

**Forderungen der Ersatzkassenverbände
zur Strukturreform**

-

**Zukunftsperspektiven der
gesetzlichen Krankenversicherung**

Mai 2002

Forderungen der Ersatzkassenverbände zur Strukturreform

-

Zukunftsperspektiven der gesetzlichen Krankenversicherung

Inhalt

- 1. Zukünftige Herausforderungen**
- 2. Die solidarische Krankenversicherung: Ein starkes Fundament**
- 3. Stärkung der Patienten- und Versichertenrechte**
- 4. Reformziel: Weiterentwicklung der solidarischen Wettbewerbsordnung**
- 5. Versorgungsoptimierung**
 - 5.1 Orientierung an Gesundheitszielen
 - 5.2 Förderung evidenzbasierter Medizin
 - 5.3 Bessere Integration der Versorgung
 - 5.4 Prävention: Sinnvolle Investition in die Zukunft
- 6. Weiterentwicklung des Leistungsrahmens**
 - 6.1 Medizinischer Fortschritt
 - 6.2 Einheitlicher Leistungskatalog erforderlich
 - 6.3 Ablehnung des Grund-/Wahlleistungs-Modells
- 7. Zukünftige Vertragsgestaltung**
 - 7.1 Flexible Vertragsstrukturen für Qualität und Wirtschaftlichkeit
 - 7.2 Ersatzkassenspezifische Vertrags- und Vergütungsordnung
 - 7.3 Neugestaltung der haus- und fachärztlichen Versorgung
 - 7.4 Reform der zahnärztlichen Versorgung
 - 7.5 Reform der Arzneimittelversorgung
 - 7.6 Reform der stationären Versorgung

8. Wettbewerb zwischen den Krankenkassen

- 8.1 Sonderrechte für BKKn/IKKn abschaffen
- 8.2 Reform des Risikostrukturausgleichs

9. Neubestimmung der Finanzierung

- 9.1 Bewältigung des demographischen Wandels
- 9.2 Finanzierungsgrundlage "Lohn und Gehalt" sichern
- 9.3 Rückführung politisch induzierter Belastungen
- 9.4 Krankenversicherungsfremde Leistungen
- 9.5 Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze
- 9.6 Stärkung der GKV als Arbeitnehmersversicherung

10. Herausforderung Europa

1. Zukünftige Herausforderungen

Ziel der Ersatzkassen ist es, ihren Versicherten auch in Zukunft eine umfassende und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu sozial tragbaren Beitragssätzen zu gewährleisten. Dazu sind wirksame Strukturreformen des Gesundheitswesens erforderlich, die mittel- bis langfristig die Absicherung breiter Bevölkerungskreise gegen die mit Krankheit verbundenen Risiken garantieren.

Zu Beginn des 21. Jahrhunderts steht das deutsche Gesundheitswesen vor zahlreichen Herausforderungen. Im Zuge der Flexibilisierung der Arbeitswelt und der Globalisierung der Wirtschaft durchlebt der Einzelne - und mit ihm die gesamte Gesellschaft - dynamische Veränderungen seiner Umwelt. Arbeitsformen und Lebensstile wandeln sich in immer kürzeren Zeiträumen. Je mehr Flexibilität der (Erwerbs-)Bevölkerung abverlangt wird, umso bedeutsamer wird für die Menschen die Zuverlässigkeit und Leistungsfähigkeit sozialer Sicherungssysteme. Je differenzierter, arbeitsteiliger, mobiler und individualisierter eine Gesellschaft, umso wichtiger werden "Anker" für die großen Lebensrisiken. Erst sozialer Schutz schafft Vertrauen und Sicherheit, um den Herausforderungen moderner Gesellschaften zur Mobilitäts- und Risikobereitschaft - mit all ihren Risiken für Einkommen, Beruf und sozialen Status - gewachsen zu sein. In diesem Sinne ist soziale Sicherheit ein wesentlicher Produktionsfaktor für moderne Gesellschaften. Ihre Produktivität ist in erheblichem Maße von dem Vertrauen in langfristig angelegte soziale Sicherheit abhängig.

Die großen Herausforderungen, die auf die Gesundheitspolitik zukommen, lassen sich an folgenden Entwicklungstrends festmachen:

- **Demographische Herausforderungen**

Der Rückgang der Geburtenrate führt langfristig zu einem veränderten Altersaufbau der Bevölkerung. Zum einen wird die Bevölkerungszahl Deutschlands in den nächsten Jahrzehnten deutlich sinken. Zum anderen steigt der Anteil der älteren Menschen kontinuierlich an. Die Folge: Immer weniger Junge müssen für immer mehr Alte eintreten, wenngleich in der GKV - im Unterschied zur Rentenversicherung - auch die Rentner Beitragszahler sind. Gleichzeitig muss das medizinische Leistungsangebot - einschließlich der Prävention und Rehabilitation - auf die zunehmend ältere Bevölkerung zugeschnitten werden.

- **Soziale Herausforderungen**

Mit der demographischen Entwicklung gehen veränderte Lebensverhältnisse einher. Während früher ältere und kranke Menschen im Kreise der Familie versorgt wurden, haben sich familiäre und soziale Bindungen heute vielfach gewandelt. Der fortschreitende Prozess der Individualisierung hat neue Lebens- und Familienformen hervorgebracht. Auch in Zukunft ist mit einer wachsenden Zahl von Singlehaushalten und Kleinfamilien zu rechnen. Zudem ist ein verändertes Rollenverständnis zu beobachten, das sich positiv auf die Bedeutung der Erwerbsarbeit für Frauen auswirkt. Schon heute stellen die sozialen Veränderungen erhöhte Anforderungen an die sozialen Sicherungssysteme. Insbesondere die pflegerische und rehabilitative Infrastruktur muss dem gesellschaftlichen Wandel weiter angepasst werden. Eine Betreuung vor Ort ist auch in Zukunft sicherzustellen.

- **Ökonomische Herausforderungen**

Die seit Jahren zu verzeichnende Einnamenschwäche der GKV geht im Grundsatz auf die ökonomische Entwicklung mit einem nur mäßigen Wirtschaftswachstum und anhaltend hoher Arbeitslosigkeit zurück. Für die GKV ist speziell die Zahl der Erwerbstätigen maßgeblich. Für die Finanzierungsgrundlage "Lohn und Lohnersatz" spielt eine hohe Erwerbsquote der Bevölkerung eine wichtige Rolle. Auch Maßnahmen beim versicherten Personenkreis können nachhaltig die Finanzierungsbasis der GKV stärken.

- **Politische Herausforderung "Verschiebebahnhof"**

Seit den 70er Jahren sind die Finanzierungsgrundlagen der GKV - z.B. bei Lohnersatzleistungen - durch politische Entscheidungen unterschiedlicher Regierungen zur Schonung anderer Haushalte systematisch geschwächt worden. Die finanziellen Verluste für die GKV summieren sich auf hohe zweistellige Milliardenbeträge. Die "Verschiebebahnhof-Politik" folgt dabei einer stringenten politischen Logik: Öffentliche Haushalte werden entlastet und Sozialversicherungsbudgets in parlamentarischer Verantwortung (Renten-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung) strukturell geschont. Die politische Verantwortung für die finanzielle Belastung der GKV kann so erfolgreich in den zeitlich und umfänglich nicht zurechenbaren Beitragssatzentscheidungen der 400 Krankenkassen kaschiert werden. Die gesetzliche Krankenversicherung, die der Absicherung des Risikos Krankheit dient, wird auf diese Weise mit den Auswirkungen anderer sozialer Grundrisiken unserer Gesellschaft, nämlich Arbeitslosigkeit, Alter und Invalidität, belastet. Die Wiederherstellung einer

funktionsgerechten Aufgaben- und Risikoteilung zwischen den einzelnen Sparten der Sozialversicherung ist eine Grundvoraussetzung für eine leistungsfähige soziale Krankenversicherung.

- **Herausforderungen durch neue Arbeitsformen**

Die Finanzierung unseres Gesundheitswesens basiert unverändert auf der Erwerbsarbeitsgesellschaft und knüpft an das klassische "Normalarbeitsverhältnis" an. Die Zunahme veränderter Arbeitsformen - die sich u.a. in befristeten, geringfügigen, zeitlich flexiblen Arbeitsverhältnissen, geänderten Erwerbsbiographien und einer deutlichen Zunahme der Frühverrentung/Altersteilzeit manifestiert - wirkt sowohl im Hinblick auf den Versicherungsschutz als auch auf die Beitragszahlung Zukunftsfragen auf.

- **Versorgungspolitische Herausforderungen**

Das Gesundheitswesen wird auch in Zukunft ein dynamischer Wachstumsmarkt sein. Der medizinisch-technische Fortschritt kann die Gesundheitsausgaben erhöhen, muss es aber nicht. Permanenter Ausgabendruck entsteht heute vielmehr durch Mengenausweitungen und Qualitätsprobleme, die vor allem auf erhebliche Überkapazitäten zurückgehen. Die kostensenkenden Möglichkeiten des medizinisch-technischen Fortschritts müssen stärker ins Blickfeld genommen und zukünftig vollständig ausgeschöpft werden, z.B. durch verstärkten Wettbewerb unterschiedlicher Versorgungsformen.

Eine zentrale Herausforderung für das deutsche Gesundheitswesen liegt in der Beseitigung von Mängeln in der Prozessqualität insbesondere bei der Versorgung chronisch Kranker. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen bemängelt in seinem aktuellen Gutachten "Über-, Unter- und Fehlversorgung" vor allem die nicht ausreichende Anwendung internationaler Standards der Prozessqualität und der leitliniengestützten Medizin in Deutschland. Diese Qualitätsdefizite und die daraus resultierenden Ineffizienzen in der gesundheitlichen Versorgung müssen durch zielgerichtete Strukturreformen behoben werden.

2. Die solidarische Krankenversicherung: Ein starkes Fundament

Die Reformvorstellungen der Ersatzkassen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens orientieren sich an sozial- und gesundheitspolitischen Zielen, die auch im 21. Jahrhundert höchste gesellschaftliche Akzeptanz genießen. Ein grundlegender Systemwechsel gehört für die Ersatzkassen nicht auf die gesundheitspolitische Agenda. Vielmehr geht es heute um nachhaltig wirksame strukturelle Verbesserungen der bestehenden sozialen Krankenversicherung.

Die Ersatzkassen fordern vor dem Hintergrund zukünftiger Herausforderungen eine Stärkung der tragenden Strukturprinzipien der GKV. Die Ausgangsbasis einer zukunftsfähigen GKV bilden demnach weiterhin die Grundsäulen Solidarität, Sachleistung, Selbstverwaltung und Pluralität.

- **Solidarität schafft Verlässlichkeit**

Das Solidarprinzip, das allen Versicherten einen einheitlichen Leistungsanspruch garantiert und sie vor finanzieller Überforderung im Krankheitsfall schützt, muss tragendes Element einer sozialen Krankenversicherung bleiben. Auch künftig sollen die finanziell Stärkeren für die finanziell Schwächeren, die Jungen für die Alten und die Alleinstehenden für die Familien eintreten. Unabhängig von der Höhe der gezahlten Beiträge muss die Leistungsgewährung weiterhin nach dem Bedarfsprinzip, d.h. allein nach der medizinischen Notwendigkeit, erfolgen. Das Solidarprinzip bleibt das konstitutive Element der GKV. Vorschlägen einer privatisierten und stärker individuell organisierten Krankenversicherung erteilen die Ersatzkassen damit eine klare Absage.

- **Sachleistung schützt die Patienten**

Um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung zu sichern, ist das Sachleistungssystem ein zunehmend international anerkanntes Organisationsprinzip für die Versorgung. Es bildet die zentrale Voraussetzung für die Gestaltung wirtschaftlicher Leistungsstrukturen. Das Sachleistungssystem schützt die Patienten vor Überforderung, finanziellen Vorleistungen und ist eine unverzichtbare Grundlage für die Verwirklichung von Wettbewerb um Wirtschaftlichkeit. Die Verantwortung für Qualität und Wirtschaftlichkeit und damit für Versorgungseffizienz muss weiterhin in den Händen der vertragsgestaltenden Parteien liegen. Das direkte Vertragsverhältnis zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern ist auch mit Blick auf die finanzielle Stabilität des Systems zukünftig unerlässlich.

- **Selbstverwaltung schafft Versichertennähe**

Das deutsche Gesundheitswesen ist durch vergleichsweise staatsferne, wettbewerbliche und liberale Steuerungselemente gekennzeichnet. Die Vorteile des selbstverwalteten Systems liegen in einem hohen Grad an Versicherten- und Verbrauchernähe. Realisiert wird dieser Anspruch insbesondere durch Gestaltung der Versorgungswirklichkeit in gemeinsamer Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen. Der Staat sollte sich auch zukünftig auf eine funktionale Rahmensetzung beschränken. Die demokratisch legitimierte Selbstverwaltung - bei den Ersatzkassen repräsentiert durch gewählte Versichertenvertreter (Sozialversicherungswahlen) - sichert eine kontinuierliche Beteiligung der Betroffenen an der Gestaltung und Steuerung des Gesundheitswesens. Versicherten- und Patienteninteressen werden auf diese Weise gleichermaßen repräsentiert. Die Kompetenzen der Selbstverwaltung müssen nachhaltig - gerade mit Blick auf europarechtliche Entwicklungen - gestärkt werden. Dazu bedarf es rechts- und ordnungspolitischer Initiativen, die die Zuordnung von Kompetenzen und Verantwortlichkeiten auf den jeweiligen Ebenen gesetzlich eindeutig absichern.

- **Pluralität sichert Wahlfreiheit**

Zu einer wettbewerblich orientierten und zugleich sozialen Krankenversicherung gehört Pluralität in den Organisationsstrukturen. Pluralität und damit auch Vielfalt der Kassensorten ist eine notwendige Voraussetzung für den Wettbewerb der Krankenkassen. Zum Vorteil der Versicherten sollen mit dem Wettbewerb in der GKV Anreize für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit gesetzt werden. Ohne Vielfalt und den daraus resultierenden Wahlmöglichkeiten für die Versicherten kann sich Wettbewerb nicht entwickeln. Bestrebungen nach Vereinheitlichung der Krankenkassen ("Einheitskasse") oder der Verbände ("Dachverband") lehnen die Ersatzkassen entschieden ab. Denn letztlich gefährden alle politischen Tendenzen in Richtung "Einheitsversicherung" sowohl die Wahlrechte der Versicherten als auch die Anreize für mehr Qualität, Effizienz und Kundenorientierung.

Die Forderung nach Pluralität schließt auch die freie Wahl der Organisations- und Vertragsebenen mit ein. Die Ersatzkassen haben sich für bundesweite Organisations- und Finanzstrukturen entschieden. Mit ihren überregional einheitlichen Beitragssätzen und ihrem bundesweit einheitlichen Erscheinungsbild präsentieren sich die Ersatzkassen als starke und leistungsfähige Solidargemeinschaften. Sie garantieren durch ihre Organisati-

onsstrukturen bundesweite Solidarität. Die überregionalen Finanzstrukturen der Ersatzkassen schließen regionale Versorgungsverträge mit den Leistungserbringern nicht aus. Politischen Tendenzen zur Regionalisierung ihrer Finanz- und Organisationsstrukturen treten die Ersatzkassen aber auch zukünftig entschieden entgegen.

3. Stärkung der Patienten- und Versichertenrechte

Der Wertewandel in unserer Gesellschaft geht einher mit einem wachsenden Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung und einem veränderten Rollenverständnis der Patienten. Informierte Patienten und Versicherte setzen sich heute aktiv mit ihrer Gesundheit und mit Gesundheitsangeboten auseinander. Der "mündige" Patient kann durch seine Mitwirkung ganz erheblich den Heilungsprozess beeinflussen. Insofern werden Patienten zum Koproduzenten ihrer eigenen Gesundheit. Umfassende Transparenz und Informationen sind Voraussetzung dafür, dass die Patientenkompetenzen weiter gestärkt werden.

- **Mehr Information und Beratung**

Die Ersatzkassen sichern von jeher die Mitwirkungs- und Gestaltungsmöglichkeiten der Versicherten und Patienten im Gesundheitswesen. Die Interessen der Betroffenen werden bei den Ersatzkassen unmittelbar durch die Selbstverwaltung repräsentiert. Die Ersatzkassen fördern intensiv den Ausbau der Patienten- und Verbraucherorientierung und halten zahlreiche Angebote für ihre Versicherten bereit. Durch umfassende Beratung, den Ausbau der medizinischen Kompetenz, persönliche Ansprache, gute Erreichbarkeit und schnelle, unbürokratische Bearbeitung präsentieren sich die Ersatzkassen als moderne Dienstleister - ganz im Sinne der Präferenzen ihrer Versicherten. Die erweiterten Angebote können Ersatzkassenversicherte insbesondere über die neuen Informationstechnologien wie Internet, Call-Center und Telefon-Hotline, aber auch über die persönliche Beratung vor Ort, nutzen.

- **Mehr Transparenz und Kompetenz für Versicherte**

Information, Transparenz, Kompetenz und Partizipation bilden die Rahmenbedingungen für ein verbraucherorientiertes Gesundheitswesen. Ihre Umsetzung ist die Basis dafür, dass Patienten und Versicherte besser in der Lage sind, die Einrichtungen des Gesund-

heitswesens sinnvoll und effizient zu nutzen. In diesem Sinne können die Betroffenen mehr Eigenverantwortung übernehmen und tragen im medizinischen Versorgungsprozess verstärkt zum Erfolg der Behandlung bei. Die Leistungsfähigkeit und -qualität des Systems wird insgesamt verbessert.

Einen besonderen Beitrag zur Stärkung von Patientenkompetenzen vor allem bei chronischen Erkrankungen leisten die zahlreichen Selbsthilfegruppen. Oft ist es diese "Hilfe zur Selbsthilfe", die den Einzelnen erst befähigt, mit der eigenen Erkrankung adäquat umzugehen und Eigenverantwortung für den Heilungsprozess zu übernehmen. Die Ersatzkassen unterstützen daher praktisch und finanziell die Arbeit von Selbsthilfegruppen.

Mehr Transparenz und Informationen fördern auch den Qualitätswettbewerb unter den Leistungserbringern. Mündige Patienten und Versicherte fordern zu Recht mehr Informationen über die Ergebnisqualität medizinischer Leistungen von Ärzten, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern. Systematische Qualitätsvergleiche von Leistungserbringern müssen zukünftig ermöglicht werden. Die Ersatzkassen setzen sich im Interesse ihrer Versicherten deshalb dafür ein, dass die Möglichkeiten der Krankenkassen gesetzlich abgesichert werden, hier Empfehlungen vor Inanspruchnahme einer Leistung auszusprechen. Zur Stärkung der Patientenautonomie und für eine verbesserte individuelle Versichertenberatung müssen zukünftig auch Informationen über die Ergebnisqualität der Versorgung bereitgestellt werden.

- **Versorgung geschlechterspezifisch optimieren**

Für ein verbraucherorientiertes Gesundheitswesen müssen ferner geschlechtsspezifische Besonderheiten (Gender-Aspekte) berücksichtigt werden. Deren Spannungsbreite reicht von der biologischen Andersartigkeit über unterschiedliche Sozialisation, differenzierte naturwissenschaftlich-medizinische Voraussetzungen (z.B. Dosierung und Wirksamkeit von Arzneimitteln) bis hin zu anderen Lebens- und Verhaltensweisen (z.B. unterschiedliche Wahrnehmung von Früherkennungsmaßnahmen). Derzeit finden diese geschlechtsspezifischen Unterschiede zu wenig Beachtung. Zwar ist es inzwischen wissenschaftlich unstrittig, dass auch im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit Unterschiede biologischer, gesellschaftlicher und psychosozialer Art zwischen Frauen und Männern auftreten. Bislang fehlen aber an vielen Stellen fundierte, qualitätsgesicherte Daten für eine medizinisch notwendige geschlechtsspezifische Differenzierung der Versorgung. Benötigt

werden deshalb detaillierte Informationen über die unterschiedlichen medizinischen und medizinsoziologischen Parameter von Frauen und Männern, die für eine qualitativ hochwertige Versorgung relevant sind. Bei der Entwicklung von Leitlinien, Qualitätsstandards und klinischen Studien müssen diese Grundlagen stärker beachtet werden.

- **Stärkung des Verbraucherschutzes**

Konkrete Maßnahmen zur Stärkung der Patientenrechte und des gesundheitlichen Verbraucherschutzes sind aktuell von den Ersatzkassen aufgegriffen worden. Die umfangreiche Unterstützung der Versicherten bei möglichen Behandlungsfehlern zeigt beispielhaft, wie die Durchsetzung legitimer Patientenrechte durch die Ersatzkassen gefördert wird. Zur Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung und um Fehlversorgung zu vermeiden, müssen Behandlungsfehler systematisch ausgewertet werden. Die Zusammenführung und Analyse der an unterschiedlichen Stellen erhobenen Daten wäre geeignet, mehr Transparenz über Ausmaß und Umfang von Medizinschäden sowie Hinweise auf Problemfelder zu gewinnen. Die entsprechenden Datengrundlagen müssen geschaffen werden.

4. Reformziel: Weiterentwicklung der solidarischen Wettbewerbsordnung

Aufbauend auf den Grundprinzipien der solidarischen Krankenversicherung legen die Ersatzkassen ihre Ziele für eine wirksame Strukturreform vor. Im Zentrum steht dabei die Weiterentwicklung der solidarischen Wettbewerbsordnung. Sie bildet den ordnungspolitischen Rahmen für eine sinnvolle Balance zwischen Solidarität und Wettbewerb. Die Solidarfunktionen als konstituierende Elemente der gesetzlichen Krankenversicherung werden so mit wettbewerblichen Prinzipien verknüpft, um insgesamt mehr Wirtschaftlichkeit zu erreichen. Wettbewerb ist im Rahmen einer solidarischen Krankenversicherung weder Ziel noch Selbstzweck. Vielmehr dient Wettbewerb der ständigen Verbesserung der Versorgung für die Patienten in wirtschaftlicher, qualitativer und humaner Hinsicht. Seine Grenzen findet der Wettbewerb in der GKV aber genau dort, wo er entsolidarisierend und risikoselektierend wirkt.

Bei der Weiterentwicklung der solidarischen Wettbewerbsordnung geht es zum einen darum, die Teilhabe aller Versicherten am medizinischen Fortschritt sicherzustellen. Zum anderen sollen auf diesem Weg die Versorgung optimiert und die vorhandenen Mittel effektiver und effizienter eingesetzt werden. Mittelfristig muss es in der GKV um die Erschließung vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven gehen. Für die Ersatzkassen ist dazu die Beseitigung nachgewiesener Qualitätsdefizite eine zentrale Zukunftsaufgabe. Je früher hier Anpassungen gelingen, um so nachhaltiger lässt sich die GKV zum Wohle der Patienten und der Versicherten zukunftsfähig gestalten. Für die Ersatzkassen gilt daher unverändert die Devise "Rationalisierung statt Rationierung".

- **Wettbewerb auf Angebotsseite**

Die bisher nur unzureichend von der Politik ausformulierte Wettbewerbsordnung der GKV muss endlich in ein schlüssiges Gesamtkonzept überführt werden. Um zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit zu gelangen, kommt es mehr denn je darauf an, die Angebotsseite wettbewerbsfähig zu öffnen. In Zeiten der Überversorgung haben sich ausschließlich kollektivvertragliche Strukturen und Vertragsmonopole der Leistungserbringer überlebt.

Die Zahl und Struktur der abgerechneten medizinischen Leistungen folgt heute eher ökonomischen Interessen der Leistungserbringer als dem medizinischen Bedarf der Kranken. Die Frage nach einem bedarfsadäquaten Angebot lässt sich im medizinischen Bereich zwar nur schwer beantworten. Unbestritten aber ist, dass im Phänomen der angebotsinduzierten Nachfrage die eigentliche Dynamik des Gesundheitsmarktes wurzelt. Das beliebige Wachstum der Akteure und deren technischer Ausstattung wird ohne geeignete Regulative auf Dauer permanenten Ausgabendruck in der GKV erzeugen.

Die ungesteuerte Kapazitätsentwicklung sowie mangelnde Integration des medizinischen Angebots bilden heute wesentliche Ursachen für die im internationalen Vergleich häufig nur durchschnittlichen Versorgungsergebnisse. Und das - laut aktuellem Testat des Sachverständigenrates - bei überdurchschnittlich hohem Ressourceneinsatz. Eine Verengung künftiger Reformdiskussionen auf die Frage "zu wenig" oder "zu viel Geld im System" scheidet von daher aus. Vielmehr müssen bei Qualität und Wirtschaftlichkeit Fortschritte erzielt werden.

Die Reformziele der Ersatzkassen stellen deshalb versorgungs- und ordnungspolitische Notwendigkeiten in den Vordergrund. Eine erfolgreiche Reformpolitik muss folgende Ziele ansteuern:

- Mehr Qualität und Effizienz der Versorgung
- Gleichmäßiges Versorgungsniveau für alle Versicherten
- Wettbewerbliche Öffnung des medizinischen Leistungsangebots
- Fairer Wettbewerb zwischen den Krankenkassen
- Sichere und gerechte Finanzierungsgrundlagen
- Rückführung politisch induzierter Belastungen
- Staatsferne, selbstverwaltete Steuerung im zusammenwachsenden Europa.

5. Versorgungsoptimierung

5.1 Orientierung an Gesundheitszielen

Dem deutschen Gesundheitswesen fehlt bislang eine explizite Orientierung an Gesundheitszielen. Verantwortlich dafür ist eine jahrelange Reformgesetzgebung, die primär ökonomischen Aspekten und Fragen der Kostendämpfung zugewandt war. Die Ersatzkassen fordern daher eine breite öffentliche Diskussion um die Entwicklung von Gesundheitszielen.

Rationale Gesundheitspolitik braucht quantifizierbare Versorgungsziele. Erst anhand operationalisierter Zielvorstellungen für ausgewählte Krankheitsbereiche kann ein erreichter Nutzen oder Fortschritt bei der Versorgung überhaupt gemessen werden. An diesem Entwicklungsprozess werden sich die Ersatzkassen - als kompetente Gestalter der Versorgung - intensiv beteiligen.

Die Diskussion über Versorgungs- und Gesundheitsziele muss sich vordringlich der vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen festgestellten "Über-, Unter- und Fehlversorgung" in Deutschland zuwenden. Alle Beteiligten sind aufgefordert, zügig konkrete Gesundheitsziele zu vereinbaren und umzusetzen, damit eine

systematische Antwort auf Prävalenz und Inzidenz chronischer Krankheiten gefunden wird.

- **Mehr Transparenz erforderlich**

Die Umsetzung vereinbarter Ziele kann letztlich nur über mehr Transparenz im Gesundheitswesen realisiert werden. Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Versorgung und einen effizienteren Einsatz der Ressourcen ist daher umfassende Transparenz über das Leistungsgeschehen. Auch zur Stärkung der Patientenautonomie ist mehr Ergebnisqualität über das Versorgungsgeschehen erforderlich. Die Ersatzkassen - als Anwalt der Versicherteninteressen - fordern die Gesundheitspolitik auf, die Verfügbarkeit aller Leistungs- und Abrechnungsdaten in versichertenbezogener Form herzustellen, damit aktuell eine bessere individuelle Versorgungssteuerung möglich wird.

Die an eine moderne GKV gestellte Anforderung, verstärkt Steuerungsaufgaben zu übernehmen - z.B. Fallsteuerung im Krankenhaus, Disease-Management-Programme - kann sonst nur unzureichend erfüllt werden. Nur wenn es gelingt, die bis heute vorherrschende Intransparenz zu beseitigen, können sachgerechte Entscheidungen über Kapazitäten, Mittelverwendung, gerechte Honorierung etc. getroffen werden.

Der Schutz sensibler Patientendaten muss dabei selbstverständlich erhalten bleiben. Für die Vertragsentwicklung und die mittel- bis langfristige politische Planung ist der Versichertenbezug der Daten nicht erforderlich. Chancen zur Versorgungsoptimierung dürfen aber nicht eilfertig einem häufig nur vorgeschobenen Datenschutzargument preisgegeben werden. Verfahren zur Pseudonymisierung versichertenbezogener Daten sind so zu gestalten, dass das operative Kassengeschäft nicht behindert wird.

- **Über-, Unter- und Fehlversorgung beseitigen**

Das umfassende Gutachten des Sachverständigenrates aus dem Jahr 2001 "Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit" hat zwar eine leistungsfähige medizinische Akutversorgung in Deutschland bestätigt. Allerdings werden zugleich deutliche Defizite bei der Versorgung chronisch Kranker festgestellt. Anhand zahlreicher Beispiele wird belegt, dass chronisch kranke Patienten in Deutschland zum Teil falsch behandelt werden, dass in einigen Bereichen Unterversorgung herrscht und in vielen Bereichen Überversorgung zu Qualitätsdefiziten führt.

Kennzeichnend für die derzeitige Situation sind zum einen Überkapazitäten, die Überdiagnostik und -therapie mit negativen ökonomischen und medizinischen Konsequenzen hervorrufen. Zum anderen liegt Unterversorgung bei der präventiven und rehabilitativen Behandlung chronischer Krankheiten vor. Damit wird sowohl die Lebensqualität und -dauer der Betroffenen unnötigerweise eingeschränkt als auch insgesamt die Ausgabenproblematik verschärft. Die Versorgungsdefizite belasten die Patienten und gehen auf Kosten der Versicherten. Denn eine falsche Behandlung schadet nicht nur dem Betroffenen, sondern verursacht in der Regel auch hohe Folgekosten.

Die Ursachen dieser Qualitätsprobleme liegen dabei nicht in erster Linie in einer unzureichenden Finanzausstattung. Das zeigt schon der im internationalen Vergleich überdurchschnittliche Ressourceneinsatz bei vielfach nur durchschnittlichen Ergebnissen. Verantwortlich sind vor allem mangelhaft abgestimmte Strukturen und Prozesse auf Seiten des medizinischen Angebots und eine nicht ausreichende Anwendung internationaler Standards und qualitätsgesicherter medizinischer Leitlinien. Hinzu kommen Fehlanreize in den Vergütungssystemen.

Zentrale Zukunftsaufgabe ist es, genau an diesen Mängeln anzusetzen. Zur Beseitigung von "Über-, Unter- und Fehlversorgung" fordern die Ersatzkassen daher Maßnahmen zur möglichst flächendeckenden Anwendung evidenzbasierter Medizin, die verbesserte Integration der medizinischen Versorgung (z.B. durch Disease-Management-Programme) und qualitätsorientierte Vergütungssysteme.

5.2 Förderung evidenzbasierter Medizin

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

Für die Ersatzkassen steht daher die Entwicklung und Anwendung internationaler Qualitätsstandards sowie ein besser integriertes Medizinsystem von ambulanter, stationärer, rehabilitativer und pflegerischer Versorgung im Vordergrund einer Strukturreform. Neue Formen qualitätsorientierter Vergütung sollen verstärkt Anreize zur Förderung der evidenzbasierten Medizin setzen. Um die bestehenden Qualitätsdefizite im Interesse der Patienten und Versicherten zu beheben, ist insbesondere eine Flexibilisierung der Leistungs- und Finanzströme erforderlich.

5.3 Bessere Integration der Versorgung

Der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in Richtung auf effizientere Strukturen stehen bislang die sektoralen Grenzen entgegen. Der Weg zu einem besser integrierten System ambulanter, stationärer und rehabilitativer Versorgung verlangt daher zwingend neue Impulse zur Ablösung der streng sektoralen Budgets. Das Leistungsgeschehen und die Finanzströme sind trotz gesetzgeberischer Interventionen durch jüngste Reformgesetze - z.B. Strukturverträge, Modellvorhaben, Integrationsverträge - weiterhin nicht sektorübergreifend organisiert. Die erfolgreiche Umsetzung der bestehenden (Gesetzes-) Vorschriften scheidet häufig an den Interessendivergenzen der Beteiligten, vor allem auf Seiten der Leistungserbringer.

Die strikte Trennung der Versorgungsbereiche führt zu medizinisch unnötigen Doppeluntersuchungen. Mit der doppelt besetzten Facharztversorgung in Krankenhaus und Praxis werden in Deutschland teure Parallelstrukturen vorgehalten. Die fehlende Abstimmung der therapeutischen Maßnahmen von Krankenhäusern und ambulant tätigen Ärzten ist ein seit langem beklagtes Phänomen. Der Mangel an interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen den Arztgruppen trägt ebenfalls zur Problematik bei. In diesem Zusammenhang muss auch der weiterhin vorherrschende Organisationstyp Einzelpraxis kritisch gesehen werden, da Kooperationsnetze, Ärztehäuser und Gruppenpraxen schon organisatorisch die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Kommunikation fördern.

Behandlungen auf der falschen Versorgungsebene, die Erbringung medizinisch nicht notwendiger Leistungen sowie unzureichende Informationsprozesse müssen im Rahmen einer Strukturreform systematisch und dauerhaft beseitigt werden. Den Schlüssel zur Lösung der Probleme sehen die Ersatzkassen in der Flexibilisierung des Vertragsgesche-

hens. Mit wettbewerblichen Suchprozessen im Rahmen einheitlicher Leistungs- und Qualitätsstandards kann die Umsetzung der integrierten Versorgung vorangebracht werden.

5.4 Prävention: Sinnvolle Investition in die Zukunft

Eine an rationalen Versorgungszielen orientierte Gesundheitspolitik wird zukünftig mehr Gewicht auf die Prävention legen. Gerade im Rahmen einer besser integrierten Versorgung und in Disease-Management-Programmen spielt der Präventionsansatz eine zentrale Rolle.

Die stärkere Ausrichtung der Versorgung auf präventive Maßnahmen kann den Auswirkungen durch die demographische Entwicklung und durch soziale und wirtschaftliche Faktoren entgegenwirken. Viele Gesundheitsschäden von morgen, vor allem die Chronifizierung von Krankheiten, können vermieden werden, wenn die Förderung der Gesundheit zu einem neuen Leitbild der Gesundheitspolitik wird.

Die Ersatzkassen sehen in einer wirksamen Prävention eine lohnende Investition in die Zukunft. Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die zukünftig zwischen den zahlreichen Akteuren besser koordiniert werden muss. Neben einer Verbesserung der Gesundheit und zugleich der Lebensqualität und -dauer der Bevölkerung erwarten die Ersatzkassen von der Prävention langfristig einen Beitrag zur Dämpfung der Ausgabendynamik. Ansatzpunkte für Verbesserungen sind die bislang unausgeschöpften Präventionspotenziale in der Bevölkerung (z.B. Sucht- und Allergieprävention, Reduktion von Risikofaktoren wie Bewegungsmangel, Fehlernährung, Lärm, Stress sowie Vermeidung von Pflegebedürftigkeit). In diesem Zusammenhang sollten Anreize für die Versicherten zur Erreichung der Präventionsziele geprüft werden. Alle Verantwortlichen sind aufgefordert, nachhaltig wirkende Präventionsstrategien zu entwickeln.

6. Weiterentwicklung des Leistungsrahmens

6.1 Medizinischer Fortschritt

Der medizinische Fortschritt ist einer der Faktoren, der auch in Zukunft Kostendruck im Gesundheitswesen erzeugen wird. Alle Gesundheitssysteme der fortgeschrittenen Indu-

striestaaten haben in der Vergangenheit und werden wohl auch zukünftig eine Expansion medizinischer Möglichkeiten erleben. Früher nicht bekannte oder mögliche Eingriffe, Untersuchungen und Therapiemethoden sind heute durch die medizinische Entwicklung machbar und durchführbar geworden. Für eine wirtschaftliche Versorgung gilt, dass nicht alles was zukünftig machbar ist, auch medizinisch sinnvoll ist. Der Trend, neue und auch teurere Therapie- und Diagnoseoptionen in die Versorgung einzuführen, wird sich allerdings fortsetzen.

Dabei muss berücksichtigt werden, dass auf anderen Märkten Produkt- und Prozessinnovationen in der Regel mit Kostensenkungen einhergehen. Im Medizinsektor haben neue diagnostische und therapeutische Leistungen wiederholt zum Aufbau zusätzlicher Angebotskapazitäten geführt, die dann ein ungebremses Mengenwachstum hervorrufen. Insofern ist nicht der medizinische Fortschritt als solches für den nur schwer quantifizierbaren Ausgabeneffekt verantwortlich, sondern die ungesteuerte Mengen- und Kapazitätsentwicklung. Genau hier müssen durchgreifende Strukturreformen ansetzen, um auch in Zukunft den medizinischen Fortschritt für alle Versicherten finanzieren zu können.

- **Umfassende Versorgung sichern**

Der Leistungsrahmen der GKV muss auch zukünftig allen gesetzlich Krankenversicherten eine umfassende medizinische Versorgung sichern. Das gilt umso mehr, als der Umfang des Leistungskatalogs nicht für aktuelle Finanzierungsprobleme unseres Gesundheitswesens verantwortlich gemacht werden kann. Die Diskussionen um angeblich notwendige Einschnitte bei den Leistungen weisen insofern in die falsche Richtung.

Finanzierungsfragen entstehen vielmehr durch die medizinisch unbegründete Ausweitung der Leistungsmenge. So werden häufig Leistungen erbracht, ohne dass eine ausreichende Indikation dafür vorliegt. Als Beispiel sei auf die im internationalen Vergleich überdurchschnittlich hohe Zahl an Herzkatheteruntersuchungen in Deutschland hingewiesen. Ihre Zahl ist inzwischen doppelt so hoch wie im europäischen Durchschnitt. Trotz einer nur durchschnittlichen Morbidität bei koronaren Herzerkrankungen nimmt Deutschland bei der technologischen Ausstattung einen Spitzenplatz ein. In der Folge ist eine deutliche Ausweitung diagnostischer Verfahren und Interventionen (z.B. Ballondilatationen) festzustellen. Neben anderen Defiziten - so auch der Sachverständigenrat - mangelt es vor allem an einer verbindlichen Vorgabe von Indikationsempfehlungen.

- **Das medizinisch Notwendige sichern**

Die Leistungen der GKV sind schon heute auf das medizinisch Notwendige beschränkt. Krankenkassen und Leistungserbringer sind gesetzlich dazu verpflichtet, dass alle Leistungen "ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich" erbracht werden. Die Leistungen dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Diesem medizinisch und ökonomisch sinnvollen Grundsatz steht die Strategie eines Teils der Ärzteschaft mit ihren sogenannten "Individuellen Gesundheitsleistungen" (IGEL-Liste) entgegen. Zum einen werden auf diesem Wege den Patienten unnötige, unwirtschaftliche und medizinisch zweifelhafte Leistungen "verkauft". Zum anderen wird mit der Tendenz zur Ausweitung der IGEL-Liste systematisch die Arbeit der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen zur Disposition gestellt. Die Ersatzkassen fordern daher die Ärzte auf, zum Grundkonsens einer gemeinsamen Verantwortung von Ärzten und Krankenkassen gegenüber den Patienten und Versicherten zurückzukehren. Die immer wieder öffentlich vorgetragene Kritik an sogenannter "Luxusmedizin", z.B. Schönheitsoperationen, entbehrt zudem jeder Grundlage. Derartige Leistungen sind nicht Teil des GKV-Leistungskataloges und werden auch zukünftig nicht von der GKV finanziert.

- **Gemeinsame Selbstverwaltung gefordert**

Nichtsdestotrotz bedarf der Leistungsrahmen der GKV der kontinuierlichen Überprüfung. In einem derart dynamischen Sektor wie dem der Medizin, müssen die Leistungen der GKV ständig neuen Entwicklungen angepasst werden. Es ist Aufgabe der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu bewerten und über ihre Aufnahme in den Leistungskatalog zu entscheiden. Die Bundesausschüsse "Ärzte und Krankenkassen" sowie "Zahnärzte und Krankenkassen" und der "Ausschuss Krankenhaus" haben aktuelle und problemnahe Entscheidungen über die Gestaltung der Versorgung zu gewährleisten. Die Entscheidungen in diesen Ausschüssen müssen sich auf abgesicherte evidenzbasierte Erfahrungen stützen. Der einzelnen Krankenkasse muss es, unbeschadet der laufenden Entscheidungsprozesse der Bundesausschüsse, durch eigene, wissenschaftlich evaluierte Modellvorhaben weiter möglich sein, den Nachweis von Versorgungsverbesserungen zu führen, die mit neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erzielt werden können.

Mit der Errichtung des Koordinierungsausschusses wurden erstmals im deutschen Gesundheitswesen die Voraussetzungen dafür geschaffen, auch sektorübergreifend in der gemeinsamen Selbstverwaltung die Versorgungsqualität zu verbessern. Dem Koordinierungsausschuss kommt künftig eine zentrale Bedeutung für die sektorübergreifende Beurteilung des Leistungsrahmens zu. Eine einheitliche Beurteilung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit medizinischer Verfahren kann damit gesichert werden. Darüber hinaus hat der Koordinierungsausschuss die zentrale Aufgabe, auf der Grundlage evidenzbasierter Medizin, Kriterien für die zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlung von mindestens zehn Krankheiten pro Jahr zu beschließen. Anknüpfungspunkte sind dafür Bereiche, bei denen Hinweise auf Über-, Unter- oder Fehlversorgung vorliegen.

- **Orientierung an evidenzbasierter Medizin**

In der konkreten Versorgungssituation ist stets abzuwägen zwischen dem medizinisch Machbaren, dem medizinisch Notwendigen, dem wissenschaftlich Anerkannten und der wirtschaftlichen Behandlung der Patienten. Eine Lösungsmöglichkeit für dieses Spannungsfeld bieten wissenschaftlich anerkannte, evidenzbasierte Leitlinien.

Auch die Weiterentwicklung des Leistungskatalogs muss auf der Basis nachvollziehbarer Kriterien für die Betroffenen (Patienten/Versicherte) und die Beteiligten (insbes. Leistungserbringer) erfolgen. Die Ersatzkassen fordern mit Blick auf den Leistungskatalog eine stärkere Ausrichtung an evidenzbasierter Medizin und im Interesse der Versicherten eine Stärkung der Verfahren zur Technologiebewertung (Health Technology Assessment - HTA). Um auf Grundlage einer gesellschaftlichen Wertediskussion den Leistungsrahmen für medizinisch notwendige Leistungen durch die Selbstverwaltung definieren zu können, sind HTA-Verfahren zukünftig gezielter einzusetzen. Für medizinische Leistungen sind somit systematische Wirksamkeitsnachweise erforderlich. Auf diese Weise können Rationalisierungspotenziale in bedeutenden Behandlungsfeldern ausgeschöpft werden.

6.2 Einheitlicher Leistungskatalog erforderlich

Um ein gleichmäßiges Versorgungsniveau für alle Versicherten zu gewährleisten und kostentreibenden Wettbewerb zu verhindern, ist ein einheitlicher Leistungskatalog der sozialen Krankenversicherung unabdingbar. Auch in Zukunft muss daher eine klare rechtliche Vorgabe die einheitliche Definition des Leistungskatalogs über alle Träger der gesetzlichen Krankenversicherung hinweg sichern. Die indikationsgerechte Präzisierung des Lei-

stungskatalogs sollte weiterhin durch damit beauftragte Institutionen der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen erfolgen.

6.3 Ablehnung des Grund-/Wahlleistungs-Modells

Die Ersatzkassen lehnen die Einführung von Grund- und Wahlleistungen entschieden ab. Hierbei handelt es sich um einen völlig systemfremden Ansatz, der das Fundament der solidarischen Krankenversicherung zerstört. Die öffentlich diskutierten Modelle werten die Ersatzkassen als Risikofalle für die Bevölkerung, für die Leistungserbringer und für die gesamte Gesellschaft. Hinter der Grund-/Wahlleistungsidee steckt nichts anderes als die Privatisierung von Krankheitsrisiken. Der Mehr-Klassen-Medizin würde Tür und Tor geöffnet.

Schon die Schwierigkeiten bei der Abgrenzung großer und kleiner Krankheitsrisiken zeigen, dass das Modell konzeptionell völlig unausgegoren ist. Zudem kann ein differenzierter Leistungskatalog systematisch risikoselektives Verhalten der Kassen und Wahlakte auf Seiten der Versicherten in Abhängigkeit von Gesundheitszustand und Alter auslösen. So würde ein dysfunktionaler Wettbewerb um gute Risiken einsetzen, in dem das betriebswirtschaftliche Interesse an Risikoselektion mit dem sozialpolitischen Auftrag der GKV kollidiert.

- **Ärzte und Versicherte negativ betroffen**

Im Falle einer strikten Trennung in Grund- und Wahlleistungen müssten die Kassen auf die einmal getroffene Entscheidung über ein bestimmtes Leistungsniveau bei jedem Versicherten pochen. Wahlakte zum Zeitpunkt eines Leistungsbedarfs verbieten sich.

Auch für die behandelnden Ärzte wäre die Herausbildung unterschiedlicher Versorgungsniveaus der Bevölkerung problematisch. Denn ihre Therapieentscheidungen würden vom individuellen Wahlleistungspaket des Patienten abhängig. Wenn eine medizinisch notwendige Leistung nicht mehr im Wahlpaket eines Versicherten enthalten ist, müsste diese vom Arzt unterbleiben oder ggf. privat finanziert werden. Über die private Honorierung müsste dann in der Praxis stets zwischen Arzt und Patient verhandelt werden.

- **Individuelle "Zusatzangebote" rechtlich ermöglichen**

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

7. Zukünftige Vertragsgestaltung

7.1 Flexible Vertragsstrukturen für Qualität und Wirtschaftlichkeit

Bessere Behandlungsergebnisse bei zugleich wirtschaftlicherem Ressourceneinsatz können nur durch Rahmenbedingungen entstehen, die Freiräume für flexible Leistungs- und Finanzströme lassen. Voraussetzung dafür ist eine Überwindung von sektoralen, strikt kollektivvertraglichen Strukturen, die für die zahlreichen Schnittstellenprobleme im deutschen Gesundheitswesen verantwortlich sind.

Im ambulanten Vertragsbereich ist es vordringlich, das Kollektivvertragssystem der Kassenärztlichen Vereinigung wettbewerbsfähig zu öffnen. In der Folge ist auch eine Neudefinition des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) erforderlich. Wie weit sich der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung zukünftig erstreckt, ist entscheidend von der Umsetzung integrierter Verträge abhängig. Je weitreichender eine sektorübergreifende Integrationsversorgung realisiert werden kann, um so stärker wird die traditionelle Sicherstellung an Bedeutung verlieren.

Der Sicherstellungsauftrag der KV muss beispielsweise im Bereich der Qualitätssicherung modifiziert werden, um den zukünftigen Herausforderungen an eine qualitativ hoch stehende Versorgung gerecht zu werden. So müssen die Mitgestaltungs- und Kontrollmöglichkeiten der Krankenkassen bei der Qualitätssicherung zwingend erweitert werden.

Die bestehenden Vertragsmöglichkeiten im Rahmen der Integrationsversorgung (§§ 140a ff.) reichen bislang nicht aus. Zentrale Forderung der Ersatzkassen sind daher Rahmenbedingungen zum Abschluss selektiver Verträge mit Gruppen von Leistungserbringern. Mit diesem wettbewerbsorientierten Ansatz können gezielte Anreize zur Qualitätsverbesserung sowie zum sparsamen Ressourceneinsatz gesetzt werden. Ziel der Ersatzkassen ist es, über flexiblere Verträge mit Ärzten und Krankenhäusern die Verschiebung der Leistungs- und Finanzströme zwischen den Sektoren nach dem Prinzip "Geld folgt Leistung" nachhaltig zu fördern.

7.2 Ersatzkassenspezifische Vertrags- und Vergütungsordnung

Bei der Umsetzung flexibler Vertragsstrukturen ist sowohl auf Seiten des jeweiligen Angebots als auch auf Seiten der Krankenversicherung zu beachten, dass gestaltungsfähige und in eine politische Gesamtverantwortung einzubindende Vertragspartnerschaften entstehen. Vertragsfreiheit darf nicht zur Atomisierung der Vertragsstrukturen und zu intransparenter Vielfalt für die Beteiligten führen. Ziel ist die geordnete und transparente Verbesserung der Versorgungseffizienz und -qualität. Dies setzt verhaltensrelevante Größenordnungen auf beiden Seiten der Vertragspartner voraus. Daraus folgt zunächst, dass auch in Zukunft sowohl der Zugang zur Versorgung als auch der Leistungsumfang in der sozialen Krankenversicherung einheitlich zu gestalten sind.

Eine Vertragsgestaltung auf der Ebene der Kassenarten ist erforderlich, wenn marktorganisatorisch die Angebotsstruktur entsprechend geordnet ist (z.B. ambulante ärztliche Versorgung). Hier kommt es darauf an, dass marktdurchdringende Größenordnungen erreicht werden. Insbesondere dort, wo es um zielgruppengenaue Ergänzungen, erweiterte Angebote und die Erprobung innovativer Modelle (z.B. Modellvorhaben) geht, ist die Vertragsebene "Kasse" gefordert.

Die Öffnung des Vertragsgeschehens mit den Leistungserbringern (Ärzte und Zahnärzte) wirft automatisch die Frage nach der zukünftigen Vergütungsgestaltung auf. Zu flexiblen Verträgen als Voraussetzung für effizienzsteigernden Wettbewerb gehört auch die Möglichkeit kassenartenspezifischer Honorargestaltung. Auf der Basis eines GKV-einheitlichen Leistungsrahmens fordern die Ersatzkassen daher den Freiraum für eigene ersatzkassenspezifische Vergütungsstrukturen.

Dies soll dazu beitragen, dass Qualitäts- und Ergebnisorientierung der Versorgung gestärkt werden. Mit ökonomischen Anreizen wollen die Ersatzkassen gezielt auf ärztliches/zahnärztliches Verhalten einwirken und die heutige Einheitslösung der Honorarstruktur überwinden helfen. Zudem bietet eine ersatzkassenspezifische Honorierung die Möglichkeit, die Vergütungsstrukturen im Hinblick auf die Wirkungen des Risikostrukturausgleichs anzupassen.

7.3 Neugestaltung der haus- und fachärztlichen Versorgung

Die überdurchschnittlichen Zuwächse in der fachärztlichen Versorgung haben negative Folgen für die Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit des Leistungsgeschehens. Entgegen allen politischen Zielen ist der Anteil der Allgemein- und Praktischen Ärzte inzwischen auf rd. 35 v.H. (von aktuell rd. 125.000 Vertragsärzten) gesunken. Durch eine Stärkung der Rolle der Hausärzte, zu denen auch Internisten und Kinderärzte gehören, kann dem Trend der zunehmenden Spezialisierung entgegengewirkt werden. Die immer wieder öffentlich geforderten Bonusregelungen zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung müssen auf nachweisbaren Einsparungen basieren. Die Rolle der Hausärzte muss vor allem durch eine bessere Qualifizierung und durch eine Neugestaltung der Honorarverteilung geschehen. Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) sollte im Einvernehmen mit den Krankenkassen festgesetzt werden.

7.4 Reform der zahnärztlichen Versorgung

Neben selektiven Verträgen mit ausgewählten Zahnärzten soll eine ersatzkassenspezifische Honorargestaltung dazu beitragen, dass die Qualitäts- und Ergebnisorientierung im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung verbessert wird. Das zahnärztliche Vergütungssystem ist um innovative Komponenten zu erweitern, z.B. die Möglichkeit zur Vereinbarung von Komplexhonoraren. Zahnerhaltende Leistungen sind gegenüber prothetischen und kieferorthopädischen Leistungen höher zu bewerten. Das zur Verfügung stehende Honorarvolumen muss bei Kostenneutralität umgeschichtet werden. Der Bereich der Kieferorthopädie muss neu strukturiert werden.

Im Bereich der Zahnmedizin ist das Spannungsverhältnis zwischen dem medizinisch Notwendigen, dem medizinisch Machbaren und einer wirtschaftlichen Behandlung des Patienten besonders ausgeprägt. Eine Lösungsmöglichkeit liegt hier in der leitliniengestützten Medizin (Evidence based dentistry). In Zukunft muss sich eine moderne Zahnmedizin

konsequent an evidenzbasierten Behandlungsansätzen orientieren. Zudem fordern die Ersatzkassen eine Verbesserung der Qualifikation von Zahnärzten und Prophylaxepersonal durch verstärkte Fortbildung.

7.5 Reform der Arzneimittelversorgung

Die Sicherstellung einer effizienten Arzneimittelversorgung ist von herausragender Bedeutung für eine zukunftsfähige GKV. Die Ausgabendynamik gerade dieses Versorgungsbereichs und die immer wieder aufgezeigten Effizienzreserven verlangen endlich durchgreifende gesundheitspolitische Lösungen. Für die Ersatzkassen stehen Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung im Vordergrund. Folgende Elemente müssen Teil eines Reformkonzeptes im Arzneimittelsektor sein:

- **Vertriebswege modernisieren**

Der Vertriebsweg der Arzneimittel vom Hersteller über den Großhandel bis zur Apotheke ist zum Teil ineffizient. Die Ersatzkassen fordern die Aufhebung des Versandhandelsverbots insbesondere zur besseren Versorgung chronisch Kranker und immobiler Patienten. In diesem Zusammenhang sollte auch eine vorbehaltlose Prüfung geeigneter Bestellmöglichkeiten über das Internet erfolgen.

An die Zulassung von Versandapotheken knüpfen die Ersatzkassen spezielle Anforderungen und Standards. Der Versandhandel ist so zu organisieren, dass Sicherheit und Qualität der Versorgung für den Patienten gewährleistet bleiben. Dazu gehört u. a., dass die Versandapotheke von einem Apotheker geleitet wird, und dass rund um die Uhr ein Apotheker für (Rück-)Fragen der Patienten erreichbar ist. Zudem dürfen verschreibungspflichtige Arzneien nur nach Vorlage eines ärztlichen Rezeptes ausgeliefert werden. Darüber hinaus muss ein geeignetes Kontrollsystem für Versandapotheken installiert werden.

Das Fremd- und Mehrbesitzverbot für Apotheker ist aufzuheben, damit sich effizientere Angebotsstrukturen entwickeln können. Darüber hinaus sollten den Krankenkassen Möglichkeiten eingeräumt werden, mit lieferberechtigten Apotheken oder Gruppen von Apotheken Verträge über Leistungen zu schließen.

Krankenhausapotheken sollten unter bestimmten Bedingungen dazu legitimiert werden, ambulante Krankenhauspatienten mit Arzneimitteln zu versorgen. Auf diese Weise kön-

nen Preisvorteile beim Einkauf durch die Krankenhausapotheke genutzt werden. Zudem wäre sichergestellt, dass nach der Krankenhausentlassung eines Patienten keine Brüche in der Arzneimittelversorgung auftauchen, wenn die Behandlung im Rahmen der Ambulanzversorgung fortgesetzt wird (z.B. Versorgung Krebskranker mit Zytostatika).

- **Arzneimittelpreise wettbewerblich gestalten**

Die derzeit geltenden prozentualen Höchstzuschläge auf den Herstellerabgabepreis für den Großhandel und prozentuale Zuschläge für die Apotheken wirken für die soziale Krankenversicherung preistreibend. Die Arzneimittel-Preisspannenverordnung muss entsprechend geändert werden (z.B. Vergütung der Apotheken nach einem System von Fixzuschlägen), um diese Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen. Rabatte - auch in Form von Naturalrabatten - sind bei der Berechnung des Apothekenabgabepreises nach der Arzneimittel-Preisspannenverordnung in angemessener Form zu berücksichtigen. Es muss sichergestellt sein, dass Naturalrabatte nicht wie bisher beim Apotheker/Großhändler verbleiben, sondern an den Verbraucher weitergegeben werden.

Darüber hinaus fordern die Ersatzkassen die längst überfällige Absenkung der Mehrwertsteuer für Arzneimittel auf den ermäßigten Satz, wie dies bereits in den meisten europäischen Ländern der Fall ist.

Auch die Festbeträge müssen weiterhin als Anreiz zur Preissteuerung genutzt werden. Die Arzneimittelfestbeträge haben im Segment der überwiegend nicht patentgeschützten Arzneimittel einen funktionierenden Preiswettbewerb der Hersteller ausgelöst. Dieser festbetragsinduzierte Wettbewerb sollte konsequenterweise alle Arzneimittel erfassen, für die wirkstoffgleiche oder therapeutisch vergleichbare Produkte am Markt verfügbar sind. Der Patentschutz sollte ausschließlich als Anreiz für echte therapeutische Neuentwicklungen dienen. Imitatorische Innovationen ("Me too"-Produkte auf der Basis von Molekülvariationen ohne therapeutischen Zusatznutzen) sollten wie bis 1996 erneut der Festbetragsregelung unterworfen werden.

- **Einführung des "Elektronischen Rezeptes"**

Um die Arzneimittelsicherheit zu erhöhen und mehr Transparenz in das Verordnungsgeschehen zu bringen, fordern die Ersatzkassen die zügige Erprobung des "Elektronischen Rezeptes" im Rahmen von Modellvorhaben. Hiermit würde zugleich eine Weichenstellung

für eine netzbasierte Kommunikationsstruktur (Telematik) im Gesundheitswesen erfolgen. Jeder Arzt und Apotheker kann sich dann, wenn er vom Patienten dazu autorisiert wurde, "online" darüber informieren, welche Medikamente dem Patienten bisher schon verordnet wurden. Auch Nebenwirkungen durch Arzneimittel-Kombinationen oder Doppelverordnungen könnten so besser kontrolliert werden. Für diese moderne Server-Netz-Technologie liegen inzwischen ausgereifte Instrumente zum notwendigen Schutz der patientenbezogenen Daten vor.

- **Neugestaltung der Zuzahlungsregelungen**

Die Zuzahlungsstaffelung nach Packungsgrößen hat sich nicht bewährt. Eine Neugestaltung sollte den Versicherten Anreize bieten, möglichst wirtschaftliche Versorgungsalternativen in Anspruch zu nehmen. In diesem Sinne ist eine neue "steuernde" Zuzahlungsregelung zu finden, die zugleich sozial verträglich auszugestalten ist. Dabei ist die Möglichkeit einer Dreiteilung des Arzneimittelmarktes zu prüfen. "Unverzichtbare" Arzneien wären nach diesem Konzept zuzahlungsfrei; für "unumstrittene" Arzneien bliebe ein angemessener Eigenanteil zu leisten; für die "sonstigen", d.h. in ihrer Wirksamkeit umstrittenen Arzneimittel, würden höhere Zuzahlungen erhoben.

- **Einführung der Positivliste**

Die Positivliste dient primär nicht dazu, die Ausgaben für Arzneimittel zu reduzieren. Sie ist vielmehr dazu da, die Qualität der Arzneimittelversorgung zu erhöhen und für mehr Transparenz auf dem Arzneimittelmarkt zu sorgen. Die Ersatzkassen fordern die zügige politische Realisierung dieses europaweit etablierten und in Deutschland nach wie vor notleidenden Reformelementes.

- **Festbeträge: Steuerungskompetenz der Selbstverwaltung sichern**

Die Festbeträge für Arzneimittel haben sich aufgrund ihrer wettbewerbsfördernden und ausgabendämpfenden Wirkung bewährt. Ihre Festsetzung durch die Spitzenverbände der Krankenkassen ist aber in der jüngsten Vergangenheit durch Rechtsprechung mehrerer deutscher Zivilgerichte blockiert worden. Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichtes sowie des Europäischen Gerichtshofes zur Vereinbarkeit der Festbetragsfestsetzung mit dem Grundgesetz bzw. dem europäischen Kartellrecht stehen derzeit aus. Als Übergangslösung ist eine einmalige Anpassung der Festbeträge durch Rechtsverordnung des

BMG ohne Zustimmung des Bundesrates auf den Weg gebracht worden (Festbetrags-Anpassungsgesetz vom Juli 2001).

Die Ersatzkassen fordern nach Ablauf der Übergangsfrist im Jahr 2003 ein europa- und kartellrechtlich abgesichertes Festbetragskonzept, bei dem die Steuerungskompetenz der Selbstverwaltung erhalten bleibt. Die Lösung muss der politischen Maxime folgen: "So viel Selbstverwaltung wie möglich, so viel Staat wie nötig!"

7.6 Reform der stationären Versorgung

Mit der Einführung eines kompletten diagnose-orientierten Vergütungssystems (DRG-System) befinden sich die Rahmenbedingungen für den Krankenhausbereich im Umbruch. Zur Zeit ist fraglich, ob die beabsichtigten Wirkungen des Fallpauschalengesetzes - nämlich durch mehr Effizienz und mehr Effektivität im Krankenhaussektor Ausgabenrückgänge zu erzielen - eintreten. Die im stationären Bereich ohnehin unzureichenden Regelungen zur Beitragssatzstabilität werden mit dem Fallpauschalengesetz (FPG) weiter aufgeweicht (z.B. durch Öffnungsklauseln). Durch unzulängliche Regelungen zur Mengensteuerung ist mit einem deutlichen Anstieg der Fallzahlen zu rechnen.

Für die Zukunft stehen grundlegende ordnungspolitische Weichenstellungen im stationären Bereich an, die mit der Einführung des Preissystems zusammenhängen. Die zentralen Forderungen der Ersatzkassen beinhalten folgende Punkte:

- **Rahmenplanung der Länder**

Die Krankenhausplanung der Länder ist, unbeschadet ihrer sich aus dem Grundgesetz ergebenden Letztverantwortung für die Versorgung der Bevölkerung, zukünftig nur noch als Rahmenplanung auszugestalten und im Einvernehmen mit den Krankenkassen vorzunehmen. Die Umsetzung der Rahmenplanung ist durch Versorgungsverträge zu gestalten.

- **Kapazitätssteuerung durch Entgeltsystem und Inanspruchnahme**

Mit der Einführung des kompletten leistungsbezogenen Entgeltsystems werden wettbewerbliche Anreize im stationären Sektor gesetzt. Die heutige Investitionsfinanzierung über Einzelförderungsverfahren ist allerdings mit einem Preissystem dieser Art unvereinbar. Die Frage der Investitionsfinanzierung ist nicht nur entscheidend für den Umfang der Bettenkapazitäten. Die Berücksichtigung der Investitionskosten in der Preiskalkulation ist

auch entscheidende Voraussetzung für die Bildung vernetzter Strukturen, da nur so die Gesamtkosten der Infrastruktur im stationären Bereich in den Preisen abgebildet werden. Auch die Vergleichbarkeit mit der Preisbildung in anderen Bereichen, z.B. der ambulanten Versorgung, ist nur mit einem monistischen Finanzierungssystem möglich.

Eine ökonomisch sinnvolle Steuerung der Preise, der Mengen und der Qualität der Leistungen im stationären Bereich kann nur über eine einheitliche Finanzverantwortung erfolgen. Hieraus ergibt sich zwingend die Notwendigkeit zum Übergang auf ein monistisches Finanzierungssystem.

Monistik setzt aber zugleich die Möglichkeit zur Kapazitätssteuerung voraus. Die Ersatzkassen lehnen daher die Übernahme der Krankenhausinvestitionen solange ab, wie eine sinnvolle Kapazitätssteuerung durch die Krankenkassen - bzw. unter ihrer maßgeblichen Beteiligung - nicht sichergestellt ist. Dafür ist es erforderlich, dass rechtsverbindliche Klarheit über den Charakter der Krankenhausplanung hergestellt wird. Eine Übernahme der Investitionskosten müsste zudem beitragsneutral erfolgen, setzt also eine ausreichende Kompensation der Belastungen für die Krankenkassen voraus.

- **Kontrahierungsrechte ausbauen**

Die Ersatzkassen fordern die Aufhebung des Kontrahierungszwangs für die Krankenkassen in Bezug auf die Krankenhäuser, damit ein funktionsfähiger Wettbewerb um Qualität und Versorgungseffizienz entstehen kann. Auch dies setzt die Abkehr von steuerfinanzierten Kapazitäten voraus. Den Kassenarten sollte darüber hinaus - unter Beachtung der Rahmenplanung der Länder - die Möglichkeit eröffnet werden, eigenständige Versorgungsverträge mit den Krankenhäusern zu schließen. Die bisherige strikte Verpflichtung zu "gemeinsamen und einheitlichen" Verträgen muss in einem wettbewerblich organisierten Krankenhausbereich aufgelöst werden.

- **Öffnung der Krankenhäuser**

Die Ersatzkassen sehen in einer Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante hochspezialisierte Versorgung durch vertragliche Vereinbarungen einen wichtigen Schritt zur Überwindung sektoraler Grenzen. Der gleichzeitige Abbau von Kapazitäten im vollstationären Bereich ist vertraglich mit den Krankenhäusern abzusichern. Um teure Medizintechnik optimal auszulasten und Parallelstrukturen zu vermeiden, sollten Krankenhäuser

und niedergelassene Ärzte verstärkt Verträge zur gemeinsamen Gerätenutzung schließen.

Zudem lässt sich eine bessere Verzahnung ambulanter und stationärer Versorgung insbesondere durch Integration vertragsärztlicher Einrichtungen (Notfallambulanz) im Krankenhaus erreichen.

8. Wettbewerb zwischen den Krankenkassen

Wettbewerb ist weder Ziel noch Selbstzweck innerhalb der GKV. Er dient der Suche nach der ständigen Verbesserung der Versorgung für die Patienten in wirtschaftlicher, qualitativer und humaner Hinsicht. Die größte Gefahr für die Akzeptanz des Wettbewerbs in der GKV geht derzeit von den offenkundigen Verwerfungen im Wettbewerb um die Versicherten aus. Ursache ist ein ordnungspolitisch unsystematischer Rahmen für Wettbewerb innerhalb einer sozialen Krankenversicherung. Insbesondere das wettbewerbsverzerrende Organisationsrecht mit einseitigen Gründungs-, Öffnungs- und Schließungsoptionen für die Betriebskrankenkassen (BKKn) sowie kontraproduktive Wirkungen des Risikostrukturausgleichs (RSA) diskreditieren den Wettbewerbsansatz nachhaltig. Im Zentrum einer Reform des Kassenwettbewerbs muss daher die Weiterentwicklung der solidarischen Wettbewerbsordnung stehen, die die systemschädlichen Entwicklungen aufgreift und nachhaltig beseitigt. Dazu gehört auch, die Funktion von Betriebskrankenkassen auf den Betrieb zu beschränken.

8.1 Sonderrechte für BKKn/IKKn abschaffen

Betriebs- und Innungskrankenkassen sind im Wettbewerb der GKV einseitig begünstigt. Sie allein verfügen über strategische Gestaltungsmöglichkeiten zur Gründung, Ausdehnung, Vereinigung und Öffnung. Ersatz- und Ortskrankenkassen sind die gleichen Gestaltungsrechte verwehrt.

Durch strategische Neugründungen bzw. Öffnungen einer ganzen Reihe von BKKn nimmt das gesamte Solidarsystem Schaden. Denn häufig gelingt es diesen Kassen, sich der

Belastung durch besondere gesundheitliche Risiken zu entziehen. Sukzessive spaltet sich das System in "Versorgerkassen" und Kassen für junge, gesunde Versicherte.

Insbesondere die Neugründung von Betriebskrankenkassen ist problematisch. Im Gegensatz zu anderen Märkten bewirkt die Neugründung von Krankenkassen innerhalb der GKV keinen Effizienzgewinn. Neugründungen führen lediglich zur Herauslösung bestimmter Versichertengruppen - in der Regel besserer Risiken - aus bestehenden Solidargemeinschaften. Der Nutzen für das Gesamtsystem und die GKV-Versicherten ist bestenfalls gleich Null. Auch die einseitige Öffnungsoption wirkt wettbewerbsverzerrend. Denn so können die BKKn/IKKn in Abhängigkeit von Mitgliederstruktur und Marktsituation alle Vor- und Nachteile des Wettbewerbs abwägen und strategisch über ihre Öffnung entscheiden.

Die Ersatzkassen fordern daher eine Beseitigung der Wettbewerbsverzerrungen im Organisationsrecht. Vordringlich sind der Wegfall der einseitigen Gründungsrechte sowie die Abschaffung der Öffnungsoption für BKKn/IKKn.

- **Wegfall der Personalkostenübernahme**

Neben der Beseitigung dieser exklusiven Sonderrechte muss in jedem Fall auch die Personalkostenübernahme durch Trägerbetriebe von BKKn abgeschafft werden. Denn auch hierdurch kommen die teilweise extrem günstigen Beitragssätze der BKKn zustande. Zur Schaffung gleicher Wettbewerbsbedingungen muss daher die Subventionierung der BKKn durch Trägerunternehmen beendet werden.

8.2 Reform des Risikostrukturausgleichs

Vordringliche Aufgabe der Politik ist es, Entsolidarisierung und Risikoselektion zu bekämpfen und nicht durch einen fehlsteuernden Risikostrukturausgleich weiter zu fördern. Trotz des komplexen Ausgleichs zwischen den Kassen, mit einem jährlichen Transfervolumen von rund 13 Mrd. EUR, ist der RSA fatalerweise mitverantwortlich für die schleichende und sich dramatisch verschärfende Risikoentmischung in der GKV. Auch die Reform des Risikostrukturausgleichs ab dem Jahr 2002 enthält keine wirksame Lösung gegen die zunehmende Erosion der Kassenlandschaft und die Gefährdung des gegliederten Systems. Denn bei einer Konzentration Gesunder - ausgelöst durch selektive Wechsel- und Wanderungsprozesse - führt der RSA weiterhin systematisch zu einer Überdeckung der tatsächlichen Leistungsausgaben bei den Kassen, die vorwiegend Junge und Gesun-

de versichern. Die überschüssigen Mittel aus dem RSA werden zum "Beitragsdumping" - vor allem auf Seiten der sogenannten "Schein-Betriebskrankenkassen" - verwandt und gehen letztlich der medizinischen Versorgung der Bevölkerung verloren. Der RSA soll mit dem geringstmöglichen Transfervolumen größtmögliche und manipulationsfreie Gerechtigkeit zwischen den Krankenkassen schaffen. Rückführung auf das wesentliche Ziel des RSA ist der Maßstab für eine künftige Reform.

- **Risikoentmischung entgegenwirken**

Die Ersatzkassen fordern daher dringend eine RSA-Reform, die das zentrale Problem beseitigt. Den "Schein-BKKn" dürfen aus dem RSA nicht länger mehr Mittel zufließen, als sie zur Versorgung ihrer Versicherten benötigen. Die aktuelle Risikoentmischung ist sozial- und gesundheitspolitisch inakzeptabel, da sie voll zu Lasten der Kranken geht. Die Kranken, die auf das Solidarsystem und eine umfassende Versorgungsstruktur vor Ort angewiesen sind, sind damit die Verlierer im fehlgeleiteten Kassenwettbewerb. Zudem werden die Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsbemühungen in der GKV beeinträchtigt. Denn wer Marktanteile über Risikoselektion und einen fehlsteuernden RSA gewinnt, hat keinen Anreiz, sich dem Wettbewerb über zielführende Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskonzepte zu stellen.

Als sofort finanzwirksame Maßnahme gegen die weitere Risikoentmischung fordern die Ersatzkassen die schnelle Umsetzung des sogenannten "Solidarmodells". Das Modell bewirkt bei einer partiellen Rückführung des Transfervolumens eine zielgenauere Zuweisung von RSA-Mitteln. Im heutigen RSA erhalten die Schein-BKKn teilweise 20 % höhere RSA-Zuweisungen, als ihnen tatsächlich an Leistungsausgaben für ihre Versicherten entstehen. Genau an diesem Problem der Beitragsbedarfsüberdeckung setzt das Solidarmodell an. Hier werden die tatsächlichen Leistungsausgaben einer Kasse ins Verhältnis gesetzt zum zugewiesenen Beitragsbedarf. Unterschreiten die tatsächlichen Ausgaben einer Kasse die Beitragsbedarfszuweisung, sollen die RSA-Mittel entsprechend reduziert werden. Auf diese Weise kann eine Überdeckung der tatsächlichen Leistungsausgaben durch den RSA, die primär auf Risikoselektion beruht, verhindert werden. Eine Überdeckung, die auf besonders wirtschaftliches Kassenhandeln zurückzuführen ist, soll dagegen nicht reduziert werden. Das "Solidarmodell" sieht dafür die Festlegung von Schwellenwerten und/oder Interessenquoten vor. Damit bestehen ausreichend politische Gestaltungsmöglichkeiten, um Anreize für effizientes Kassenhandeln zu erhalten.

- **Kritische Reflexion des "Morbi-RSA"**

Über die geplante völlige Neukonzeption des RSA fordern die Ersatzkassen eine kritische Reflexion. Vor der konkreten Einführung eines direkt morbiditätsorientierten RSA muss eine Klärung der zahlreichen sehr grundsätzlichen Fragen erfolgen. Bis heute ist beim "Morbi-RSA" völlig offen, wie den entstehenden Fehlanreizen begegnet werden kann. Denn Leistungserbringer und Krankenkassen entwickeln beim "Morbi-RSA" ein gleich gerichtetes, wirtschaftliches Interesse daran, Krankheitsdiagnosen "nach oben" zu manipulieren (sog. "Upcoding"). Als Folge wären insgesamt Ausgabensteigerungen zu erwarten.

Auch der mit einem umfassenden "Morbi-RSA" verbundenen Tendenz zum Ausgleich tatsächlicher Leistungsausgaben muss wirksam begegnet werden. Denn je differenzierter ein Klassifikationssystem zur Abbildung der Morbidität ausgestaltet wird, um so mehr wächst die Gefahr eines Ausgabenausgleichs. Die Auswirkungen auf die Honorierungssysteme sind bislang nur unzureichend bedacht.

Dieselbe Tendenz zu einem Ausgleich der tatsächlichen Leistungsausgaben droht, wenn einzelne Kassen die Besetzung von Morbiditätsklassen maßgeblich bestimmen. Denn bei einem hohen Versichertenanteil in einzelnen Morbiditätsklassen definiert eine Kasse das standardisierte Ausgabenprofil praktisch selbst. Dies könnte tendenziell zu unwirtschaftlichem Verhalten beitragen. Die Folgen des "Morbi-RSA" sind daher kritisch zu prüfen.

Auch die extrem aufwändige Datenerhebung ist für Transparenz und zukünftige Akzeptanz des RSA problematisch. Der Vorteil manipulationssicherer Ausgleichsfaktoren wie Alter, Geschlecht und Familienquote muss zu Gunsten sensibler und äußerst schwierig zu erfassender Daten aufgegeben werden. Für die umfassende Morbiditätseinstufung der Versicherten gibt es zudem international keine praktikablen und bewährten Vorbilder.

Die Ersatzkassen fordern, dass es vor der nachvollziehbaren Lösung der genannten grundsätzlichen und praktischen Probleme keine Umsetzung einer Neukonzeption des RSA geben darf.

- **Vertragsgestaltung und Risikostrukturausgleich**

Die Struktur der vertragsärztlichen und -zahnärztlichen Gesamtvergütungen weicht in grundsätzlicher Weise von der Logik des Risikostrukturausgleichs ab. Während z.B. im RSA Unterschiede in den beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder zwischen den Kassen ausgeglichen werden, wurden grundlohnbedingte Unterschiede im Vergütungslevel aus der Zeit vor Einführung des RSA im Rahmen der sektoralen Budgetierung fest- und seither fortgeschrieben.

Im Ergebnis führt die Festlegung und Fortschreibung der Gesamtvergütungen auf der Grundlage undifferenzierter Mitglieder-Kopfpauschalen dazu, dass die Ersatzkassen die vertragsärztliche/-zahnärztliche Versorgung der Versicherten bei einigen ihrer Konkurrenten und damit deren entsprechend günstigere Beitragssätze faktisch mitfinanzieren. Unter den Bedingungen der sektoralen Budgetierung besteht für die Ersatzkassen kaum eine Handhabe, die unangemessenen Mehrausgaben und die daraus resultierenden Beitragssatz- bzw. Wettbewerbsnachteile abzubauen.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Vertragsgestaltung für ärztliche und zahnärztliche Leistungen müssen deshalb so weiterentwickelt werden, dass die durch die Budgetierungsvorschriften verursachte Umverteilung im Rahmen der vertrags(zahn-)ärztlichen Vergütung abgebaut wird. Damit würden die Voraussetzungen geschaffen, die mit dem RSA intendierten wirtschaftlichen Vertragsgestaltungen zu ermöglichen.

9. Neubestimmung der Finanzierung

9.1 Bewältigung des demographischen Wandels

Die demographische Entwicklung wird häufig als Hauptursache für den Anstieg der Gesundheitsausgaben gesehen. Der Einfluss auf aktuelle Kostenentwicklungen wird aber deutlich überschätzt. Sachverständige machen die demographische Alterung zwar mitverantwortlich für die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen, messen aber anderen Kostenfaktoren (z.B. medizinischer Fortschritt, Angebotskapazitäten) ein deutlich größeres Gewicht bei.

Auch die zukünftige Reichweite des demographiebedingten Ausgabeneffekts ist wissenschaftlich umstritten. Nach der "Kompressionsthese" bspw. nimmt die Morbidität im Alter aufgrund der heutigen Leistungen der Medizin nur geringfügig zu. Lediglich kurz vor dem Tode kommt es zu exponentiell steigenden Gesundheitsausgaben. Mit der erhöhten Lebenserwartung würde somit nur der Beginn des Ausgabenanstiegs verzögert. Dem steht die "Medikalisierungsthese" entgegen. Hierbei geht man davon aus, dass die Morbidität im höheren Alter stark zunimmt und einen überproportionalen Anstieg der Gesundheitsausgaben verursacht.

Den Prognosen über die langfristige Entwicklung der altersspezifischen Gesundheitskosten und Schätzungen über die Beitragssatzentwicklung haften insoweit gewisse Unsicherheiten an. Das gilt genauso für die Vorausberechnungen zur Bevölkerungsentwicklung. Auch über wirtschaftliche und soziale Einflussgrößen kann es langfristig gesehen heute keine Klarheit geben.

- **Medizinische Versorgungsstrukturen rechtzeitig anpassen**

Auch wenn die Folgen der demographischen Entwicklung für die Leistungsausgaben heute nicht sicher prognostiziert werden können, steht fest, dass durch den sich verändernden Altersaufbau der Bevölkerung Auswirkungen auf den medizinischen Bedarf zu erwarten sind. Die deutliche Zunahme älterer Menschen, einhergehend mit einer insgesamt sinkenden Bevölkerungszahl, setzt ab 2010 ein. Bis dahin muss sich das Gesundheitswesen bei Ausbildung, medizinischem Angebot und Kapazitäten auf die strukturellen Anpassungen vorbereitet haben. Insbesondere ist eine Anpassung an den geänderten pflegerischen, rehabilitativen und betreuenden Bedarf erforderlich. Die wachsende Zahl älterer Menschen wird somit Umbrüche im medizinischen Angebot hervorrufen.

Bei der Anpassung der Angebotskapazitäten muss beachtet werden, dass sinkende Bevölkerungszahlen weniger Ärzte, Kliniken etc. erfordern. Bestimmte Arztgruppen werden vom notwendigen Abbau der Überkapazitäten mehr (z.B. Pädiater), andere weniger betroffen sein. Eine wachsende Bedeutung werden zudem neue, effektive Präventionsangebote spielen. Mit Blick insbesondere auf die Zielgruppe "Ältere Menschen" kann die Prävention zukünftig einen wichtigen Beitrag zur Bewältigung der demographischen Entwicklung leisten und damit die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems sichern helfen.

- **Finanzierungseffekte umfassend prüfen**

Der demographische Wandel wirft neben der Frage nach den Ausgabeneffekten auch die Frage nach den zukünftigen Effekten für die Einnahmeseite auf. Grundsätzlich stellt eine Verschiebung der Altersstruktur der Bevölkerung mit einem stark wachsenden Anteil Älterer die GKV vor große finanzielle Probleme. Die solidarische Krankenversicherung basiert auf dem Umlageverfahren und damit auf dem sogenannten Generationenvertrag. Dabei entrichtet die Generation der Beschäftigten Beiträge, die die Höhe der empfangenen Leistungen weit übersteigt. Der entstehende Überschuss ist die Solidarleistung, die insbesondere der Generation der Älteren zu Gute kommt. Hierin spiegeln sich auch die solidarischen Grundlagen der GKV.

Die GKV unterscheidet sich von der Rentenversicherung insbesondere dahingehend, dass Äquivalenzaspekte in der Alterssicherung eine viel stärkere Rolle spielen. Im Gegensatz zur gesetzlichen Rentenversicherung - wo die Politik mit der Einführung der zusätzlichen kapitalgedeckten Absicherung auf die demographische Entwicklung reagiert hat - ist auch zu beachten, dass in der GKV die Rentner Beiträge leisten, also nicht nur Leistungsbezieher sind.

Über die einnahmeseitigen Konsequenzen des demographischen Wandels bedarf es umfassender Untersuchungen und nachfolgend einer sachlichen, öffentlichen Diskussion. Insgesamt sind dafür fundiertere Analysen zu den Effekten sowohl für die Einnahmen- als auch für die Ausgabenseite der GKV erforderlich.

- **Folgen der Ost-Erweiterung der Europäischen Union**

Die mittelfristig zu erwartende Erweiterung der Europäischen Union um osteuropäische Nachbarstaaten wird perspektivisch nicht ohne Auswirkungen auf die GKV bleiben. Insbesondere die Freizügigkeit im Beschäftigungssektor wird Einfluss auf das hiesige Lohn- und Gehaltsniveau haben. Damit sind auch die Finanzierungsgrundlagen der Sozialversicherung tangiert. Ein verstärkter Zuzug von Arbeitnehmern aus den künftigen Mitgliedstaaten bewirkt voraussichtlich eine Schmälerung der Finanzierungsbasis, obgleich den jeweiligen Arbeitnehmern die umfassenden Sach- und Geldleistungsansprüche der GKV zustehen. Auch diese Fragestellungen sollten frühzeitig analysiert werden.

- **Kapitaldeckung bietet keine Lösung**

Oftmals wird als Ausweg aus der demographischen Entwicklung ein grundlegender Umstieg der GKV-Finanzierung auf das Kapitaldeckungssystem gefordert. Dabei werden zum einen die Schwierigkeiten übersehen, die mit einem Systemumstieg gerade für die Generation der Beschäftigten verknüpft sind. Denn diese hätten dann die Lasten für die derzeitigen Rentner zu tragen und müssten zugleich den Aufbau ihrer individuellen kapitalgedeckten Absicherung finanzieren.

Zum anderen wird völlig vernachlässigt, dass auch das System der Kapitaldeckung nicht resistent gegen demographische Risiken ist. Denn in kommenden Jahrzehnten verschlechtert sich - demographiebedingt - auch auf den Kapitalmärkten das Verhältnis der "Sparer" zu den "Entsparern". In dem Moment, in dem eine große Alterskohorte (z.B. die Rentner in den Jahren 2030 bis 2040) ihr Kapital flüssig machen muss - hier zur Finanzierung von Gesundheitsausgaben - leiden ihre Kapitalerträge an sinkenden Werten. Das angesparte Kapital erbringt nur eine niedrige Rendite. Die Kapitaldeckung birgt systematisch ähnliche Risiken wie das Umlageverfahren und ist auch deshalb keine Antwort auf die demographische Herausforderung.

9.2 Finanzierungsgrundlage "Lohn und Gehalt" sichern

Die solidarische Krankenversicherung basiert auf der Erwerbsarbeitsgesellschaft. Ihre Finanzierungsgrundlage sind Löhne und Gehälter bzw. Lohnersatzleistungen. Obwohl die Gesamtlohnsumme (Lohnquote) in den vergangenen Jahren langsamer angestiegen ist als das Bruttoinlandsprodukt, ist die Finanzierungsbasis der GKV grundsätzlich zukunftsicher. Zumindest mittelfristig sind Strukturveränderungen auf der Seite "Lohn und Gehalt" nicht erforderlich. Eine zusätzliche Finanzschöpfung aus anderen Einkunftsarten würde unter den derzeitigen Bedingungen falsche Signale in Richtung Leistungserbringer setzen. Um den Rationalisierungsdruck zu erhalten, verbieten sich derzeit Reformoptionen, die lediglich zu "mehr Geld im System" führen.

Auch die gängige These von der Erosion der Finanzierungsgrundlagen durch eine strukturell sinkende Lohnquote hält den empirischen Befunden nicht Stand. Im Gegenteil: In Ländern mit technologischem und wirtschaftlichem Vorsprung, wie bspw. den USA und Japan, ist die Lohnquote nicht fallend, sondern steigend. Aus volkswirtschaftlichen Gründen ist die Notwendigkeit zur Veränderung daher nicht ableitbar. Vor dem Hintergrund

aktueller und künftiger Entwicklungen der für die Einnahmeseite relevanten Einflussgrößen ist eine regelmäßige Überprüfung der Finanzierungsbasis sinnvoll.

- **Mittelfristig kein Einbezug anderer Einkunftsarten**

Bei einer Ausweitung der Finanzierungsgrundlagen durch Einbezug anderer Einkunftsarten, wie z.B. Mieten oder Aktiengewinne, entstehen gravierende rechtssystematische und ordnungspolitische Probleme. Bevor hier Änderungen vorgenommen werden, müssen die weitreichenden Konsequenzen (u.a. Abkehr von bestehender Versicherungspflicht und von geltender Beitragsbemessung, Folgen für paritätische Finanzierung und Selbstverwaltung) umfassend diskutiert werden. Desweiteren ist die Abgrenzung zwischen GKV und privater Krankenversicherung völlig neu zu ordnen.

Auch wenn aus Gerechtigkeitsgründen der Einbezug anderer Einkunftsarten vielfach plausibel erscheint, überwiegen derzeit die Gegenargumente, die mit solchen Änderungen verbunden sind. Beispielsweise ist mit dem Einbezug anderer Einkunftsarten insgesamt die Einheitlichkeit der Sozialversicherung (Systematik in Renten-, Kranken-, Pflege- und Arbeitslosenversicherung) in Frage gestellt. Änderungen in der Beitragsschöpfung und beim gesamten Beitragseinzug ("Krankenkassen als Finanzamt") sowie die Belastungseffekte (betroffener Personenkreis) müssen äußerst kritisch gesehen werden.

Ebenso lehnen die Ersatzkassen den immer wieder in die Diskussion gebrachten Wertschöpfungsbeitrag ("Maschinensteuer") ab. Schon aus Gründen des internationalen Standortwettbewerbs sind derartige Ideen auch politisch nicht durchsetzbar. Eine Wertschöpfungsabgabe ist z.B. aufgrund der wachsenden Kapitalmobilität gerade zukünftig kontraproduktiv. Auch wenn mit diesem Ansatz eine Entlastung des Faktors Arbeit gerade im dynamischen Dienstleistungssektor einherginge, muss die Belastung der Unternehmen - insbesondere der kapital- gegenüber den lohnintensiven Branchen - in Rechnung gestellt werden. Insgesamt wäre eine Finanzierung der GKV über einen Wertschöpfungsbeitrag mit größten (wirtschafts-) politischen und praktischen Schwierigkeiten verbunden.

- **Einnahmebasis stabilisieren**

Die ökonomische Entwicklung mit ihrer anhaltend hohen Arbeitslosigkeit trägt schon lange zur Einnahmeschwäche der GKV bei. Die Abhilfe hierfür liegt auf der Hand: Eine dynami-

sche wirtschaftliche Entwicklung mit nachhaltigem Abbau der Arbeitslosigkeit kann zukünftig einen wichtigen Beitrag dazu leisten, die GKV-Einnahmen wieder zu stabilisieren.

9.3 Rückführung politisch induzierter Belastungen

Die Einnahmeschwäche der GKV ist aber nicht nur auf die ökonomische Entwicklung zurückzuführen. Vielmehr gefährdet gerade die seit Jahren und von unterschiedlichen Regierungen betriebene "Politik der Verschiebebahnhöfe" die finanzielle Stabilität der GKV in hohem Maße. Ein typisches Beispiel für diese politisch induzierten Belastungen ist etwa die Absenkung der Bemessungsgrundlage für Beiträge der Bundesanstalt für Arbeit zur Krankenversicherung. Die Ersatzkassen fordern hier eine konsistente politische Linie, die GKV nicht durch derartige Verlagerungen neu zu belasten sowie die "Verschiebebahnhöfe" zurückzuführen.

9.4 Krankenversicherungsfremde Leistungen

Die GKV finanziert eine Reihe von Leistungen, die gesamtgesellschaftliche Aufgaben sind. Diese sind aus Sicht der Ersatzkassen zukünftig aus Steuermitteln zu finanzieren. Zu den krankenversicherungsfremden Leistungen, die aus der Verantwortung der Krankenkassen in die staatlich finanzierte Versorgung verlagert werden sollten, gehören u.a. Mutterschaftsgeld, Entbindungsgeld, Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes und Leistungen bei einem nicht-rechtswidrigen Abbruch der Schwangerschaft. Die immer wieder in die Diskussion gebrachte Einstufung der beitragsfreien Familienversicherung als versicherungsfremd lehnen die Ersatzkassen ab, da gerade hierüber die soziale Funktion der GKV zum Tragen kommt.

9.5 Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze

Im Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung mit den Wechselmöglichkeiten an der Versicherungspflichtgrenze manifestiert sich eine grundlegende Fehlkonstruktion. Die Ersatzkassen fordern daher die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze und damit eine Neubestimmung des Verhältnisses von GKV zur privaten Krankenversicherung (PKV). Ein Blick auf den europäischen Kontext macht deutlich, dass die Wechseloption an der Versicherungspflichtgrenze eine "deutsche" Besonderheit darstellt. Gerade dem Personenkreis, der besonders zur Solidarität fähig ist, nämlich den Höherverdienenden, wird eine "Ausstiegsoption" aus der sozialen Krankenversicherung angeboten.

Im Gegensatz zur gesetzlichen Rentenversicherung ist die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung nicht umfassend angelegt. Vielmehr wird die Einkommenshöhe in die Definition der Versicherungspflicht einbezogen. Die Versicherungspflicht endet derzeit bei monatlich 3375,- EUR (2002). Den höherverdienenden Beschäftigten ist es damit ohne plausible Begründung möglich, sich der solidarischen Krankenversicherung zu entziehen. Durch Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze in der GKV kann daher die Organisation der gesellschaftlichen Absicherung gegen Krankheit optimiert werden. Im Vordergrund steht dabei nicht die Erschließung neuer Finanzpotenziale.

- **Beibehaltung der Beitragsbemessungsgrenze**

Aus Sicht der Ersatzkassen ist an der Beitragsbemessungsgrenze nach geltendem Recht - also 75 v.H. der Beitragsbemessungsgrenze in der Rentenversicherung - festzuhalten. Der einkommensbezogene Solidarausgleich benötigt auch eine angemessene Grenzziehung, die sich an einer gewissen, subjektiv empfundenen Äquivalenz von Beiträgen und Leistungen orientiert. Nach Auffassung der Ersatzkassen wird mit der derzeitigen Beitragsbemessungsgrenze eine angemessene Grenze erreicht.

Die Festsetzung der Höhe der Beitragsbemessungsgrenze ist nur normativ ableitbar. In ihr spiegelt sich auch eine gesellschaftspolitische Interessenabwägung wider: Auf der einen Seite steht die Belastung der höherverdienenden Beschäftigten, die tragbar sein muss. Auf der anderen Seite stehen die Interessen der Versicherten mit niedrigeren Einkommen, die ausreichend entlastet werden sollen. Auch danach kommt aus Sicht der Ersatzkassen eine Änderung der Beitragsbemessungsgrenze derzeit nicht in Betracht.

9.6 Stärkung der GKV als Arbeitnehmersversicherung

Mit Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze (bei Beibehaltung der Beitragsbemessungsgrenze) wird insgesamt die GKV als Arbeitnehmersversicherung gestärkt werden. Unabhängig von der Einkommenshöhe sind so alle Arbeitnehmer in der sozialen Krankenversicherung versichert. Dies gilt gleichsam für Beamte, denen ein Zutrittsrecht zur GKV zum Zeitpunkt ihrer Verbeamtung einzuräumen ist. Angesichts der unterschiedlichen Grundlagen der Absicherung durch Beihilfe und private Krankenversicherung erscheint eine generelle Wahlmöglichkeit nicht angebracht.

- **Paritätische Finanzierung durch Versicherte und Arbeitgeber erhalten**

Die paritätische Mittelaufbringung in der GKV durch Versicherte und Arbeitgeber sichert auch das Interesse der Unternehmen an einer möglichst effektiven und effizienten Krankenversicherung. Der Erhalt der paritätischen Finanzierung sollte daher in Zukunft gesichert bleiben. Unter Wettbewerbsaspekten zwischen den Krankenkassen muss allerdings das Kassenwahlrecht als autonomes Recht der Versicherten gestärkt werden.

- **Beitragseinzug weiterhin durch Krankenkassen**

Der Gesamtsozialversicherungsbeitrag sollte weiterhin von den Krankenkassen eingezogen werden. Immer wieder diskutierte Vorschläge, die Zuständigkeit für den Beitragseinzug von den Krankenkassen auf die Rentenversicherungsträger zu verlagern, werden von den Ersatzkassen nachdrücklich abgelehnt.

Die Ersatzkassen sind der Auffassung, dass die bestehende Zuständigkeit der Krankenkassen für den Einzug der Gesamtsozialversicherungsbeiträge sachgerecht und ökonomisch sinnvoll ist. Die Krankenkassen haben innerhalb der Sozialversicherungsträger die größte Flexibilität bei der Beitragssatzgestaltung und stellen als erste Leistungen zur Verfügung. Außerdem sind die Krankenkassen durch flächendeckende Präsenz und kompetentes Personal in der Lage, zeit- und ortsnah auf die zahlreichen Fragen und Belange der Arbeitgeber und Versicherten einzugehen.

- **Lohnausgleichsversicherung durch alle Krankenkassen oder eine neutrale Institution**

Zur Schaffung gleicher Wettbewerbsbedingungen fordern die Ersatzkassen die Gleichstellung im Bereich der Lohnfortzahlungsversicherung für Arbeitgeber. Deren Durchführung ist bislang nur den Orts- und Innungskrankenkassen, der Bundesknappschaft und der See-Krankenkasse möglich. Dringend notwendig ist deshalb eine Änderung des Lohnfortzahlungsgesetzes dahingehend, dass die Lohnausgleichsversicherung auf alle Krankenkassen ausgedehnt wird. Über das Bundesversicherungsamt sollte ein umfassender Finanzausgleich erfolgen.

Alternativ halten die Ersatzkassen auch eine Übertragung dieser Aufgabe an die gesetzliche Unfallversicherung für ordnungspolitisch sinnvoll, da es sich um eine reine Arbeitgebersversicherung handelt.

10. Herausforderung Europa

- **Vorteile des selbstverwalteten deutschen Systems**

Ein Blick auf die Gesundheitssysteme in der Europäischen Gemeinschaft (EU) macht deutlich, dass die Gesundheitsmärkte dort regelhaft stärker vom jeweiligen nationalen Gesetzgeber reguliert werden. Es dominieren staatliche oder überwiegend staatlich gesteuerte Systeme. Demgegenüber ist das deutsche Gesundheitswesen durch vergleichsweise staatsferne, wettbewerbliche und liberale Steuerungselemente gekennzeichnet, die das Prinzip der Subsidiarität ausformen. Daher zählt das Selbstverwaltungsprinzip neben den Prinzipien Solidarität, Sachleistung und Pluralität zu den konstitutiven Elementen der GKV.

Die Vorteile des selbstverwalteten deutschen Systems mit staatlicher Rahmensetzung gilt es auch in Zukunft zu sichern. Der hohe Grad an Versicherten- und Verbrauchernähe - realisiert insbesondere durch Gestaltung der Versorgungswirklichkeit in gemeinsamer Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen - sucht international seinesgleichen. Die Rolle der gemeinsamen Selbstverwaltung muss deshalb nachhaltig ausgebaut werden.

- **Einwirkungen des Binnenmarktes**

Die Mitgliedstaaten der Gemeinschaft halten bislang daran fest, dass Gesundheitspolitik in erster Linie eine nationale Aufgabe ist. Auch nach den Amsterdamer Verträgen (1997) und nach Einführung des Euro bleibt die Sozialpolitik im Wesentlichen in der Verantwortung des einzelnen Mitgliedstaats. Allerdings sind in den vergangenen Jahren verstärkt binnenmarktliche Einwirkungen auf das deutsche Gesundheitswesen zu beobachten. Es ist ein Spannungsfeld entstanden, in dem in nationaler Verantwortung stehende Gesundheitssysteme mit Rahmenbedingungen arbeiten müssen, die inzwischen in das Gemeinschaftsrecht integriert sind.

Von besonderer Bedeutung ist hierbei die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes (EuGH). Hier wurden Tendenzen sichtbar, den Integrationsprozess auch im Gesundheitswesen mit Hilfe der Grundfreiheiten für den Waren-, Dienstleistungs- und Kapi-

talverkehr sowie den Personenverkehrsfreiheiten (Arbeitnehmerfreizügigkeit und Niederlassungsfreiheit) voranzutreiben. Jüngste Urteile des EuGH zum stationären Bereich (2001) weisen allerdings in eine andere Richtung. So rechtfertigen zwingende Gründe des Allgemeininteresses eine Beschränkung des freien Dienstleistungsverkehrs auf den Gesundheitsmärkten. Desweiteren haben deutsche Zivilgerichte unter Berufung auf das EU-Wettbewerbsrecht die Legitimation von zentralen Steuerungsinstrumenten der GKV in Frage gestellt.

- **Politische Gestaltung notwendig**

Eine europarechtskonforme GKV ist eine politisch zu gestaltende Aufgabe. Dabei müssen die Interessen der Versicherten, die Leistungen auch im Ausland erhalten wollen, berücksichtigt werden, und zwar ohne die Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung zu gefährden.

Die Interpretation des politischen Willens der Mitgliedstaaten und der Gemeinschaft darf nicht allein den Gerichten überlassen bleiben. Der Prozess bedarf einer politischen Begleitung. Dabei ist auf nationaler und europäischer Ebene deutlich zu machen, dass auf absehbare Zeit der Gesundheitsmarkt als nationalstaatlich zu regulierender Markt zu erhalten ist. Dies bestätigen auch die "Kohl/Decker"-Urteile aus dem Jahr 1998, die aktuellen EuGH-Entscheidungen "Smits/Peerbooms" (2001) über stationäre Behandlungen im Ausland sowie das EuGH-Urteil zur staatlichen Unfallversicherungsanstalt Italiens (INAIL) aus dem Jahr 2002.

- **Grenzüberschreitende Leistungsanspruchnahme**

Die Ersatzkassen setzen sich dafür ein, dass ihre Versicherten bedarfsgerechte Leistungen im europäischen Ausland (EU) in Anspruch nehmen können. Die Ersatzkassen streben eine kontrollierte grenzüberschreitende Leistungsanspruchnahme auf der Basis eines national definierten Leistungskatalogs an, wo immer dies medizinisch notwendig ist. Um eine unkontrollierte Leistungsanspruchnahme im Ausland zu vermeiden, sollten alle Möglichkeiten zur Gestaltung genutzt werden (z. B. Verträge und flexible Genehmigungsformen).

- **Qualität und Wirtschaftlichkeit durch Verträge sichern**

Ziel der Ersatzkassen ist es, im Zuge der europäischen Integration die bedarfsnotwendige Leistungsanspruchnahme der Versicherten auch im Ausland zu verbessern. Zudem gilt es, die nationalen Steuerungsinstrumente rechtlich und faktisch zu erhalten sowie die Finanzierbarkeit des Systems nicht zu gefährden.

Das deutsche Sachleistungsprinzip bietet den zentralen Vorteil, Qualität und Preis einer Gesundheitsleistung durch Verträge zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern zu gestalten. Über die Vertragsgestaltung wird auch die Finanzierbarkeit der GKV gewährleistet. Die Leistungsanspruchnahme im Ausland über Kostenerstattung birgt ein finanzielles Risiko für den Versicherten, da er mit Preis- und Qualitätsfragen allein gelassen wird. Grundsätzlich besteht die Gefahr, dass bei verstärkter Auslandsanspruchnahme über Kostenerstattung das Sachleistungsprinzip ausgehöhlt wird. Die Ersatzkassen fordern daher die Möglichkeit, bei Bedarf im Binnenmarkt Verträge mit Leistungserbringern abschließen zu können. Zumindest in Regionen, in denen häufiger Gesundheitsleistungen von GKV-Versicherten in Anspruch genommen werden, sind vertragliche Regelungen zu eröffnen.

Die Vertragsgestaltung mit ausländischen Ärzten, Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen hat derzeit keine ausreichende Rechtsgrundlage. Daher müssen die rechtlichen Voraussetzungen geschaffen werden, um überhaupt Verträge mit ausländischen Leistungserbringern schließen zu können. Dabei ist zu klären, wie eine Berücksichtigung von im Ausland erbrachten Leistungen innerhalb der national geltenden Vergütungssystematik (z.B. Budgets) erfolgen kann.

- **Selbstverwaltungs- und Sachleistungsmodell europarechtskonform**

Aus den Grundfreiheiten des Gemeinschaftsrechts wird immer wieder in der Öffentlichkeit gefordert, dass das deutsche Gesundheitswesen marktwirtschaftlich organisiert werden müsse. Zwar gibt es - wie die zahlreichen Rechtsstreitigkeiten zeigen - Konflikte zwischen nationalem Sozialrecht und Gemeinschaftsrecht mit wettbewerbsorientierter Verfassung der EU. Allerdings lässt sich allein aus der europäischen Markt- und Wettbewerbsordnung kein allgemeiner Zwang zu einer Aufhebung bestehender Steuerungsinstrumente der GKV ableiten. Aus Sicht der Ersatzkassen kommt es verstärkt darauf an, politisch, rechtlich und öffentlich klar zu machen, dass der Gesundheitsmarkt kein Markt wie jeder andere ist, der nach reinen Marktgesetzen funktioniert. Einschränkungen der Grundfreiheiten

können daher wohl begründet und für die Erhaltung des Gesundheitssystems unverzichtbar sein.