgrundlage für Alhi-Empfänger mit jährlichen Mindereinnahmen von 1,2 Mrd. DM. Hinzu kommt eine weitere Mindereinnahme von 250 Mio. DM durch die Neuregelung der Erwerbsminderungsrenten.

Diese drei Positionen (Arzneimittelausgaben, Minderung der Einnahmenseite bei den Alhi-Empfängern und bei den Erwerbsminderungsrenten) wirken wiederum sehr unterschiedlich: die großen "Versorgerkassen" sind stärker betroffen als die sog. "virtuellen BKK'en", die in der Regel einen geringeren Anteil an Kranken, Arbeitslosen und Erwerbsminderungsrentnern versichern. Erschwerend kommt für die Ersteren hinzu, dass vorwiegend Gesunde zu diesen BKK'en wechseln, was die finanzielle Schieflage nochmals verschärft, da sie aufgrund ihrer günstigen Versichertenstruktur einen niedrigeren Beitragssatz erheben können.

Grundsätze einer solidarischen Gesundheitspolitik

Die Besinnung auf die Werte und die klassischen Stärken der solidarischen Krankenversicherung bringt die richtigen Lösungen:

- Stärkung des Solidarprinzips (Jung für Alt, Gutverdienende für Wenigverdienende, Alleinverdiener für Mitversicherte, Gesunde für Kranke).
- Beibehaltung des Sachleistungsprinzips.
- Weiterentwicklung des Selbstverwaltungsprinzips durch eine solidarische Wettbewerbsordnung.
- Beibehaltung der paritätischen Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer.
- Umsetzung des Prinzips der Vollversorgung für alle Versicherten mit allen medizinisch notwendigen Leistungen.
- Versicherungspflicht in der GKV.

Die GKV besitzt mit ihren zentralen Strukturprinzipien einen starken emanzipatorischen Charakter: die medizinisch notwendige Versorgung hängt nicht von den finanziellen Mög-

lichkeiten des Einzelnen ab, sondern einzig und allein vom medizinischen Bedarf. Dies erst schafft die Voraussetzungen, dass die nach wie vor ungleich verteilten (verhältnisbedingten) Gesundheitsrisiken und damit auch die schichtenabhängige soziale Ungleichheit von Krankheitsrisiken und damit von Morbidität und Mortalität, nicht zur materiellen Existenzbedrohung werden.

Eine moderne und fortschrittliche Gesundheitspolitik, die die vom SVR beschriebenen Probleme erfolgreich angehen will, muss sich an folgenden Zielsetzungen orientieren:

1. Alle Patienten haben Anspruch auf einen barrierefreien Zugang zu einer medizinischen Vollversorgung, die dem jeweils gesicherten Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht.
2. Die Gesundheitschancen dürfen nicht von der sozialen Herkunft oder sozialen Schicht abhängen, die Gesundheit sozial Schwacher muss besonders gefördert werden.
3. Die medizinische Versorgung muss sich an politisch im gesellschaftlichen Konsens definierten Gesundheits- und Versorgungszielen orientieren. Die Zielsetzung ist durch eine qualifizierte Gesundheitsberichterstattung zu messen. *Eine adäquate Datenbasis dafür muss schnellstmöglich geschaffen werden.*
4. Die medizinische Versorgung muss Ansprüche auf hohe Qualität erfüllen.
5. Die Beschäftigten im Gesundheitswesen haben Anspruch auf Arbeitsbedingungen und Weiterentwicklungsmöglichkeiten, die im Vergleich zu anderen Wirtschaftszweigen attraktiv sind.
6. Die solidarisch erbrachten Finanzmittel der GKV dienen ausschließlich den Zielen des Gesundheitswesens. Quersubvention für andere Sozialsysteme oder die Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben, bspw. Familienpolitik, sind nicht Aufgabe der GKV und nicht von ihr zu finanzieren, sondern über Steuern.
7. *Der Wettbewerb der GKV ist so umzugestalten, dass nicht mehr der Wettbewerb um Gesunde belohnt wird, sondern der Wettbewerb um die Versorgungsoptimierung der Patienten in den Mittelpunkt rückt.*
8. *Die solidarische Verfassung des Gesundheitswesens steht nicht im Widerspruch zu der Erkenntnis, dass es sich dabei um einen der bedeutendsten Wirtschaftszweige in unserer Volkswirtschaft handelt*

I. Der Patient steht im Mittelpunkt

Gesundheitsreformen haben kompromisslos die Interessen der Patienten in den Mittelpunkt zu stellen. Das von der Bundesregierung und SPD - BÜNDNIS 90/GRÜNE beschlossene Gesundheitsreformgesetz 2000 garantiert den Patienten wieder den Anspruch auf einen barrierefreien Zugang zur medizinisch notwendigen Vollversorgung, die dem jeweils gesicherten Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht. Die einzelnen Reformschritte dieses Gesetzes sind notwendig, um die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie die Produktivität zu steigern. Dazu gehören bspw.:

- integrierte Versorgungsstrukturen einschl. des stationären Bereichs (§ 140 a SGB V),
- die vertragliche Umsetzung von jährlich zehn evidenzbasierten medizinischen Behandlungsleitlinien durch den Koordinierungsausschuss (§137 e SGB V),
- die Einführung von Fallpauschalen im Krankenhaus (DRGs),
- die Festlegung eines Katalogs ambulanter stationersetzender Behandlungen um teure stationäre Krankenhausaufenthalte zu ersetzen,
- der Ausschuss Krankenhaus,
- die Erstellung der Arzneimittelpositivliste.

Das beschlossene Gesundheitsreformgesetz 2000 ist konsequent umzusetzen, ergänzt durch zwischenzeitlich als notwendig erkannte Verbesserungen, *wobei Deregulierung kein Wert an sich sein kann; dies zeigt insbesondere die aktuelle Ausgabenentwicklung bei den Arzneimitteln*. Fast alle Leistungserbringergruppen bekämpften diese Reform, wie das Zweckbündnis "Gesundheit 2000" gezeigt hat. Weder die integrierte Versorgung noch der Aufbau einer leitliniengestützten Versorgung wurden bislang umgesetzt. Die Einführung der DRGs liegt weiter hinter dem von der Selbstverwaltung angekündigten Zeitplan. Der Krankenhausausschuss und der Koordinierungsausschuss befinden sich weiter in der Phase der Gründung. Die Möglichkeiten der Selbstverwaltung, bestehende rechtliche Vorgaben zu blockieren, müssen deshalb bei deren Weiterentwicklung bedacht werden. Die bisherige Funktion der KV'en, die ein Blockadekartell bilden, sowie die Verantwortung der Kassen für den Versorgungsauftrag, gehört auf den Prüfstand.

II. Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität steigern

Deutschland belegt im Vergleich mit anderen hochentwickelten Ländern bei den Ausgaben einen Spitzenplatz, bei der Qualität und Effizienz jedoch lediglich einen Mittelplatz. Bei keiner Volkskrankheit wie Diabetes, Herzinfarkten, Schlaganfällen, Krebserkrankungen oder

Asthma zeigt Deutschland im OECD-Vergleich eine als besonders günstig zu bezeichnende Sterblichkeit. Daher liegt auch die durchschnittliche Lebenserwartung unter dem EU-Durchschnitt. Bei der Arztdichte, der Zahl der Krankenhausbetten, der Zahl der Krankenhauseinweisungen, der Krankenhausverweildauer, den Arzneimittelausgaben und auch bei den durchschnittlichen Einkommen der ambulant tätigen Fachärzte werden dagegen in der Regel Plätze in der Spitzengruppe belegt. Ziel einer jeden Gesundheitsreform muss es daher sein, zu äquivalenten Spitzenplätzen auch bei der Ergebnisqualität des Systems zu kommen.

Qualitäts- und Effizienzmängel ergeben sich in Deutschland im wesentlichen aus Strukturproblemen. Die ambulante und stationäre Versorgung sind voneinander strikt abgegrenzt. Die Prävention ist genau wie die Rehabilitation unterfinanziert und unzureichend in das System integriert. Die Hausarztlotsenfunktion fehlt weitgehend. Es werden Einheitshonorare gezahlt, die den niedergelassenen Arzt bei schweren Behandlungsfällen "wirtschaftlich bestrafen" und den Arzt mit leichten Fällen "belohnen", die er mit minimalem Aufwand versorgen kann. So werden teure Patienten wie in einer Drehtür immer wieder durch das System geschleust: vom Hausarzt zum Facharzt, von dort in das Krankenhaus, von dort in die Reha und dann zurück zum Hausarzt. Auch ein Teil der Krankenkassen konzentriert sich vorwiegend auf das Anwerben junger und gesunder neuer Mitglieder.

Auf die Defizite des Systems werden mittlerweile auch die Patienten aufmerksam. Sie können sich z.B. nicht aus unabhängiger Quelle über die Qualität von Krankenhäusern und Ärzten informieren. Die international üblichen Publikationen über die Spezialisierung und das Leistungsniveau von medizinischen Einrichtungen fehlen in Deutschland fast völlig. Bei der Suche nach medizinischen Informationen über die beste und wissenschaftlich fundierte Behandlungsweise seiner Erkrankung ist der Patient in der Regel sich selbst überlassen. Ebenso wird die für den Patienten sinnvolle Verbindung zwischen ambulanter Behandlung in der Arztpraxis und stationärer Behandlung im Krankenhaus nur mangelhaft ermöglicht. Durch strikt getrennte Abrechnungssysteme und Zuständigkeiten fehlt z.B. die für Krebserkrankungen sinnvolle ambulante Weiterbehandlung des Patienten durch den Krankenhauspezialisten. Die Folge sind teure Doppeluntersuchungen, Wartezeiten und teilweise unnötige Eingriffe. Insbesondere in der Behandlung von verbreiteten Leiden wie Krebserkrankungen und schweren Herz- und Kreislaufkrankungen ließen sich erhebliche Verbesserungen und Einsparungen realisieren. (SVR, Jahresgutachten 2000/01 zu Über-, Unter- und Fehlversorgung).

Eine intensivere Koordination und Beratung und Behandlung auf der Grundlage des wissenschaftlich gesicherten Erkenntnisstandes können bei diesen Patienten die Lebensqualität

spürbar erhöhen und zudem die Kosten senken. Ein zentraler erster Schritt in die richtige Richtung sind die jetzt beschlossenen Disease Management Programme (DMPs) für chronisch Kranke, die ab Mitte des Jahres anlaufen sollen.

Der Wettbewerb im deutschen Gesundheitssystem ist auch nicht ausreichend auf die Interessen der Patienten ausgerichtet. Insbesondere fördert die derzeitige Wettbewerbsordnung nicht die Qualität. Es werden einheitliche Verträge geschlossen und einheitliche Honorare ausgeschüttet, die nicht differenziert genug weder die Schwere der Erkrankung des Patienten noch ausreichend die Qualität der Versorgung berücksichtigen. Belohnt werden Ärzte mit relativ gesunden Patienten oder eine wenig aufwendige Versorgung, bei der die Geräteleistung im Vordergrund steht. Für die Anbieter hoher Qualität ist das System demotivierend, da gute Qualität die wirtschaftliche Existenz einer Praxis oder eines Krankenhauses sogar gefährden kann. Den Krankenkassen muss es ermöglicht werden, ihre Versicherten über die Qualität von Krankenhäusern oder Arztpraxen aufzuklären und nur mit solchen Anbietern Verträge zu schließen, die eine gute Qualität garantieren können. Durch einen solchen Wettbewerb wird bei einem einheitlichen Leistungskatalog die Qualität der Versorgung der zentrale Wettbewerbsparameter. Ohne Direktverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ist ein Qualitätswettbewerb im Prinzip unmöglich. Ein solcher Wettbewerb setzt voraus, dass die Krankenkassen die Verantwortung für die Sicherstellung der Versorgung übernehmen. Damit die Mindestanforderungen an die Qualität neutral und wissenschaftlich gesichert festgestellt werden können, müssen wie in anderen Ländern staatliche Institutionen aufgebaut werden. Diese haben die Qualität der Versorgung zu überwachen und für die Krankenkassen und die Versicherten transparenter zu machen. Die Funktion der Bundesausschüsse muss in diesem Zusammenhang neu ausgerichtet werden, da sie von am Wettbewerb teilnehmenden Institutionen getragen werden.

Patienten werden am besten in integrierten Systemen mit klarer Aufgabenverteilung betreut. Ziel muss es sein, die notwendigen medizinischen Behandlungen wirtschaftlich, effektiv und vor allem qualitätsgesichert den Patienten zur Verfügung zu stellen. Die Verzahnung einer in sich schlüssigen Versorgungskette von der Gesundheitsförderung, Früherkennung, Prävention, zu ambulanter und stationärer Behandlung, Pflege und Rehabilitation stellt nicht nur den Patienten in den Mittelpunkt, sondern dient auch der Optimierung der Versorgungsstrukturen und der Qualität des Gesundheitswesens. Die Versorgungsstrukturen können in einem solchen System nach den für die jeweilige Erkrankung am besten geeigneten Behandlungsabläufen ausgerichtet werden und nicht umgekehrt. Behandlung, Beratung und Begleitung des Kranken durch diejenigen Leistungsträger des gesundheitlichen Versorgungssystems, die das Problem am preiswürdigsten lösen, sichert auf lange Sicht die Finanzierbarkeit des

Gesundheitswesens. Aus diesen Überlegungen lassen sich folgende Forderungen für die Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems ableiten:

Forderungen

- Stärkung der Stellung des gut weiter- und fortgebildeten Hausarztes: Er ist die erste Anlaufstelle für Patienten und begleitet sie durch die eventuell notwendige medizinische Behandlungskette. (Bonusregelung für Patienten, die sich in Hausarzt- bzw. in integrierten Versorgungs-(Netz)systeme einschreiben).
- Erstellung und vor allem die Durchsetzung zertifizierter medizinischer Behandlungsleitlinien auf hohem Evidenzniveau.
- Krankenkassen können mit einzelnen Leistungserbringern bzw. einzelnen Leistungserbringergruppen auch ohne die KVen Verträge abschließen.
- Auflösung des Kontrahierungszwangs, so dass die Krankenkassen nicht mehr nicht bedarfsgerechte oder nicht qualitätsgesicherte Leistungen einkaufen müssen.
- Übertragung des (auf den medizinischen Bedarf und nicht mehr auf das Angebot ausgerichteten) Sicherstellungsauftrags auf die Krankenkassen.
- Integrierte Versorgungsformen (Behandlungsnetze) als Regelversorgung von niedergelassenen Ärzten mit Krankenhäusern und sonstigen Medizinberufen sind gezielt zu fördern. Diese Möglichkeit darf weder durch die Kassenärztlichen Vereinigungen noch durch eine über die Rahmenplanung hinausgehende Krankenhaus-Detailplanung der Länder behindert werden.
- Während ein einheitlicher Leistungskatalog für alle Versicherten das Prinzip der Solidarität garantiert, sollten einheitliche Verträge mit Leistungserbringern die Ausnahme sein, da sie einem Qualitätswettbewerb der Leistungserbringer im Wege stehen.
- Aufbau eines staatlichen Instituts für Qualität in der Medizin, welches die Instrumente der Qualitätssicherung entwickelt (evidenzbasierte Leitlinien, Qualitätsindikatoren für eine leistungsorientierte Vergütung, Patienteninformationen).
- Einsatz moderner Kommunikationstechnik im Gesundheitswesen (z.B. Patientenkarte).
- Qualitätssicherung und –förderung ist nach hohen evidenzbasierten Leitlinien weiterzuentwickeln und gesetzlich zu verankern; die Qualität der erbrachten Leistungen der einzelnen Leistungserbringer ist öffentlich zu machen.
- Qualifizierte, unabhängige Gesundheitsberichterstattung als Grundlage gezielter Weiterentwicklung integrierter Versorgungsformen und rationaler Gesundheitspolitik.

III. Optimierung der Patientenmitsprache durch Partizipation

Die Gesundheitsreform 2000 verbrieft den Anspruch des Patienten auf objektive Information und Mitsprache. Mehr Information bedeutet für Patienten die Chance der Mitbestimmung bei der Bewältigung der eigenen Gesundheitsprobleme und zur Mitgestaltung der Zukunft des Gesundheitswesens.

Umgekehrt liegt in einer rein anbietergesteuerten tendenziösen und nicht durchschaubaren Informationsflut die Gefahr der Verführung Kranker zu nicht gesicherter Diagnostik und Therapie. Die neuen Angebote (Internet, Call-Centers) lassen eine Flut von teilweise nicht qualitätsgesicherter, vor allem den Leistungsanbieterinteressen dienender Desinformation befürchten.

Sowohl die Patienten und ihre Angehörigen, als auch Krankenkassen und Ärzte können Produktivität und Qualität der Betreuung von Kranken dann entscheidend verbessern, wenn sie wissen, welche Institutionen gut arbeiten, welche Arzneimittel sich am besten eignen, welche Operationen wo erfolgreich durchgeführt werden, usw.. Dazu müssen Daten im Gesundheitswesen bewertet und öffentlich zugänglich gemacht werden. Dies muss durch eine zentrale Institution unter Beteiligung der Krankenkassen, unabhängig von deren Wettbewerb erfolgen. Diese Rolle könnte z.B. der Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK) oder ein unabhängiges Institut analog dem britischen NICE, übernehmen.

Forderung

- Bereitstellung leistungsanbieterunabhängiger und qualitätsgesicherter Informationen und deren öffentliche Zugänglichkeit und Formulierung in möglichst (laien-)verständlicher Sprache.

IV. Selbsthilfe durch Kompetenz des Nutzenverhaltens verbessern

Selbsthilfe ist ein wichtiges Element der Betreuung und dient dem Schutz der Autonomie von Patienten. Sie ist kein "billiger" Ersatz für einklagbare Rechtsansprüche, sondern deren notwendige Ergänzung. Selbsthilfegruppen vervollständigen die professionellen Angebote der gesundheitlichen Versorgung. Selbsthilfegruppen bieten einen Weg zur Unterstützung der Krankheitsbewältigung vor allem für chronisch Kranke und behinderte Menschen.

Forderung

- Als ein wichtiger Teil einer modernen Gesundheitspolitik im Sinne von Patientenautonomie müssen zu fördernde Selbsthilfegruppen unabhängig von Anbieterinteressen sein. Ihre Finanzierung ist deshalb offen zu legen. Unabhängige Finanzierungsgrundlagen sind zu schaffen.

V. Reformierung der medizinischen Aus- und Weiterbildung

Die aktuelle Situation der Aus- und Weiterbildung von Ärzten ist gekennzeichnet durch eine Fehlgewichtung der Lerninhalte verbunden mit einer Überspezialisierung, die zu einer Zersplitterung in einzelne Arztgruppen führt. Um die Patientenversorgung zu verbessern, muss die Medizinerausbildung und die Facharzt-Weiterbildung praxisgerecht und versorgungsbezogener ausgestaltet werden.

Forderungen

- Modellstudiengänge mit dem Ziel der größeren Praxisnähe der Medizinerausbildung an Hochschulen sind weiterzuentwickeln und flächendeckend anzubieten.
- Orientierung der Lehre an anerkannten und evidenzbasierten medizinischen Behandlungsleitlinien und Vermittlung der wichtigsten Methoden der evidenzbasierten Medizin sowie der Gesundheitsökonomie schon während des Medizinstudiums durch obligatorische Aufnahme dieser Fächer in die Approbationsordnung.
- Weiterbildungsgänge zum Facharzt haben sich an der Versorgungswirklichkeit der Patientenbetreuung und nicht an finanziellen Interessen zu orientieren.
- Ausbau der Klinischen Pharmakologie an den Universitäten zur Verbesserung des Wissens von Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten.
- Pharmakotherapie muss verstärkt Pflicht- und Prüfungsfach der Ausbildung werden.

VI. Ambulante ärztliche Versorgung

Die Verantwortung für die qualitätsgesicherte (evidenzbasierte) Versorgung der Patienten und die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens liegt in erster Linie bei den Vertragsärzten. Vertragsärzte können sich nicht der Verantwortung für die Finanzierbarkeit des Systems entziehen. Dies ist ein Teil ihrer gesetzlich definierten Aufgabe. Dabei ist der Hausarzt die Leit-

gestalt einer qualitativ hochstehenden und bezahlbaren Patientenversorgung. Die Weiterbildung und die Fortbildung der Hausärzte für diese Aufgabe ist deshalb nachhaltig weiter zu verfolgen. Das Berufsbild des Hausarztes muss aufgewertet werden. Er muss in der Lage sein, alle auf seiner Ebene anfallenden medizinischen Probleme der Patienten zu lösen. Die Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten kann nur in reformierten Versorgungsstrukturen optimiert werden. Das Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen hat bisher "erfolgreich" alle bisherigen Bemühungen um eine sinnvolle Weiterentwicklung der (verkrusteten) Versorgungsstrukturen verhindert.

Forderungen

- Die Krankenkassen erhalten die Möglichkeit zum Abschluss von Verträgen mit einzelnen Leistungserbringern bzw. einzelnen Leistungserbringergruppen auch ohne Beteiligung der KVen. Dabei gilt es, die Bildung von neuen regionalen Versorgungsmonopolen auszuschließen.
- Die ärztliche Vergütung ist zugunsten leitlinienorientierter und qualifiziert arbeitender Haus- und Fachärzte insbesondere in integrierten Versorgungsformen weiterzuentwickeln.
- Qualitätsgesicherte Kooperationen zwischen ambulanter Grundversorgung durch die Hausärzte und bedarfsabhängiger spezialisierter Ergänzungsversorgung durch die Fachärzte in integrierten Versorgungssystemen sind aufzubauen.

VII. Ambulante zahnärztliche Versorgung

Die Zahnheilkunde hat den großen Vorteil, dass die Ursachen von Zahn- und Mundschleimhauterkrankungen (Karies und Parodontitis) ausreichend bekannt sind. Durch Prophylaxe und Prävention können Zahnerkrankungen vermieden oder in sehr späte Lebensjahre verschoben werden. Dazu ist die derzeitige kurative Überversorgung zu Gunsten von Zahnerhaltung abzubauen und mehr Transparenz herzustellen.

Forderungen

- Diagnosebezogene Präzisierung der einzelnen Leistungsinhalte im vertragszahnärztlichen wie im außervertraglichen Bereich und Verschlüsselung analog den ärztlichen Abrechnungen nach ICD-10.
- Ärztliche Leistungen aus dem Bereich der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde müssen nachvollziehbaren Diagnosen zugeordnet werden können.

- Gebührenhöchstgrenze für sog. außervertragliche Leistungen, um Patienten vor finanzieller Überforderung zu schützen.
- Zertifizierte qualitätsgesicherte Behandlungsleitlinien (evidence based medicine) als Standard für zahnmedizinische Diagnostik und Therapie und deren verpflichtende Einführung.
- Regelmäßige Durchführung zahnärztlicher Untersuchungen in Senioren- und Pflegeheimen, die von Kassen und KZVen gemeinsam zu organisieren sind, da dort meistens eine auf die Bedürfnisse älterer und pflegebedürftiger Menschen zugeschnittene zahnärztliche Versorgung nicht oder nur ungenügend stattfindet.
- Leistungserbringerunabhängiges Begutachtungswesen im Bereich der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.

VIII. Optimierung der Arzneimittelversorgung

Arzneimittel sind ein zentrales Instrument der Patientenversorgung. Die Arzneimitteltherapie hat dem jeweiligen Stand der Wissenschaft unter Einschluss aller echten Innovationen zu entsprechen. Wie die Ereignisse in der letzten Zeit zeigen, müssen die Patienten auch vor den Nebenwirkungen neuer, oft unnützer, aber teurer Medikamente geschützt werden. Forschungsziele im Arzneimittelbereich müssen sich zuallererst am zusätzlichen Nutzen für Patienten und Gesellschaft messen lassen.

Forderungen

- Neue Medikamente erhalten eine zeitlich befristete Zulassung für die GKV-Arzneimittel-Positivliste. Eine endgültige Zulassung erfolgt erst auf der Basis von Langzeitstudien und von Kosten-Nutzen-Bewertungen (Einführung der sog. **vierten Hürde**) durch ein Pharmaindustrie-unabhängiges Institut analog dem National Institute of Clinical Excellence (NICE) in Großbritannien. Alle Studienergebnisse sind zu veröffentlichen, um pseudoinnovative Arzneimittel (z.B. teure Me-too's) besser zu erkennen. Die Finanzierung der Studien ist zu dokumentieren und im Anhang zu veröffentlichen. An Forschungsinstitutionen geflossene Drittmittel, sowie alle Nebentätigkeiten von beteiligten Personen sind zu dokumentieren und regelmäßig, jährlich zu veröffentlichen.
- Verbindliche Vorgabe von Langzeitstudien mit harten Endpunkten (was ist Ziel der Therapie) für alle neu eingeführten Innovationen, als Grundlage für deren uneingeschränkte Erstattungsfähigkeit.

- Neue Strukturen des Arzneimittelvertriebs, wie die Zulassung des Versandhandels, marktwirtschaftliche Preisgestaltung der Apothekenabgabepreise und die Zulassung der Krankenhausapotheken im Rahmen ambulanter Krankenhaus-Behandlung.
- Verbesserung der Transparenz des Arzneimittelmarktes durch eine herstellerunabhängige Gesundheitsberichterstattung und klare Definition der Qualitätsstandards.

IX. Optimierung der Heilmittelversorgung

Krankengymnastik, Massagen, Ergotherapie und Logopädie sind unverzichtbare Therapien sowohl in der Rehabilitation als auch in der Akutbehandlung von neurologischen, orthopädischen und rheumatischen Erkrankungsbildern. Voraussetzung dafür ist die richtige Indikation und qualifizierte Ausführung.

Forderungen

- Wissenschaftliche Sicherung der Methoden durch Untersuchungen zu Wirksamkeit und Nutzen der angewandten Heilmittel.
- Verordnung nur durch solche Ärzte, die differenzierte Kenntnisse in der Heilmitteltherapie nachweisen können.
- Sicherung der Qualität der angewandten Methoden in der Heilmittelpraxis durch externe Stichproben insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK).
- Aufnahme der Heilmittelversorgung in die Gesundheitsberichterstattung.

X. Optimierung der Krankenhausversorgung

Die Krankenhausbehandlung ist die einschneidendste Form medizinischer Behandlung für Patienten. Wird sie notwendig, müssen Patienten in einer ihrem Krankheitsbild entsprechend angemessenen Frist die notwendige qualitätsgesicherte Krankenhausbehandlung erhalten. Umgekehrt gefährdet jeder zusätzliche, medizinisch nicht begründete Krankenhaustag die Gesundheit und darüber hinaus auch die soziale Selbstbestimmung des Patienten.

Für die Qualität der Versorgung sind von besonderer Bedeutung die Erfahrungen der Abteilung und der behandelnden Ärzte sowie des Pflegepersonals der Einrichtung mit der jeweiligen Erkrankung. Eine Zentralisierung bestimmter Eingriffe auf Zentren mit entsprechend hohen Fallzahlen für die jeweiligen Eingriffe ist notwendig. Mindestzahlen für

kritische Eingriffe müssen für die Genehmigung zur Durchführung dieser Behandlungen (Notfälle ausgenommen) durch die Selbstverwaltung festgelegt werden.

Forderungen

- Organisatorisches Zusammenführen der ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung mit der des Krankenhauses als regionales Gesundheitszentrum (integrierte Versorgungsverträge der Krankenkassen).
- Beibehaltung einer kassenartenübergreifenden Gesundheitsberichterstattung mit der Möglichkeit der vergleichenden Analyse der Leistungen aller Krankenhausabteilungen.
- Bundeseinheitliche, bedarfsorientierte Verhältniszahlen der Krankenhausbedarfsplanung zur Versorgung der Bevölkerung und Mindestzeiten der Erreichbarkeit.
- Verbindliche Festlegung von Mindestzahlen zur Durchführung kritischer Eingriffe zur Steigerung der Prozess-, Versorgungs- und Ergebnisqualität.
- Einführung der monistischen Finanzierung für die laufenden Kosten und für die Investitionskosten.
- Ersetzung des bisherigen hierarchischen Chefarztsystems durch kooperative Arbeitsformen.
- Arbeitsbedingungen der Beschäftigten im Krankenhaus haben in der Attraktivität denen anderer Wirtschaftszweige zu entsprechen.

XI. Optimierung der Prävention und Gesundheitsförderung

Nach wie vor gibt es im Bereich der Prävention in Deutschland – auch im internationalen Vergleich - eine defizitäre Situation. Gesundheitsförderung, Qualitätssicherung, Selbsthilfe und Patientenschutz sind Bereiche, die erhebliche Versorgungs- und Qualitätsdefizite aufweisen. Eine zielgerichtete, qualitätsgesicherte Prävention kann Erkrankungen oder deren Verschlechterung verhindern und/oder in spätere Lebensphasen verschieben. Letztendlich können damit auch erhebliche Kosten eingespart werden.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen:

„Das gegenwärtige Krankheitsspektrum in Deutschland ist wie in allen reichen Ländern von chronisch-degenerativen Erkrankungen geprägt. Der mögliche Beitrag der kurativen Medizin zur Verminderung der gesundheitlichen Probleme wird auf maximal ca. ein Drittel geschätzt. Andererseits können theoretisch rund 25 bis 30 % der heutigen Gesundheitsausgaben durch langfristig angelegte Prävention vermieden werden. Konsequente Primärprävention könnte darüber hinaus auch helfen, die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen

bzw. Erkrankungswahrscheinlichkeiten zu vermindern, die nach wie vor groß ist.“
(Quelle: SVR-JG 2000/01 Band I, Kapitel 2: „Optimierung des Systems durch Gesundheitsförderung und Prävention“).

Forderungen

- Weiterentwicklung des § 20 SGB V: Prävention und Gesundheitsförderung muss Teil eines Qualitätswettbewerbs der Krankenkassen sein, ein marketingbezogener Wettbewerb ist abzulehnen.
- Aufbau eines nationalen Präventionsprogramms für die evidenzbasierte Vorbeugung der wichtigsten Volkskrankheiten.
- Implementierung von Prävention und Gesundheitsförderung in die verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens durch ein eigenständiges Präventions-Gesetz.

XII. Optimierung der Rehabilitation

Die Rehabilitation ist ein unverzichtbares Glied der medizinischen Behandlungskette. Sie gehört zur modernen Medizin. Die Patienten haben deshalb Anspruch auf medizinisch notwendige Rehabilitation. Dazu ist jedoch notwendig, dass diese qualitätsgesichert und leitliniengestützt durchgeführt wird.

Forderungen

- Indikationsstellung zur Rehabilitation erfolgt durch dafür qualifizierte Ärzte,
- umfassendes Qualitätsmanagement sowohl in ambulanten als auch in stationären Einrichtungen,
- Qualitätsmanagement nach Festlegung von klaren Kriterien zur externen Überprüfung des Qualitätsmanagements,
- Bedarfsplanung der Rehabilitationsplätze und Einrichtungen durch versorgungsadäquate, bundesweit einheitliche nachvollziehbare Bedarfskriterien.

XIII. Optimierung der geriatrischen Versorgung

Immer mehr ältere Menschen erleben späte Lebensjahre im Besitz voller sozialer und psychischer Kompetenz. Schon heute sind 50 % der Krankenhauspatienten über 60 Jahre alt. Auch sie haben im Krankheitsfall Anspruch auf eine dem Stand der Wissenschaft entsprechende gesundheitliche Versorgung. (Prävention, Akutbehandlung, Rehabilitation).

Aufgrund der demographischen Entwicklung unserer Gesellschaft wächst die Zahl der multimorbiden älteren Menschen, die einer qualifizierten ambulanten bzw. stationären Versorgung durch geriatrisch geschulte Ärzte bedürfen.

Die Diskussion um die demographischen Kosten sind mit richtigen Argumenten zu führen; der Hauptteil der Kosten zur gesundheitlichen Versorgung eines jeden Versicherten entsteht – unabhängig von seinem aktuellen Alter – in seinen letzten Lebensjahren. Das Prinzip der Solidarität und des unbeschränkten Anspruchs auf Zugang zu allen Möglichkeiten der Medizin gilt für Sozialdemokraten unabhängig vom Alter der Menschen.

Forderungen

- Versorgungsstrukturen für erkrankte ältere Menschen sind auf das Ziel der Erhaltung der sozialen und psychischen Kompetenz auszurichten.
- Verbesserung des Angebots an ambulanten Betreuungsstrukturen und an Krankenhaussozialarbeit insbesondere dort, wo familiäre Strukturen den Problemen des Alters nicht mehr gewachsen sind.
- Ortsnahe geriatrische Versorgung im städtischen und ländlichen Raum durch eine vermehrte geriatrische Ausrichtung aller Fachdisziplinen der Medizin.
- Verbesserung der geriatrischen stationären Versorgung insbesondere durch Ausbau und Umwidmung bisheriger Akutbetten in geriatrische Betreuungsplätze zur Erhaltung der ortsnahen stationären Versorgung.

XIV. Optimierung der Krankenpflege durch Qualitätssicherung und -management

Ziel der professionellen Krankenpflege ist die Unterstützung, die Erhaltung und die Förderung vorhandener Fähigkeiten zur Gesundung der Patienten. Grundlage qualifizierter Krankenpflege ist eine hohe fachliche Kompetenz des Pflegepersonals.

Probleme in der Pflege werden deshalb weder durch den medizinischen Fortschritt noch durch eine ungezielte Erhöhung der finanziellen Mittel gelöst, sondern von qualifiziert aus- und weitergebildetem Pflegepersonal.

Forderungen

- Fortbildungspflicht für professionelle Krankenpflegerinnen und -pfleger, um neue Erkenntnisse und Verfahren laufend zu vermitteln.
- Festlegung allgemeingültiger und überprüfbarer Kriterien, um die Pflegequalität in allen Bereichen zu verbessern. Ein Qualitätsmanagement verbunden mit einer Qualitätssicherung ist daher unabdingbar.
- Demenzerkrankungen prägen zunehmend die Krankheitsbilder einer älter werdenden Gesellschaft, deshalb ist dies bei der Aus- und Weiterbildung verstärkt zu berücksichtigen.

XV. Zielorientierung von Datentransparenz und Gesundheitsberichtserstattung

Eine moderne und patientenorientierte Gesundheitspolitik bedarf der Definition von Gesundheitszielen und der Analyse des Geschehens im Gesundheitswesen. Krankenkassen und Ärzte können Produktivität und Qualität der Betreuung von Patienten nur dann entscheidend verbessern, wenn sie wissen, welche Institutionen gut arbeiten, welche Arzneimittel helfen, welche Operationen wo erfolgreich durchgeführt werden und welche Kosten mit den jeweiligen Eingriffen verbunden sind. Um die für alle Versicherten wünschenswerten Steuerungsinstrumente zu schaffen, müssen Daten im Gesundheitswesen sinnvoll gesammelt, bewertet und allen Beteiligten zugänglich gemacht werden. Zur Sicherstellung einer derartigen Transparenz sollte eine qualitätsorientierte Gesundheitspolitik darauf gerichtet sein, eine regionale und überregionale Datenerhebung und Datenzusammenführung unter Berücksichtigung des Datenschutzes zu ermöglichen.

Eine regionale und überregionale Datenzusammenführung ist auch wichtig mit Blick auf den Wettbewerb der Krankenkassen, damit eine kassenspezifisch-einseitige und damit eine selektive Betrachtungsweise vermieden wird. Neben den notwendigen lokal-kleinräumigen bzw. der organisationsspezifischen Gesundheitsberichterstattung ist - nicht zuletzt auch um eine "Rosinenpickerei" von Krankenkassen zu verhindern – die landes- und bundesweite Gesamtschau im Rahmen einer umfassenden Gesundheitsberichterstattung notwendig.

XVI. Beitragssatzstabilität ist erreichbar

Die aktuelle Finanzsituation der GKV ist durch ein Defizit von rd. 6,2 Mrd. DM im 1. - 3. Quartal 2001 gekennzeichnet.

Der allgemeine durchschnittliche Beitragssatz stieg von 12,2 (1991) auf 13,54 v.H. im Jahresdurchschnitt 1998 (Ende der CDU/CSU/FDP-Koalition) und beträgt jetzt 13,64 v.H. (Stand 1.10.01). Dabei reicht die Beitragssatzbreite von 10,2 bis 15,3 v.H.

Ursachen für die Beitragssatzsteigerungen:

- Die Schmälerung der Einnahmehasis durch Rückgang der Lohnquote am BIP. D.h. obwohl der Anteil der GKV-Ausgaben am BIP in den letzten Jahren in etwa gleich geblieben, seit 1995 sogar rückläufig ist (Tabelle 1), steigen die Beiträge, weil die Lohnquote am BIP rückläufig ist. (Grafik 1 + 2)
und
- die Übertragung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben durch politische Entscheidungen zu Lasten der GKV ("politische Verschiebebahnhöfe") (Tabelle 2),
- Ausgabenseitig liegen die Ursachen in einer Kombination unwirtschaftlicher, nicht-notwendiger und nichtqualitätsgesicherter Behandlungsmethoden und Verordnungen sowie in angebotsinduzierten und damit mengensteigernden Überkapazitäten in allen Versorgungsbereichen. Beispiel: Die Doppelvorhaltung fachärztlicher Versorgungsstrukturen, sowohl ambulant (niedergelassene Vertragsärzte) als auch stationär (Krankenhaus).

Auf der Einnahmenseite steht als Finanzkompensation der Verringerung der Zuzahlungen durch das Solidaritätsstärkungs-Gesetz, die Sozialversicherungspflicht der 630 DM-Jobs: jährliche Mehreinnahmen **2,3 Mrd. DM**.

Forderungen

- Rückführung der Bemessungsgrundlage der Lohnersatzleistungen auf das frühere Bruttoentgelt (Arbeitslosengeld- und Arbeitslosenhilfeempfänger);
- Finanzierung der gesellschaftspolitisch gewünschten jedoch krankensicherungs-fremden Leistungen als gesamtgesellschaftliche Aufgaben durch Steuern (bspw. Krankengeld bei Erkrankung des Kindes, Mutterschafts- und Entbindungsgeld, Haushaltshilfe, hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege);
- MW-Steuerharmonisierung im Zuge der EU.

Schlussfolgerung

Die GKV ist so zu modernisieren, dass sie unter Beibehaltung der Grundprinzipien - Solidar-, Sachleistungs-, Selbstverwaltungssystem, der medizinisch notwendigen Vollversorgung - die zukünftigen Herausforderungen bewältigt. Dabei gilt es vor allem die Systemblockaden zu überwinden. Die Rahmenbedingungen müssen so gestaltet werden, dass ein solidarischer Wettbewerb möglich ist, in dessen Mittelpunkt die berechtigten medizinischen Bedürfnisse der Patienten stehen. Mit der Gesundheitsreform 2000 wurden die richtigen Weichen gestellt. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass zentrale Strukturelemente, wie die integrierte Regelversorgung (Versorgungsnetze) an den Systemblockaden der Interessensgegensätze zwischen Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) scheitern.

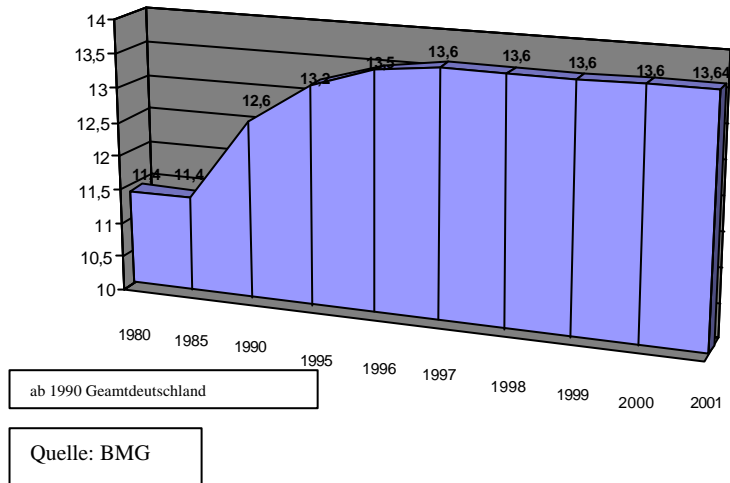
Elemente einer solchen solidarischen Wettbewerbsordnung sind:

- ein einheitlicher Pflichtleistungskatalog der Kassen, der das medizinisch Notwendige auf der Grundlage einer hochwertigen evidence based medicine sichert,
- die Krankenkassen erhalten den Versorgungsauftrag ihrer Versicherten,
- kein Kontrahierungszwang gegenüber Leistungserbringern und Krankenkassen,
- keine einheitlichen und gemeinsamen Vertragsabschlüsse,
- Vertragswettbewerb der Kassen um die Optimierung der Patientenversorgung, jedoch nach Vorgabe qualitätsgesicherter und zertifizierter Behandlungsleitlinien,
- gleiches Organisationsrecht für alle gesetzlichen Kassen,
- Neubestimmung des Mitgliederkreises durch Neudefinition des pflichtversicherten Personenkreises und/oder Anhebung der Versicherungspflichtgrenze.

Anhang
Grafiken
Grafik 1

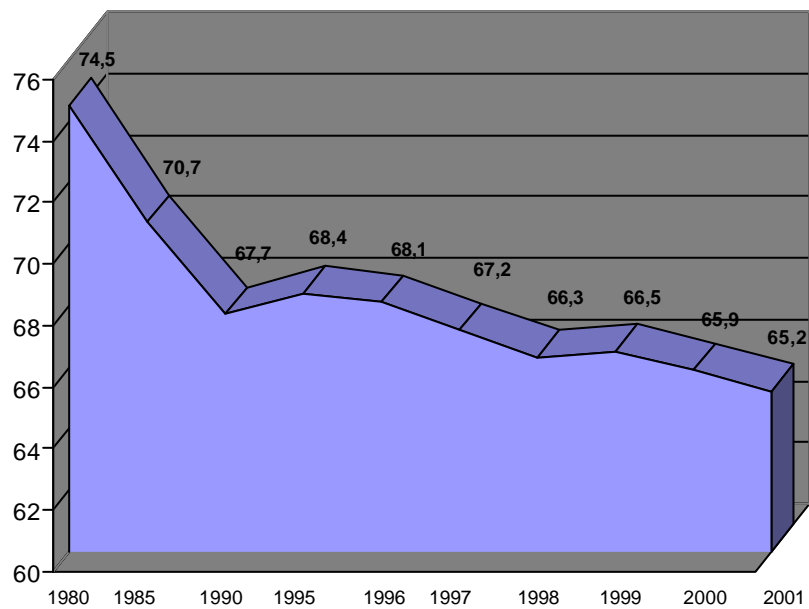
GKV-Beiträge

durchschn.
Beitragssatz



Grafik 2

Lohnquote in Prozent des BIP



Quelle: BMA

Tabellen

Tabelle 1: Bruttoinlandsprodukt, GKV-Ausgaben

Jahr	Bruttoinlandsprodukt** (BIP)	Ausg. GKV	Ausg. GKV
	in Mio. DM	einschl. RSA in Mio. DM	zu BIP
1991	2.826.600	183.041	6,5 %
1992	2.863.300	210.496	7,4 %
1993	3.157.600	211.782	6,7 %
1994	3.320.200	234.274	7,1 %
1995	3.443.200	262.825	7,6 %
1997	3.649.400	267.930	7,3 %
1998	3.784.400	273.182	7,2 %
1999*	3.877.200	282.379	7,3 %
2000*	3.982.000	286.437	7,2 %

* vorläufige Ergebnisse

** bis 1997 Bruttosozialprodukt

Quellen: Stat. Bundesamt, BMA, BMG, Rechnungsergebnisse der Krankenkassen

Tabelle 2: Jährliche finanzielle Belastungen der GKV durch Verschiebungen innerhalb des Sozialleistungsystems seit 1995

Absenkung der Bemessungsgrundlage auf 80% des Bruttoentgelts bei Arbeitslosengeldempfängern (seit 1995)	4,5 Mrd. DM
Anhebung der RV-ALV-Beiträge aus Krankengeld auf 80% des Bruttoentgelts (seit 1995)	1,0 Mrd. DM
Absenkung der Entgeltfortzahlung, Aussetzung der Dynamisierung der Beitragsbemessungsgrundlage bei AFG-Leistungen (seit 1997)	0,5 Mrd. DM
Absenkung der Bemessungsgrundlage für Alhi-Empfänger (seit 2001) auf 58% des Bruttoentgelts	1,2 Mrd. DM
Minderung der GKV-Beiträge durch Absenkung des Rentenniveaus (ab 2001)	0,3 Mrd. DM
Neuregelung bei den Erwerbsminderungsrenten (seit 2001)	0,25 Mrd. DM
Mehrbelastungen der GKV durch die Kodifizierung des Reha-Rechts	0,5 Mrd. DM
Summe	8,25 Mrd. DM

Quelle: WidO Materialien 45 (2001).