

Gesundheitspolitik

Eckpunkte für eine Gesundheitsreform

"Patient im Mittelpunkt eines wettbewerblichen Gesundheitssystems"

Inhaltsübersicht:

- I. Situationsanalyse

- II. Eigenverantwortlicher Patient
 1. Transparenz des Gesundheitsversorgungssystems
 2. Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung, evidenzbasierte Medizin, Leitlinien
 3. Stärkung der Eigenverantwortung und Grundsatz der Wahlfreiheit (Drei-Stufen-Modell)

- III. Der Gesundheitsmarkt als Wirtschafts- und Beschäftigungsfaktor
 1. Wachstumsperspektiven
 2. Zukunft der stationären Versorgung als wichtiger Marktbereich

- IV. Europatauglichkeit des deutschen Gesundheitssystems muss gewährleistet sein

- V. Verlässliche Finanzierungsbasis für die Gesundheitsversorgung
 1. Stärkung der Finanzgrundlagen
 2. Planungsverantwortung
 3. Verbesserung der Steuerungselemente

- VI. Neugestaltung des Risikostrukturausgleichs

- VII. Änderung des Organisationsrechts in der GKV erforderlich

I. Situationsanalyse

Demographischer Wandel und medizinisch-technischer Fortschritt auf der einen und begrenzte Einnahmen auf der anderen Seite stellen das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik auf eine schwere Belastungsprobe. Leistungseinschränkungen führen in eine gefährliche Nähe zur Zweiklassenmedizin, absehbare Beitragssatzerhöhungen zu Belastungen von Versicherten und Arbeitgebern. Es besteht also dringender Handlungsbedarf. Der derzeit von der Bundesregierung praktizierte Aktionismus mit untauglichen Reparaturgesetzen trägt diesem Handlungsbedarf nicht Rechnung.

Das Gesundheitswesen in Deutschland ist durch die rot-grüne Gesundheitspolitik an den Rand seines Leistungsvermögens gebracht worden. Auch wurden durch eine Reihe gesetzgeberischer Maßnahmen wie z.B. durch die Absenkung der Beiträge für Arbeitslosenhilfebezieher und andere Verschiebepflichten dem System der gesetzlichen Krankenversicherung Milliardenbeträge entzogen. Die Folgen sind: Steigende Beitragssätze, ausufernde Defizite und medizinische Unterversorgung. Die Situation wird sich in unmittelbarer Zukunft noch verschärfen, weil die aktuellen Gesetzesinitiativen der Bundesregierung lückenhaft und nur unzureichend mit den Beteiligten abgestimmt sind. Sie werden der Komplexität des Gesundheitswesens nicht gerecht und stellen insgesamt ein Eingeständnis dar, dass die rot-grüne Gesundheitspolitik ihre Ziele völlig verfehlt und die Situation dramatisch verschärft hat.

Statt bruchstückhafter Einzelgesetze muss endlich eine Gesamtkonzeption für eine Strukturreform des Gesundheitswesens geschaffen werden, die auch eine grundlegende Überarbeitung des Risikostrukturausgleichs umfasst. Statt politischem Schlingerkurs muss wieder die medizinische Orientierung das Leistungsgeschehen im Gesundheitswesen bestimmen.

II. Eigenverantwortlicher Patient

Die Patientinnen und Patienten stehen im Mittelpunkt einer zukunftsorientierten und humanen Gesundheitspolitik. Gesundheitsdienstleistungen müssen patientenorientiert ausgerichtet werden. Alle Patientinnen und Patienten müssen das medizinisch Notwendige erhalten.

1. Transparenz des Gesundheitsversorgungssystems

Voraussetzung für mündige Patientinnen und Patienten sind **Aufklärung** und zielgerichtete **Orientierungshinweise**. So müssen z.B. Informationen über Angebote, Qualität und Preis von Gesundheitsleistungen, über integrierte Versorgungsketten sowie über die durchschnittliche Liegedauer in stationären Einrichtungen bei bestimmten Behandlungen allgemein zugänglich sein.

Auskünfte über die Leistungsangebote der Krankenkassen (z.B. Satzungsleistungen, Modellversuche, evidenzbasierte Behandlungsprogramme), über Präventionsprogramme, Aufklärungskurse für Verhaltensweisen bei bestimmten Erkrankungen sowie über die unterschiedlichen Beitragssätze müssen jederzeit abrufbar sein. Ebenso muss ein Preisvergleich wirkungsgleicher Medikamente mühelos möglich sein.

Neben mehr Information bedarf es auch einer größeren **Transparenz** im Gesundheitsversorgungssystem. Nur so kann von den Patientinnen und Patienten mehr Eigenverantwortung übernommen werden.

Mehr Transparenz kann innerhalb der Grenzen des Datenschutzes damit erreicht werden, dass

- für alle Informationen zum Thema Gesundheit die neuen Informations- und Kommunikationstechnologien (z.B. Internet) nutzbar gemacht werden;
- das strikte Werbeverbot über Kenntnisse und Fähigkeiten von Leistungserbringern gelockert wird;

- über die Leistungen des Arztes und dessen Abrechnung eine Patientenquittung ausgestellt wird, die zugleich als Mittel zur Bekämpfung von Abrechnungsbetrug und Abrechnungsmissbrauch dient;
- die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet werden, ähnlich wie im Aktienrecht einen Geschäftsbericht vorzulegen, in dem die Mittelverwendung offengelegt und die Vorstandsgehälter ausgewiesen werden.

2. Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung, evidenzbasierte Medizin, Leitlinien

Legt man das im Dezember 2000 vorgelegte Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zugrunde, so liegt das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Bereich zwar im gehobenen Mittelfeld, benötigt dafür aber einen unverhältnismäßig hohen Mittelaufwand.

Auf der Ergebnisseite zielen wirksame Verbesserungen der Qualität der Gesundheitsversorgung auf die Zunahme der Lebensqualität und die Verlängerung der Lebensdauer. Auf der Kostenseite werden einige Verbesserungen über eine Effizienzsteigerung kostenneutral oder sogar mit Einsparpotential verbunden sein. Viele Maßnahmen sind aber zwangsläufig mit erhöhten Kosten verbunden, so dass bei – wie auch immer – begrenzten Mitteln eine **Priorisierung** unerlässlich ist.

Innerhalb des Gesundheitswesens gibt es noch immer **Reserven**, die erschlossen werden können. Doppeluntersuchungen, fehlende Kooperationen zwischen ambulantem und stationärem Bereich sowie ärztliche Untersuchungen, die nur wegen eines Ausschlusses des Haftungsrisikos erfolgen, sind an der Tagesordnung.

Künftig müssen daher die **medizinischen Leistungen bedarfsgerechter und effizienter** erbracht werden. Außerdem muss die Behandlung nach dem aktuellen Stand der Medizin sichergestellt werden. Im Einzelnen heißt das:

- Qualitätssicherung und Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots.
- Leitlinien für die ärztliche Behandlung, die nicht nur Qualitätsstandards schaffen, sondern gleichermaßen eine rechtliche Absicherung für den behandelnden Arzt (Minimierung des Haftungsrisikos) darstellen. Diese Leitlinien müssen selbstverständlich ausreichenden Raum für die Therapiefreiheit des Arztes lassen.
- Feststellung, ob bei der ärztlichen Behandlung der medizinische Standard eingehalten oder medizinisch Unnötiges veranlasst worden ist, muss möglich sein.
- Fortbildungspflicht mit Zertifizierung für Ärzte.
- Controlling der Ärzte durch Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen.
- Weiterentwicklung von Modellvorhaben und Strukturverträgen.
- Gewinnung von Synergieeffekten durch eine intelligente Chipkarte (Qualitätsverbesserung, sichere Medikation, Vermeidung unnötiger Behandlungen, Notfalldaten etc.).

3. **Stärkung der Eigenverantwortung und Grundsatz der Wahlfreiheit**

In fast allen Lebensbereichen gibt es vielfältige Wahlmöglichkeiten, nur im Gesundheitswesen nicht. Daher sind die Weichen in Richtung auf größere **Eigenverantwortung** und mehr **Entscheidungsfreiheit** zu stellen.

Wesentliche Bausteine der Selbstverantwortung wie angemessene Selbstbeteiligungen, Kostenerstattung, Beitragsrückgewähr und Selbstbehalte wurden von der rot-grünen Bundesregierung abgeschafft oder eingeschränkt.

Die Grundsätze der freien Arztwahl, der freien Krankenhauswahl, der freien Apothekenwahl, der freien Krankenkassenwahl und der Grundsatz der leitlinienunterstützten Therapiefreiheit dürfen vom Gesetzgeber nicht eingeeengt

werden. Freiwillige Selbstbeschränkungen müssen jedoch möglich sein. Künftig muss der Versicherte wieder mehr auswählen können, was er absichern will und was nicht.

Gegen eine Aufspaltung des Leistungskatalogs der GKV in Grund- und Wahlleistungen sprechen sowohl fachliche wie ordnungspolitische Erwägungen. Es ist bislang nicht gelungen, einen medizinisch überzeugenden und auf alle GKV-Versicherten gleichermaßen anwendbaren Aufteilungsvorschlag zu erarbeiten. Eine Trennung in Grund- und Wahlleistungen setzt sich daher immer dem Vorwurf aus, sie sei willkürlich und verfolge nur (verkappte) Einsparziele auf dem Rücken der Versicherten. Der Begründungszwang, den die Herauslösung einer GKV-Leistung auslöst, steht im Übrigen in keinem Verhältnis zu dem damit erhofften – und in den Kalkulationen oft weit überschätzten – Einspareffekt.

Ein praktikables Modell zur Erweiterung der Wahlmöglichkeiten für GKV-Versicherte ist folgendes **Drei-Stufen-Modell**, das bereits in Grundzügen vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Sondergutachten 1997 angedacht worden ist:

Drei-Stufen-Modell

versichertenindividuell	Abwahl einzelner oder aller satzungsgemäßen Mehrleistungen → Bonus	Beitragsrückerstattung bei Nichtanspruchnahme von Kassenleistungen
--------------------------------	--	--

kassenindividuell

satzungsgemäße Mehrleistungen

werden zu 100 % vom Arbeitnehmer finanziert

gesamte GKV

freiwillige („optionale“) Selbstbeteiligung

(kann variabel nach Art der Inanspruchnahme, Art und Schwere der Erkrankung und der individuellen Leistungsfähigkeit gestaltet werden)

→ Bonus

GKV-Pflichtleistungen

(paritätisch finanziert)

Stufe 1 (gesamte GKV)

Der im SGB V festgelegte Katalog der **GKV-Leistungen** bleibt ebenso wie ihre paritätische Finanzierung **ungeschmälert erhalten**. Der Versicherte kann sich **freiwillig** für eine **Selbstbeteiligung** entscheiden („optionale Selbstbeteiligung“). Diese kann in Form eines prozentualen Eigenanteils bzw. in Form eines absoluten Selbstbehalts gestaltet werden (vgl. Frankreich bei den Zuzahlungen; Schweiz beim generellen Selbstbehalt).

Zur flexibleren Gestaltung der Eigenbeteiligung können unter Umständen weitere Variablen eingeführt werden:

- Art der Inanspruchnahme (z.B. ambulant, stationär, Rehabilitation, Prävention etc.)
- Art und Schwere der Erkrankung (z.B. leichte Befindlichkeitsstörung, Unfall, Krebstherapie)

- Dauer der Erkrankung (z.B. einmalige Erkrankung wie Meniskus-Operation oder chronische Erkrankung)
- individuelle Leistungsfähigkeit (in Abhängigkeit vom Einkommen).

Wählt der Versicherte die Selbstbeteiligung, steht ihm ein **Bonus** zu. Dieser ist denkbar als prozentuale Beitragsgutschrift oder als Leistung eines festen Geldbetrages.

Stufe 2 (kassenindividuelle Mehrleistungen)

Bereits nach geltendem Recht haben die Krankenkassen das Recht, in vom Gesetz definierten Ausnahmefällen **satzungsgemäße Mehrleistungen** zu erbringen (z.B. Zuschuss bei medizinischen Vorsorgeleistungen, Zuschüsse bei Mütter-Kind-Kuren, erweiterte häusliche Krankenpflege, erweiterte Haushaltshilfe, medizinische Rehabilitation für Mütter, Mehrleistungen im Rahmen von Modelleleistungen, Versichertenbonus bei freiwilligem Verzicht auf direkten Facharztkontakt).

Diese punktuellen Möglichkeiten zur Erbringung satzungsgemäßer Mehrleistungen könnten auf **alle Leistungen ausgedehnt** werden. Vorbild hierfür wäre z.B. der frühere § 56 SGB V, wie er in der Zeit vom 01.07.1997 bis zum 31.12.1998 gegolten hat.

Stufe 3 (versichertenindividuelle Entscheidungen)

Auf der 3. Stufe hat der Versicherte das Recht, einzelne bzw. alle satzungsgemäßen **Mehrleistungen** der Kasse **abzuwählen**. In diesem Falle erhält er von der Kasse einen **Bonus**. Dieser ist denkbar als prozentuale Beitragsgutschrift oder als Leistung eines festen Geldbetrages.

Bei Nichtinanspruchnahme von Kassenleistungen gewährt die Kasse den Versicherten eine Beitragsrückerstattung. Vorgesehen werden könnte auch, dass eine Krankenkasse eine Beitragsrückerstattung anbieten kann, wenn ein Mitglied (und seine bei ihm mitversicherten Familienangehörigen) in einem Kalenderjahr

keine Leistungen zu Lasten der Krankenkasse in Anspruch genommen haben und das Mitglied eine gewisse Mindestzeit (z.B. drei Monate) bei der Kasse versichert gewesen ist. Die Höhe der Beitragsrückerstattung sollte in das Ermessen der Kasse gestellt werden, die dieses in ihrer Satzung zu regeln hat.

III. Der Gesundheitsmarkt als Wirtschafts- und Beschäftigungsfaktor

1. Wachstumsperspektiven

Die vorrangige Aufgabe unseres Gesundheitswesens ist es, Gesundheit zu erhalten, Krankheit zu heilen, Leiden zu lindern, Leben zu retten und Sterbende zu begleiten.

Zur Wirklichkeit gehört aber auch die Tatsache, dass das Gesundheitswesen ein beschäftigungsintensiver und **zukunftsträchtiger Wirtschaftszweig** ist. Es trägt zur direkten und indirekten Beschäftigung von insgesamt 4,2 Mio. Menschen bei. Dies bedeutet, dass ca. 12 % aller Erwerbstätigen in Deutschland in diesem Wirtschaftsbereich ihren Lebensunterhalt bestreiten. Folgende Gesichtspunkte sind dabei wesentlich:

- **Medizinischer Fortschritt.**
Aufgrund der wissenschaftlich-technischen Entwicklung mögliche Verbesserungen in Diagnose und Therapie können und dürfen den Bürgern nicht vorenthalten werden.

- **Demographische Entwicklung.**
Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen wird aufgrund der Alterung der Gesellschaft und der neuen Möglichkeiten der Medizin stark wachsen. Marktgerechte Finanzierungsformen mit dem Preis als Regulativ für Angebot und Nachfrage müssen entwickelt werden, um ökonomisch sinnvolles und qualitätsvolles Wachstum zu ermöglichen.

- Arbeits- und Ausbildungsplätze.
Angesichts der Wachstumsperspektiven des Gesundheitssektors hat auch die Attraktivität der Ausbildung in diesen Bereichen und die Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen wachsende Bedeutung.
- Standortfaktor Gesundheitssystem.
Das Gesundheitssystem einschließlich Gesundheitsforschung und Gesundheitswirtschaft prägt den Standort und seine Attraktivität für Partner in aller Welt.

Angesichts dieser Punkte ist es entscheidend, die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass die **Wachstumsperspektiven** sich **entfalten** können.

2. Zukunft der stationären Versorgung als wichtiger Marktbereich

Die gleichwertige Versorgung der Bevölkerung in allen Landesteilen muss eine ständige Aufgabe der Bundesländer bleiben. Deshalb muss die Zuständigkeit für die **Krankenhausplanung** bei den **Ländern** erhalten bleiben.

Der medizinisch-technische Fortschritt wird sich auch in Zukunft fortsetzen. Die Einführung des neuen DRG-Systems (Diagnosis Related Groups System – diagnoseorientiertes Fallgruppensystem) ab dem Jahr 2003 erfordert von den Krankenhäusern ein massives Umdenken. Weitere Verweildauer-Reduzierungen in den Krankenhäusern und damit ein rückläufiger Bedarf an Bettenkapazitäten sind zu erwarten. Dies erfordert von den Krankenhäusern eine maßvolle Konzentration der Kapazitäten und Standorte mit dem Ziel einer ständigen Verbesserung der Versorgungsqualität. Es werden weitere Schwerpunktbildungen z.B. innerhalb der Krankenhäuser und untereinander sowie bessere Abstimmungen der verschiedenen medizinischen Angebote und der sonstigen sozialen Infrastruktur notwendig sein. Mehr indikationsbezogenes Team-Denken ist das Gebot der Stunde.

Diese Optimierungsphase muss unter Einsatz beträchtlicher Investitionsmittel fortgesetzt werden, um sicher zu stellen, dass das bestehende medizinische Wissen und die künftigen Fortschritte der Medizin auch künftig allen Bürgern zur Verfügung stehen. Die Länder werden dies unterstützend mit Fördermitteln und durch Moderation begleiten.

Die Einführung eines neuen leistungsgerechten und transparenten Entgeltsystems für Krankenhausleistungen (DRG´s) wird grundsätzlich unterstützt, soweit die Rahmenbedingungen gewährleisten, dass

- die Letztverantwortung der Länder für die Krankenhausplanung,
- eine ausreichende Finanzierung der bedarfsgerechten Krankenhäuser und
- die Einbeziehung des medizinischen Fortschritts sichergestellt sind. Das neue Entgeltsystem kann aber nur dann erfolgreich funktionieren und Akzeptanz finden, wenn es im richtigen Rahmen umgesetzt wird.

IV. Europatauglichkeit des Deutschen Gesundheitssystems muss gewährleistet sein.

Das Deutsche Gesundheitswesen sollte verstärkt nach **europäischen Vorgaben** ausgerichtet werden, damit in Deutschland und aus Deutschland vermehrt Gesundheitsleistungen auch für Einwohner der anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und des europäischen Wirtschaftsraums erbracht werden können.

Gleichzeitig müssen die Reformen der gesetzlichen Krankenversicherung, sofern nicht ein Systemwechsel zu einer letztlich privaten Pflichtversicherung vollzogen werden soll, „europafest“ ausgestaltet werden, damit sie auch im Hinblick auf die Europäischen Verträge und die Rechtsprechung des EuGH (Personenfreizügigkeit, freier Dienstleistungsverkehr, freier Warenverkehr, europäisches Kartellrecht) bestehen können. Die Unterschiede einer gesetzlichen Krankenversicherung gegenüber der privaten Krankenversicherung müssen so beachtlich bleiben, dass sie die Beschränkung der europäischen Grundfreiheiten und des europäischen Kartellrechts durch unser öffentlich-rechtliches System auch künftig rechtfertigen.

V. Verlässliche Finanzierungsbasis für die Gesundheitsversorgung

Das gut ausgebaute Gesundheitssystem in Deutschland ist an **finanzielle Grenzen** gestoßen. Die derzeitige fast ausschließlich an das Arbeitseinkommen gebundene Form der GKV-Finanzierung ist den künftigen Herausforderungen auf Dauer nicht mehr gewachsen.

Die Ansprüche an das Gesundheitssystem werden weiter zunehmen:

Der medizinisch-technische Fortschritt bringt ständig neue Medikamente und zusätzliche verbesserte Behandlungsmöglichkeiten hervor. Die Menschen wollen mit steigendem Wohlstand mehr für ihre Gesundheit tun und bis ins hohe Alter fit bleiben.

Die **Leistungsfähigkeit** und **Finanzierbarkeit** des Gesundheitswesens ist vor allem **gefährdet** durch

- die demographische Entwicklung mit der Zunahme älterer Menschen und daraus folgender Multimorbidität,
- den medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritt und
- die Steuerungsmängel (Überkapazitäten im ambulanten und stationären Bereich),
- die hohe Arbeitslosigkeit,
- den Rückgang der Lohnquote am Bruttoinlandsprodukt,
- das Ansteigen von unsicheren Arbeitsplätzen bestimmter Branchen,
- die moderaten Lohnabschlüsse,
- das veränderte Erwerbsverhalten (z.B. Wechsel zwischen abhängiger und selbständiger Tätigkeit, Teilzeitbeschäftigung),
- Abwanderung in die PKV (Flucht aus Sozialversicherung, Schwarzarbeit),
- das Verschieben des Anteils der Beitragszahler von den aktiv Tätigen zu den Rentnern mit niedrigeren Einkommen und
- einen geringeren Rentenanstieg durch Rentenreformen.

Unter Beibehaltung der Rundum-Versorgung wie bisher wird teilweise ein Anstieg der Beitragssätze in der GKV bis zum Jahr 2040 auf 31 % prognostiziert. Daher müssen Modelle neuer Finanzierungsgrundlagen sowie intelligente Steuerungsinstrumente für die Gesundheitsversorgung diskutiert werden. Hierfür muss das bestehende System der gesetzlichen Krankenversicherung wettbewerbsorientiert weiterentwickelt werden.

Das Pflichtversicherungsprinzip, das zu den wesentlichen Merkmalen der deutschen Sozialversicherung gehört (§ 2 SGB IV), darf auch in der Gesundheitsversorgung nicht aufgegeben werden. Mit dem Pflichtversicherungssystem wird in Deutschland sichergestellt, dass alle Personen, für die die Sozialversicherung eingerichtet wurde – also rd. 90 % der Bevölkerung -, auch tatsächlich deren Versicherungsschutz genießen.

1. **Stärkung der Finanzierungsgrundlagen**

Die **gesetzliche Krankenversicherung** muss dringend **finanziell entlastet** werden durch die Herausnahme von versicherungsfremden Leistungen, die sich nicht unmittelbar auf Krankheiten und ihre Folgen beziehen. Da es sich bei diesen Leistungen um sozial- und familienpolitische Aufgaben handelt, können sie aus ordnungspolitischen Gesichtspunkten auch von anderen Trägern abgesichert und aus Steuermitteln finanziert werden.

Im Übrigen muss

- die Preiszusammensetzung von Arzneimitteln mit dem Ziel der Absenkung der Arzneimittelkosten geprüft werden,
- die Patientensignatur für ärztliche Leistung eingeführt werden (Arzt kann nur dann Leistungen gegenüber der KV abrechnen, wenn die Leistungsaufstellung zuvor vom Patienten gegengezeichnet wurde) und
- die Negativliste aktualisiert werden.

2. Planungsverantwortung

- Im stationären Bereich

Verbunden mit einer Flexibilisierung des Vertragsrechts wird vor allem die Einführung des neuen, umfassenden Fallpauschalen-Systems im Krankenhaus zu Veränderungen in der Angebotsstruktur im stationären Bereich (Akutkrankenhäuser, Vorsorge- und Rehabereich) führen.

Dies hat Auswirkungen auf die **staatliche Planungsverantwortung**. Die Krankenhausplanung der Länder ist Ausdruck der politischen Verantwortung für diesen Bereich der Gesundheitsinfrastruktur. Sie muss sich auf Rahmenplanung – in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen – über Standorte, Fächerstruktur und Bettenzahl der Plankrankenhäuser konzentrieren. Dabei müssen Plankrankenhäuser weiterhin einem Kontrahierungszwang unterliegen. Krankenhausplanung muss wirtschaftliche Krankenhausstrukturen, Abbau nicht mehr bedarfsgerechter Kapazitäten und Anpassung an sich wandelnden Versorgungsbedarf und medizinischen Fortschritt gewährleisten. Die staatliche Letztverantwortung ist sicherzustellen.

- Im ambulanten Bereich

Die Selbstverwaltung ist gefordert, **wettbewerbliche Strukturen im ambulanten Bereich** zu fördern. Die gesetzlichen Vorgaben müssen die entsprechende Wahrnehmung der Planungsverantwortung ermöglichen. Bestandsgarantien ohne Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistung kann es für einzelne Anbieter auf dem Gesundheitsmarkt nicht mehr geben.

- Zusammenarbeit ermöglichen

Das **patientenorientierte Zusammenwirken** zwischen niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern, Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen muss **intensiviert** werden. Zwischen fachärztlicher Versorgung und Krankenhausplanung ist eine bessere Abstimmung erforderlich. Individuelle

Kooperationsvereinbarungen zwischen Leistungserbringern sind in erweitertem Umfang zu ermöglichen (z.B. Ausbau des Belegarztwesens, gemeinsame Großgerätenutzung, Telematik).

3. Verbesserung der Steuerungselemente

Statt des vom Ansatz her falschen Weges der Steuerung der gesetzlichen Krankenversicherung über Budgetierungen müssen die **Elemente der Selbststeuerung** auf breiter Ebene **gestärkt** werden.

Nötig sind auf der Seite der Leistungserbringer und der Seite der Kostenträger gleichstarke Verhandlungs- und Vertragspartner. Dazu muss das derzeit nahezu ausschließlich körperschaftlich organisierte System schrittweise **flexibilisiert** werden, um z.B. arztgruppenspezifische und kassenindividuelle Vertragsabschlüsse zuzulassen. Der Selbstverwaltung bleibt es dabei eigenverantwortlich überlassen, in welchen Organisationsformen sich Leistungserbringer bzw. Krankenkassen für die Vertragsverhandlungen zusammenschließen.

Darüber hinaus können die **Steuerungselemente verbessert** werden durch

- Verstärkung der Anreize für integrierte Versorgungsformen. Das Ziel eines Case-Managements kann nur schrittweise erreicht werden, wenn Aufgaben und Verantwortungen entsprechend verteilt sind. So wäre es z.B. möglich, die Aufgabe der Vergütung von Arzneimitteln auf die Kassenärztlichen Vereinigungen zu übertragen. Zu diesem Zweck könnten die Kosten von den Krankenkassen auf die ärztliche Gesamtvergütung umgelegt werden. Dies wäre ein erster Schritt in Richtung Case-Management, der Verantwortung für die medizinische Behandlung und Sparanreize wirksam verknüpft. Weitere Vorteile bei dieser Maßnahme wären das gewichtigere Verhandlungsmandat der Ärzteschaft gegenüber der Pharmaindustrie sowie eine gesicherte Kalkulationsgröße für die Krankenkassen;

- Steuerung des Arzneimittelmarktes durch Richtgrößen;
- Steuerung der Ausgaben im ambulanten Bereich durch Regelleistungsvolumina;
- evidenzbasierte Behandlungsprogramme außerhalb des Risikostrukturausgleichs insbesondere für chronisch Kranke;
- Stärkung von Gesundheitsförderung und Selbsthilfe durch gezielte Förderung nachgewiesener, sinnvoller Präventionsmaßnahmen, die insbesondere durch Zusatzabgaben auf Risikoprodukte und aus dem Aufkommen der Alkohol- und Tabaksteuer zu finanzieren sind;
- Bekämpfung des Abrechnungsbetrugs und des Abrechnungsmisbrauchs durch mehr Transparenz des Abrechnungssystems und stärkere Prüfbefugnisse der kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen.

VI. Neugestaltung des Risikostrukturausgleichs (RSA).

Unabhängig von der Überprüfung der Verfassungsmäßigkeit muss eine **Reform des RSA** die Beseitigung von Wettbewerbsverzerrungen zum Ziel haben, die durch Risikoentmischung als Folge einseitiger Mitgliederwanderungen neu entstanden sind und durch den bestehenden RSA nicht ausgeglichen werden können.

Im Übrigen ist der RSA nach folgenden Kriterien zukunftsfähig zu machen:

- Der RSA muss praktikabel sein und darf sich deshalb nur auf wenige Ausgleichsfaktoren beschränken;
- sein Vollzug ist möglichst unbürokratisch zu organisieren;
- der RSA darf nicht manipulierbar sein; er muss leicht überprüfbar und transparent sein;

- eine Neuorientierung des RSA muss so erfolgen, dass Systemanpassungen und Weiterentwicklungen in der gesetzlichen Krankenversicherung jederzeit möglich sind; langfristig ist zu überlegen, inwieweit der RSA abgebaut werden kann;
- im RSA müssen regionale Aspekte stärker berücksichtigt werden.

VII. Änderung des Organisationsrechts in der GKV erforderlich.

Viele der derzeit dem RSA zugeschriebenen Probleme in der gesetzlichen Krankenversicherung resultieren aus für einzelne Kassenarten unterschiedlichen Regelungen im Organisationsrecht. Diese Ungerechtigkeiten müssen durch eine **umfassende Organisationsreform** beseitigt werden. Sondertatbestände müssen überprüft und bestehende Wettbewerbsverzerrungen abgebaut werden mit dem Ziel, eine wettbewerbliche Gleichbehandlung für alle Kassenarten zu erreichen.