

SACHVERSTÄNDIGENRAT
für die Konzertierte Aktion
im Gesundheitswesen

Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000

**Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und
mehr Wirtschaftlichkeit**

Kurzfassung und Empfehlungen

Sondergutachten 1995

Inhalt

Vorwort	5
Kurzfassung und Empfehlungen	
1. Zum Reformbedarf	11
2. Mehr Ergebnisorientierung und Rationalität im Gesundheitswesen	14
Zu den Zielen	15
Zum Leistungs- und Versicherungsumfang der Krankenversicherung	18
3. Mehr Qualität der gesundheitlichen und medizinischen Versorgung	20
Prävention	20
Vermeidung von Überfluß und Defiziten	22
Transparenz und Qualitätssicherung	24
Kooperation und Integration der Versorgungsbereiche	25
Fortschritt und Forschung	27
4. Mehr Wettbewerb in der Krankenversicherung	28
4.1. Die Ordnung des Wettbewerbs um die Versicherten	29
Risikostrukturausgleich	29
Kassenwahl	29
Organisation, Markteintritt, regionale Beitragssätze	30
4.2. Wettbewerbliche Weiterentwicklung der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern	31
Übergreifende Leitlinien	31

	Ambulante ärztliche Versorgung.....	33
	Zahnärztliche Versorgung und Versorgung mit Zahnersatz.....	34
	Stationäre Krankenversorgung	34
	Rehabilitation	36
	Arzneimittelversorgung	37
	Heil- und Hilfsmittelversorgung	38
	Rettungswesen	39
4.3.	Wahlmöglichkeiten der Versicherten beim Leistungsumfang .	39
4.4.	Stärkung der Eigenverantwortung und Kompetenz durch Aufklärung und durch finanzielle Anreize	41
4.5.	Zur Stabilisierung des Arbeitgeberbeitragsatzes.....	43
5.	Zukünftige finanzielle Absicherung des Krankheitsrisikos	45
5.1.	Steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung als Weg in die Verstaatlichung.....	46
5.2.	Private Pflichtversicherung als marktwirtschaftliche Vision ...	47
5.3.	Pragmatische Reformoptionen	48
	Zur Verbreiterung der Bemessungsgrundlage	48
	Zur Einbeziehung von Familienangehörigen.....	50
	Zur Friedensgrenze zwischen gesetzlichen und privaten Versicherungsunternehmen.....	50
5.4.	Konsequenzen für eine künftige Finanzierung.....	51
	Auftrag zum Sondergutachten.....	53
	Errichtungserlaß	55
	Mitglieder des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.....	59

Vorwort

1.* Im Januar 1993 wurde dem Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen der Auftrag erteilt, Vorschläge für die langfristige Weiterentwicklung des Gesundheitswesens zu erarbeiten (Auftrag zum Sondergutachten siehe im Anhang). Von Anfang an war ein zweistufiger Beratungsprozeß vorgesehen. Zunächst sollte mit Hilfe eines Sachstandsberichts der Dialog zwischen allen Mitgliedern der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen angeregt werden. Dieser Sachstandsbericht enthält erste Empfehlungen und wurde unter der Überschrift "Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000" zu Beginn des Jahres 1994 veröffentlicht.¹

2.* Im April 1994 wurden auf einer Sondersitzung der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen Teile des Sachstandsberichts in einer ganztägigen Veranstaltung zur Diskussion gestellt. Zu dieser Konferenz waren alle Beteiligten gebeten worden, sich schriftlich zum Gutachten des Sachverständigenrates zu äußern. Diese umfangreichen Unterlagen sind in den weiteren Beratungsprozeß eingeflossen. In einer kleinen Schrift wurden die Reformvorstellungen der Verbände zur dritten Stufe der Gesundheitsreform dokumentiert; sie kann in der Geschäftsstelle des Sachverständigenrates angefordert werden.

3.* Zu der "neuen Diskussions- und Beratungskultur im Gesundheitswesen" zählten auch viele Konferenzen und Tagungen zur Reform des Gesundheitswesens, an denen die Mitglieder des Sachverständigenrates teilgenommen haben. Diese Gespräche und Anhörungen fanden ihren vorläufigen Abschluß in den sogenannten Petersberger Gesprächen, zu denen der Bundesminister für Gesundheit in der ersten Hälfte des Jahres 1995 eingeladen hatte, um mit Beteiligten eine weitere Stufe der Gesundheitsreform vorzubereiten.

4.* Die zahlreichen Gespräche, Vorträge und Konferenzen haben dazu beigetragen, daß die Überlegungen des Sachverständigenrates durch pragmatische

¹ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Sachstandsbericht 1994, Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen, Baden-Baden 1994; eine Zusammenfassung ist gesondert unter gleichem Titel in hoher Auflage erschienen. Die englische Übersetzung ist ebenfalls verfügbar.

Vorschläge für eine mittelfristig realisierbare Reform des Gesundheitswesens weiterentwickelt wurden. Mit der Diskussion im gesundheitspolitischen Ausschuß des Deutschen Bundestages sowie mit weiteren Vertretern politischer Parteien wurde sichergestellt, daß ein breites Spektrum der politischen Vorstellungen dem Sachverständigenrat bekannt geworden ist. Der Rat hat dabei auch Gespräche mit amerikanischen, britischen, französischen und niederländischen Kollegen geführt.

5.* Mit der Vorlage dieses Sondergutachtens sollen Grundlagen dargestellt und Möglichkeiten für weitere Reformschritte im Gesundheitswesen aufgezeigt werden. Nachdem Ärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen, die Versicherten, die Patienten und ihre Angehörigen, Gesundheitsberufe, die Wissenschaft und die im Gesundheitsbereich tätigen Organisationen und Institutionen an diesem Dialog teilnehmen konnten, sind die Vorschläge vor dem Hintergrund einer parteiübergreifenden Diskussion zu sehen.

6.* Kritische Hinweise darauf, daß der Sachverständigenrat sein Gutachten zu stark auf der Grundlage des Gesundheitsreform- und des Gesundheitsstrukturgesetzes schreiben würde und damit auf der Grundlage der aktuellen politischen Interventionen in das Gesundheitswesen und die gesetzliche Krankenversicherung, lassen sich nicht von der Hand weisen. Entgegenzuhalten ist jedoch, daß die derzeitigen Rahmenbedingungen zwar als Ausgangspunkte, aber keineswegs immer als akzeptierte Grenze für den weiteren Reformprozeß angesehen werden. Die Empfehlungen enthalten sowohl Vorschläge, die unmittelbar einer Umsetzung zugänglich sind, als auch solche, die deutlich über das Jahr 2000 hinausreichen.

7.* Das Sondergutachten ist außerdem ein Beitrag zu mehr und besserer Information, um den politisch gewünschten Dialog in den Parteien, zwischen den Parteien, in der Konzertierten Aktion, mit den Medien und in der interessierten Öffentlichkeit zu fördern und damit die Kompetenz der Bevölkerung in Fragen der Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung einen weiteren Schritt voranzubringen. Das ist nicht nur erforderlich, weil Gesundheit zu den höchsten Werten des Daseins zählt, sondern auch deswegen, weil ab 1996 Kassenwahlfreiheit für die GKV-Versicherten gilt und eine Reihe von Ent-

wicklungen eine größere Aufklärung und Kompetenz der Bevölkerung als Versicherte und als Patienten sowie als deren Angehörige erfordert.

8.* Zu den Rahmenbedingungen der zukünftigen Gesundheitspolitik zählt die Kumulation der demographischen Entwicklung einer steigenden Anzahl mehrfach kranker Menschen, des medizinischen sowie des medizinisch-technischen Fortschritts. Steigende Ansprüche an die Lebensqualität auch bei Krankheit und Leid, Körperbehinderungen und chronischen Krankheiten kommen hinzu und zählen ebenfalls zu den sich ändernden Rahmenbedingungen.

9.* Soll eine stärkere Belastung der Arbeitseinkommen und der Arbeitskosten durch Krankenversicherungsbeiträge vermieden werden, müssen der Zusammenhang und der Zielkonflikt zwischen den verschiedenen gesundheitspolitischen Aufgaben und den unterschiedlichen wirtschaftspolitischen Erfordernissen im gesundheitspolitischen Entscheidungsprozeß noch stärker in den Vordergrund rücken.

10.* Selbstverständlich müssen Wirtschaftlichkeitsreserven im System der gesundheitsfördernden und medizinischen Leistungserbringer weiter gesucht und ausgeschöpft werden. Diesem Aspekt dienen auch im Sinne einer Qualitätssteigerung im Leistungsgeschehen die Ausführungen über Ergebnisorientierung, Prävention, Vermeidung von Überfluß und Defiziten im Leistungsgeschehen, Verbesserung von Transparenz, Qualitätssicherung und Kooperation sowie Sicherung von Fortschritt und Forschung. Auch die wettbewerbliche Orientierung in der GKV soll einen effizienteren Mitteleinsatz bewirken.

11.* Die Wahlfreiheit in der Krankenversicherung kann zu einer neuen Rolle der Versicherten führen. Zu ihrer Entwicklung wird es notwendig sein, Versichertenentscheidungen möglich zu machen, wo immer sie die Solidarität nicht zerstören, sondern sie durch subsidiäre Entscheidungsmöglichkeiten entlasten. Der Versicherte mag sie nutzen oder auch nicht. Die Selbstverwaltung, mit der er es zu tun hat, sollte ihm seine Mitverantwortung durch eigene Entscheidungen für Varianten in der Organisation von Gesundheitsleistungen nahebringen. Dafür allerdings wäre ein Grundkonsens notwendig. Deshalb sieht der Rat seine Aufgabe auch darin, Wege aufzuzeigen, auf denen die Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversiche-

nung von den Versicherten mitbestimmt und durch ihre persönlichen Entscheidungen mitgetragen werden kann. Modellversuche können rechtzeitig darüber Aufschluß geben, wie groß die Bereitschaft in der Bevölkerung ist, solche Wege mitzugehen, oder ob die Zukunft der Daseinsvorsorge gehören soll, finanziert durch fiskalische oder parafiskalische Abgaben mit staatlich vorgegebenen Ausgaben und Leistungsbegrenzungen.

12.* Da die Auswirkungen des Europäischen Binnenmarktes bereits im Jahresgutachten 1992 (Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa) untersucht wurden und Fragen der deutschen Einheit im Gesundheitswesen nicht mehr an vorderer Stelle stehen, wird auf diese beiden Themen nicht erneut gesondert eingegangen.

13.* Wie auch schon im Sachstandsbericht 1994 erscheint es dem Rat auf dem Wege zu einer stärker ergebnis- bzw. patientenbezogenen Gesundheitspolitik nicht mehr ratsam, im Sondergutachten die traditionelle Einteilung früherer Gutachten nach einzelnen Leistungssektoren fortzusetzen. Vielmehr erlaubt eine sektorübergreifende Vorgehensweise auch den Blick auf Probleme, die gerade durch die Trennung nach Leistungsbereichen entstehen. Auch im Zusammenhang mit der Auflockerung der gesetzlichen Bestimmungen zum Vertragsrecht zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen gewinnt eine sektorübergreifende Sichtweise zunehmend an Bedeutung, die ihren Niederschlag in einer stärkeren Kooperation zwischen ambulantem und stationärem Sektor und in neuartigen Vergütungssystemen findet. Dennoch werden einzelne Reformvorschläge auch an ausgewählten Beispielen aus Leistungsbereichen veranschaulicht.

14.* Der Rat hat im Zusammenhang mit der Erstellung des Sondergutachtens eine so große Zahl von Gesprächen geführt sowie wertvolle Anregungen und Stellungnahmen von Instituten, Verbänden, Parteien und Einzelpersonen erhalten, daß er im Gegensatz zu früheren Gutachten darauf verzichtet, allen Personen oder Institutionen einzeln zu danken. Hervorgehoben seien jedoch erbetene gutachterliche Äußerungen von Prof. Dr. Dr. h.c. Wolfgang Gitter (Universität Bayreuth) zu den rechtlichen Grundlagen von Versorgung, Wirtschaftlichkeit und Vergütung, von Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe (Universität

Lübeck) zu Fragen der Rehabilitation, von Prof. Dr. Dr. Hans Jörg Staehle (Universität Heidelberg) zu einer präventionsorientierten Zahnheilkunde und von der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde zu einem "Modell zur Skalierung zahnärztlicher Leistungen im Rahmen der Sozialversicherung". Sie alle sind direkt in die Arbeit des Rates eingeflossen. Die Akademie für Ethik in der Medizin e.V. hat mit einem Gutachten zu den in den Kapiteln 6, 7, 8 und 9 des Sachstandsberichtes 1994 diskutierten Optionen des Rates unter ethischen Gesichtspunkten Stellung genommen.

15.* Für die Bearbeitung wichtiger Teile und für die Endredaktion des Gutachtens konnte sich der Rat, wie schon in der Vergangenheit, in erheblichem Umfang auf die wissenschaftliche Mitarbeiterin und die wissenschaftlichen Mitarbeiter der Geschäftsstelle stützen. Zu ihnen gehören Herr Dipl.-Ökonom Christian Felkner, Herr Dipl.-Soziologe Robert Festersen, Frau Dr. rer. pol. Monika Kücking-Kipshoven und als Leiter der Geschäftsstelle Herr Dr. oec. Lothar Seyfarth. Hierfür und für ihr außerordentliches Engagement, das das Ausmaß des sonst üblichen weit überstieg, gebührt ihnen besonderer Dank. Der Rat dankt auch den Mitarbeitern an den Lehrstühlen und Instituten der Ratsmitglieder.

Für den unermüdlichen Einsatz bei den umfangreichen Textarbeiten und Statistiken dankt der Rat Frau Anette Bender und Frau Monika Junglaus.

Für Fehler und Mängel des Gutachtens trägt allein der Rat die Verantwortung.

Bonn, den 06. Juli 1995

Wilhelm van Eimeren	Astrid Franke	Klaus-Dirk Henke
Günter Neubauer	Peter C. Scriba	
Ernst-Eberhard Weinhold	Eberhard Wille	Detlev Zöllner

Kurzfassung und Empfehlungen

1. Zum Reformbedarf

1. Der Rat betonte bereits in seinem Sachstandsbericht 1994 gesundheitspolitischen Handlungsbedarf, ohne diesen jedoch im Hinblick auf Dringlichkeit und Intensität zu dramatisieren. Einerseits legte er dar, daß die Effekte, die in absehbarer Zeit allein von der demographischen Entwicklung als isolierter Einflußgröße auf die Behandlungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ausgehen, sehr wahrscheinlich nicht die vielerorts befürchteten Größenordnungen erreichen. Andererseits wies der Sachstandsbericht 1994 auf die erforderliche Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens schon dadurch hin, daß er unter dem Aspekt des Handlungsbedarfs der medizinischen Orientierung besondere Bedeutung zuerkannte und im Hinblick auf den Leistungskatalog, auf die Steuerungsmechanismen und auf die Finanzierung einer zukünftigen Krankenversicherung ein breites Spektrum von Reformoptionen zur Diskussion stellte.

2. Obgleich eine deutliche Finanzierungslücke in der GKV erfahrungsgemäß den stärksten politischen Reformdruck auslöst, kann Handlungsbedarf auch unabhängig von Finanzierungsengpässen aus einer mangelnden Ziel- bzw. medizinischen Ergebnisorientierung, aus Versorgungsdefiziten, Rationalisierungspotentialen und verteilungspolitischen Mängeln heraus erwachsen. Um die Effizienz und die Effektivität medizinischer und nicht-medizinischer Behandlung zu beurteilen, reicht eine Analyse der jeweiligen Ausgabenströme nicht aus; es bedarf zusätzlich einer medizinisch fundierten Ergebnisorientierung. Der Mangel an Zielorientierung und an wirksamer Partizipation der Versicherten bilden allerdings kein deutsches Spezifikum. So fehlt es z.B. derzeit noch in vielen Industrieländern an einer Gesundheitsberichterstattung, die die äußerst komplexen Prozesse und die Ergebnisse gesundheitlicher Leistungserstellung mit Hilfe aussagekräftiger Indikatoren repräsentativ und entscheidungsrelevant abbildet.

3. Ein Rationalisierungspotential liegt grundsätzlich vor, wenn medizinische oder andere Leistungen generell oder indikationsspezifisch

- keine Wirksamkeit besitzen,
- eine geringere Wirksamkeit als alternative Maßnahmen aufweisen, die gleich hohe Kosten verursachen, oder
- kostengünstigere Alternativen nicht an Wirksamkeit übertreffen.

Sofern eine Leistung die medizinische Zielsetzung nur geringfügig besser verwirklicht als ein kostengünstigeres Verfahren, bietet sich als Entscheidungshilfe eine Kosten-Nutzen-Betrachtung an. Die dank Rationalisierungsmaßnahmen eingesparten Ressourcen können dann z.B. in andere nützlichere medizinische Verwendungen fließen und dazu beitragen, drohende Engpässe bei Maßnahmen mit gesicherterer Wirksamkeit zu vermeiden.

4. Generelle Versorgungsdefizite bestehen derzeit vor allem in den Bereichen der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Qualitätssicherung. Dies gilt vor allem für die primäre Prävention, die darauf abzielt, bereits dem Entstehen von Krankheiten durch Beseitigung ihrer Ursachen oder Einschränkung ihrer Risikofaktoren vorzubeugen. Daneben besteht im deutschen Gesundheitswesen derzeit vor allem auf folgenden Gebieten Handlungs- bzw. Reformbedarf:

- Verbesserung der Patientenorientierung des medizinischen Leistungsgeschehens und der Partizipationsmöglichkeiten der Versicherten;
- Stärkung der Eigenverantwortung des Versicherten und des Versicherungsgedankens auch im Sinne der Solidarität gegenüber der Versicherungsgemeinschaft;
- Erprobung bzw. Förderung neuer Versorgungs- und Vergütungsformen, wie z.B. fachgebietsübergreifende Gemeinschaftspraxen, Praxiskliniken, Tageskliniken, Hausarztmodelle und kombinierte Vergütungsformen bzw. Budgets;
- ergebnisorientierte Integration der ambulanten und der stationären Krankenversorgung auch mit dem Ziel des Abbaus vorhandener Überkapazitäten;
- zielorientierte Versorgung von Pflegefällen durch geeignete Dienste und in entsprechenden ambulanten und stationären Einrichtungen;

- effizientere und effektivere organisatorische Kooperation zwischen GKV und gesetzlicher Rentenversicherung (GRV) im Bereich der Rehabilitation;
- Sicherung einer erfolgreichen Forschung auf internationalem Stand;
- Dokumentation und Transparenz des Leistungsgeschehens einschließlich der Gesundheitsberichterstattung und des Einsatzes der Telematik.

5. Die im Prinzip wünschenswerte Erweiterung der Kassenwahlfreiheit der Versicherten und die Organisationsreform der Krankenkassen in Richtung einer Intensivierung des Wettbewerbs blieb insoweit unvollkommen, als die Kassen noch immer mit den Leistungsanbietern weitgehend "gemeinsam und einheitlich" Verträge schließen müssen. Die einzelnen Kassen bzw. Kassenarten besitzen kaum eine Möglichkeit, über spezielle Verträge mit den Leistungsanbietern komparative Kostenvorteile zu erzielen und den Leistungskatalog als Wettbewerbsparameter einzusetzen. Die Versicherten erhalten zwar eine formale Wahlmöglichkeit, die aber wegen der Inflexibilität des Vertragsrechts, wie z.B. der Vergütungsformen und der uniformen Leistungserbringung, keine ausreichende materielle Entsprechung findet.

6. Im Hinblick auf die zukünftige Entwicklung des deutschen Gesundheitswesens interessiert vor allem die Frage, ob sich unter Beibehaltung des derzeitigen Einnahmen- und Ausgabensystems die Rationierung derart verschärft, daß Wartelisten entstehen und auch lebensnotwendige medizinische Leistungen einer Zuteilung bzw. Selektion bedürfen. Das Ausmaß der zu erwartenden Rationierung hängt im gegebenen System von der künftigen Ausgaben- und Einnahmenentwicklung ab. Sofern eine Prognose nicht auf der gesamten Linie, d.h. sowohl bei der zu erwartenden Einnahmen- als auch bei der künftigen Ausgabenentwicklung, von extrem optimistischen Annahmen ausgeht, drohen bei starrer Beibehaltung der derzeitigen Ausgaben- und Einnahmengerbung im Rahmen der GKV schon in absehbarer Zeit entweder steigende Ausgaben und eine Erhöhung der Beitragssätze oder eine deutliche Verschärfung der Rationierung. Dem prinzipiellen Erhalt des derzeitigen Systems dient insofern starres Status-quo-Denken nicht, denn es führt bei sich wandelnden Rahmenbedingungen zur Instabilität. Eine flexible Anpassung mit Hilfe von evolutorischen Reformschritten und größeren Zeitabständen zwi-

schen den Interventionen könnte die GKV dagegen zumindest mittelfristig stabilisieren und Rationierungen vermeiden, die die Gesundheit berühren und mit ethisch problematischen Selektionen einhergehen. Insofern steht ein solches Reformkonzept nicht mit den Interessen der sozial Schwachen in Konflikt, sondern beugt gerade einem schleichenden Abgleiten in eine sogenannte Zwei-Klassen-Medizin vor.

2. Mehr Ergebnisorientierung und Rationalität im Gesundheitswesen

7. Mehr Ergebnisorientierung im Gesundheitswesen setzt klare Vorstellungen über dessen Aufgaben und Ziele voraus. Rationale Gesundheitspolitik erfordert ein durchdachtes und möglichst widerspruchsfreies Zielsystem. Ein häufig gewünschter Soll-Ist-Vergleich, der die Beurteilung des Gesundheitswesens erleichtert, verlangt übergreifende und einzelne Ziele der Krankenversorgung und gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung. Mit ihrer Kenntnis lassen sich auch Überlegungen darüber anstellen, wer die Ziele wirksam verfolgen könnte. An den Beispielen einer Krankheitsart (Diabetes mellitus), einer Bevölkerungsgruppe (Neugeborene und Säuglinge) und später im Kapitel 3 übergreifend am Beispiel der Prävention (vgl. dazu auch Sachstandsbericht 1994 Ziffer 240ff.) werden die Wege gezeigt, wie man von Zielbereichen über Schwerpunkte zu ganz konkreten Zielen und ihrer Umsetzung in der Bevölkerung kommen kann.

8. In seinem Sachstandsbericht 1994 hat der Rat zwei Gesundheitsbegriffe unterschieden:

- Einen weiteren, der auch die Lebensverhältnisse (Arbeit, Wohnung, Ernährung, Bildung etc.) in ihrer Bedeutung für die Gesundheit beachtet. Mit dem weiten Begriff wird jede Belastung oder Bedrohung des Wohlbefindens als mit der Gesundheit nicht verträglich angesehen;
- einen engeren, der die altersgemäße psychophysische Norm, Funktionalität und Belastbarkeit umfaßt.

Den engeren Begriff und die funktionale Betrachtung der Gesundheit stellt der Rat bei seinen Überlegungen und Vorschlägen in den Vordergrund.

Zu den Zielen

9. Auf der Grundlage des engeren Gesundheitsbegriffs entwickelte der Rat in seiner mehrjährigen Analyse des Gesundheitswesens zur Bewertung der Krankenversorgung und gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung unter Wahrung der menschlichen Würde im Krankheitsfall und beim Sterben folgende ganz umfassende Ziele, deren Verfolgung auch die medizinischen Beurteilungskriterien für eine Weiterentwicklung des Systems abgeben:

- Verhinderung des vermeidbaren Todes,
- Verhütung, Heilung und Linderung von Krankheit (und Versorgung bei Pflegebedürftigkeit) sowie damit verbundenem Schmerz und Unwohlsein,
- Wiederherstellung der körperlichen und psychischen Funktionstüchtigkeit und
- "Angstfreiheit" durch Verfügbarkeit von Leistungen für den Eventualfall (Verfügbarkeit, Rechtzeitigkeit, Kompetenz etc.).

10. Im Zusammenhang mit den obigen umfassenden Gesundheitszielen traten folgende Bedingungen als gesundheitspolitische Ziele im Laufe der Zeit in den Vordergrund:

- Gleicher Zugang zu einer "erforderlichen" Krankenversorgung mit breit verfügbarer Qualität,
- Höchstmaß an Freiheit und Eigenverantwortung für alle Beteiligten (freie Arztwahl, Freiberuflichkeit, Selbststeuerungskräfte, etc.),
- einzelwirtschaftliche Effizienz der Leistungserbringung und gesamtwirtschaftlich vertretbare Höhe der gesetzlich festgelegten Gesundheitsausgaben und Beitragssätze,
- Sicherung des sozialen und intergenerativen Ausgleichs innerhalb von Solidargemeinschaften und
- Verminderung von sozialen Unterschieden in Mortalität und Morbidität.

11. Daraus hat der Rat vor dem Hintergrund der demographischen und politischen Entwicklung beispielhaft folgende Gesundheitsziele herausgestellt:

- Förderung der Gesundheit heranwachsender Generationen;
- Erhaltung der selbständigen Lebensführung (Autarkie) älterer Menschen;
- integrative gesundheitliche Betreuung von Zuwanderern;
- Steigerung des individuellen Gesundheitsbewußtseins in der Bevölkerung;
- Erhaltung der Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit älterer Menschen.

12. In seinem Sachstandsbericht 1994 hat der Rat die Empfehlung ausgesprochen, die Diskussion der Ziele auch in der Konzertierten Aktion mehr in den Vordergrund zu stellen. Der Rat ermutigt alle Teilnehmer der Konzertierten Aktion zu einer Stärkung der Ergebnisorientierung ihrer Tätigkeiten und deren Evaluation. Soweit wie möglich sollte in jedem Verantwortungsbereich diesem eine patientenorientierte Berichterstattung und auf dieser aufbauend patientenbezogene Vertrags- und Geschäftsgestaltung entsprechen. Speziell für den Bereich der GKV und ihrer Vertragspartner fordert der Rat den zügigen Aufbau einer ergebnisorientierten Vertragsgestaltung und Berichterstattung. Frühere und zur Zeit laufende Bemühungen hierzu müssen auf eine dauerhafte organisatorische Basis gestellt werden.

13. Es gibt nur wenige konkrete Unterlagen, aus denen man Ziele ermitteln und Prioritäten der Krankenversorgung und gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung auswählen könnte. Solche Vorlagen könnten durch Studien zur Qualitätssicherung, durch Vergleiche der gesundheitlichen Lage zwischen Ländern, Regionen und sozialen Schichten oder auch nur durch Analysen der historischen Entwicklung erstellt werden, wobei die Kriterien

- Ausmaß der gesundheitlichen Bedrohung,
- Sicherheit des Wissens über Effektivität von Maßnahmen,
- finanzieller Aufwand für Maßnahmen (Kosten-Wirksamkeit) und
- Grad der Selbstverschuldung

helfen, die Ebene zu identifizieren, auf der die Verantwortung für die Zielerreichung übernommen werden sollte.

14. Die eigentliche Legitimation für die Gestaltung des Krankenversicherungsschutzes sollte auf der Grundlage von wissenschaftlich aufbereiteten Erkenntnissen und professionellen Standards und Leitlinien, z.B. für ein indikationsorientiertes ärztliches Handeln, von den Vorstellungen der Versicherten der Krankenkassen ausgehen. Das läßt sich dadurch erreichen, daß sie ergebnisorientierte Versicherungsangebote kennen und sie mitbestimmen.

15. Die Voraussetzung eines sozial kontrollierten Wettbewerbs besteht für den Rat darin, daß es einen Ordnungsrahmen gibt, in dem Kassen und ihre Vertragspartner eigenverantwortlich handeln können. In diesem Rahmen muß es möglich sein, die Leistungsfähigkeit von Versicherungsangeboten ziel-, gebiets- und ergebnisorientiert zu prüfen bzw. im Wettbewerb nicht ausreichend sicherzustellende Bedingungen zu garantieren.

16. Über diesen Wettbewerbsrahmen hinaus befürwortet der Rat auf einer Ebene der gesundheitspolitischen Globalsteuerung die befristete Förderung bestimmter Zielkomplexe. Allgemeine Zielbereiche und ihnen dienende Strategien müssen auf die Tagesordnung gesetzt werden (*agenda setting*). An dieser Stelle seien noch einmal die Förderung der Prävention, der geriatrisch-gerontologischen Betreuung und der Kompetenz bei Krankheit und Gesundheit (Gesundheitsbewußtsein) betont.

17. Als einzelne unterstützende Strategien für eine größere Ziel- und Ergebnisorientierung des deutschen Gesundheitswesens fordert der Rat eine Stärkung

- der Mitwirkungsmöglichkeit der Mitglieder an der Ausschöpfung der Vertragsspielräume ihrer Kassen,
- der Innovation für die Entwicklung neuer medizinischer Verfahren und ihrer organisatorischen Angebotsformen einschließlich internationaler Anbieter,
- der Rationalisierung über mehr Wettbewerb durch mehr Angebotsalternativen von Kassen und Anbietern an die Versicherten und eine
- Stärkung einer ergebnisorientierten Gesundheitsberichterstattung und darauf aufbauender Informationsdienste für die Bürger.

Zum Leistungs- und Versicherungsumfang der Krankenversicherung

18. Zur Betrachtung der Aufgaben, Ziele und Träger im Gesundheitswesen gehört vor allem die Funktion der GKV. Sie muß immer wieder einer kritischen Prüfung unterzogen werden. Der sogenannte Leistungskatalog der GKV nach §§ 11ff. SGB V umfaßt Leistungen

- zur Gesundheitsförderung,
- zur Krankheitsverhütung,
- zur Krankheitsfrüherkennung sowie
- zur Behandlung von Krankheiten einschließlich Rehabilitation.

Hinzu kommen Zuschüsse zu den Bestattungskosten sowie Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Gesundheitsleistungen im Zusammenhang mit einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit fallen in die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung. Sogenannte Anschlußheilbehandlungen und andere Rehabilitationsleistungen werden größtenteils von der gesetzlichen Rentenversicherung übernommen. Weiterhin muß an die Krankheitsfolgeleistungen in Form der Sicherstellung des Lebensunterhalts im Krankheitsfall, d.h. an die Lohnfortzahlung und an das Krankengeld gedacht werden.

19. In der über 100jährigen Geschichte der GKV sind auch sozial- und familienpolitische Aufgaben übernommen worden, die nicht unmittelbar auf Krankheiten bzw. Krankheitsfolgen zurückzuführen sind und vor allem aus ordnungspolitischen Gesichtspunkten von anderen Trägern abgesichert werden könnten, um eine funktionsgerechtere Finanzierung zu erreichen. Anhand bestimmter Kriterien muß daher entschieden werden, inwieweit das Ziel einer finanziellen Absicherung des Krankheitsrisikos auf der Ebene der GKV erfüllt oder auch übererfüllt wird.

20. Beim Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung muß zum einen versucht werden, die Wahrscheinlichkeit des Eintritts eines Krankheitsfalls und sein Ausmaß zu verringern (Risikoprävention). Zum anderen geht es um den Schutz gegen die finanziellen Konsequenzen einer Krankheit (Risikoübernahme). Das Auftreten von Schadensfällen kann durch eine verhältnis- und verhaltensorientierte Prävention bekämpft werden, wobei die verhältnisorien-

tierte Prävention nicht Aufgabe einer Krankenversicherung sein kann. Die Übernahme des Risikos unvermeidbarer Schadensfälle erstreckt sich in erster Linie auf die Behandlungskosten, umfaßt aber zur Sicherstellung des Lebensunterhalts bei Krankheit auch die Lohnfortzahlung und das Krankengeld.

21. Der Rat empfiehlt, krankenversicherungsfremde Leistungen aus dem Aufgabenbereich der GKV herauszunehmen und sie - sofern weiterhin Bedarf besteht - dorthin zu verlagern und zu finanzieren, wo sie systematisch zuzuordnen sind. Bestimmte familienpolitische Leistungen (z.B. Mutterschaftsgeld) sollten auf staatliche Träger verlagert werden. Aufgaben, die der Bund übernimmt, könnten durch das Steueraufkommen der Tabaksteuer, Branntwein- und Schaumweinsteuer finanziert werden. Aufgaben, die die Länder übernehmen, könnten durch das Biersteueraufkommen und dadurch finanziert werden, daß diese von den Krankenhausinvestitionskosten im Rahmen der monetarischen Finanzierung entlastet würden. Auf beiden Ebenen ist das Ziel der Haushaltskonsolidierung zu beachten.

22. Als Sonderfall sind Leistungen bei Krankheitsfolgen nach Auto- und Motorradunfällen, die wegen ihrer individuellen Beeinflußbarkeit nicht der Solidargemeinschaft der GKV übertragen werden sollten, diskutiert worden. Die Auslagerung dieser Leistungen aus dem Leistungskatalog ist in diesem Fall relativ praktikabel; sie müßten außerhalb der GKV durch eine obligatorische Versicherung abgedeckt werden.

Im Bereich der zahnärztlichen Leistungen ist eine Verlagerung aus dem Leistungskatalog der GKV bei individuell beeinflussbaren Zahnerkrankungen grundsätzlich möglich. Der Rat hat auf der Grundlage von Gutachten auf Leistungen hingewiesen, die für eine Ausgliederung aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen nach dem Kriterium der Beeinflußbarkeit am ehesten in Frage kommen könnten. Eine Voraussetzung für eine solche Leistungsausgliederung ist aber eine stark zu verbessernde Gesundheitserziehung.

3. Mehr Qualität der gesundheitlichen und medizinischen Versorgung

23. Möglichkeiten der Verbesserung von Gesundheitsvorsorge und Krankenversorgung werden unter besonderer Berücksichtigung der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität dargestellt und unter folgenden Schwerpunkten diskutiert:

- Prävention,
- Vermeidung von Überfluß und Defiziten im Leistungsgeschehen,
- Transparenz und Qualitätssicherung des Leistungsgeschehens,
- Verbesserung der Kooperation und Integration der Versorgungsbereiche sowie
- Fortschritt und Forschung.

Auf die Ausführungen und Empfehlungen im Sachstandsbericht 1994 (Kapitel 5, Ziffer 219-367 und Kurzfassung Ziffer 38-51) wird verwiesen.

Prävention

24. Voraussetzungen für Gesundheitsförderung und für primäre Prävention sind

- die Häufigkeit der zu vermeidenden Erkrankung,
- die medizinische Relevanz,
- die Wirksamkeit der Vorbeugungsmaßnahmen,
- vertretbare Kosten und
- ein vernachlässigbares Risiko der Präventionsmaßnahmen.

25. Die Aufgabenverteilung sollte nach dem Grundsatz der Subsidiarität und unter Berücksichtigung von Gesundheitszielen erfolgen. Gesundheitsförderung und generelle, die gesamte Bevölkerung betreffende primäre Prävention sollten soweit erforderlich aus allgemeinen Deckungsmitteln finanziert und z.B. mit Hilfe des öffentlichen Gesundheitsdienstes umgesetzt werden (z.B. Seuchenprophylaxe, Schulhygiene). Auch nichtmedizinische Berufe, wie

Biologielehrer, sind an diesen Maßnahmen zu beteiligen (z.B. gesunde Ernährung, Körperpflege).

Individuelle primäre, sekundäre und tertiäre Prävention, welche auf den Schutz vor Infektionen, auf die Früherkennung sowie auf die Vermeidung der Verschlechterung von Krankheiten beim einzelnen Patienten abzielen, sind dagegen ärztliche Aufgaben und zweckmäßigerweise überwiegend von den Krankenkassen zu finanzieren. Dies gilt auch für die individuelle Gesundheitsberatung, die im Rahmen der GKV altersunabhängig vorzugsweise von Hausärzten durchgeführt und als zeitintensive, zielgerichtete und persönliche Beratung angemessen vergütet werden sollte.

26. Gesundheitsförderung und Prävention haben in der Bevölkerung einen hohen Stellenwert. Dies wird als gute Voraussetzung für die Steigerung der Eigenverantwortlichkeit gesehen, die durch Anreize gefördert werden sollte. Am Beispiel der Mundgesundheit wird erläutert, daß unter der Voraussetzung einer verbesserten Prävention Anreize z.B. auch als Bonus für eine aktive Zahnprophylaxe und für den regelmäßigen Zahnarztbesuch im Wettbewerb von den Krankenkassen frei gestaltbar sein sollten. Dabei kann als Vergleichsgröße der altersabhängige durchschnittliche Zahngesundheitszustand mit dem individuellen Zahngesundheitszustand verglichen werden; die Abweichung könnte ein Maß für die Höhe eines Bonus sein.

27. Empfohlen wird ferner eine Priorisierung von Präventionsmaßnahmen unter Berücksichtigung des Sachverständes der Wissenschaft (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, AWMF), die zwischen Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen abgestimmt und verantwortlich von den Kammern durchgeführt werden sollten. Als öffentliche Aufgabe (z.B. des öffentlichen Gesundheitsdienstes) wird das Monitoring der Maßnahmen im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung gesehen. Nach Ansicht des Rates sind z.B. Übergewicht, Bewegungsdefizit, Jodmangel sowie Alkohol- und Nikotinmißbrauch besonders dringliche und lohnende Aufgaben einer Präventionspolitik.

Vermeidung von Überfluß und Defiziten

28. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften hat der Bitte entsprochen, eine Sammlung von diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen, Leitlinien und Richtlinien (Standards) zu beginnen, die dem Ziel der Verbesserung der Qualitätssicherung dienen soll. Qualitätssicherung wird nur mit und nicht gegen Ärzte durchzusetzen sein. Handlungsbedarf wird gesehen in

- der Vervollständigung der Konsensusbildung in Diagnostik und Therapie, die als fortzuschreibende Aufgabe verstanden wird;
- der Abstimmung zwischen den einzelnen wissenschaftlichen Gesellschaften mit dem Ziel der Elimination von Widersprüchen und überzogenen Ansprüchen;
- der Klärung von Finanzierung und Umsetzung als Aufgabe von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Kassen;
- der Beschreibung von Anreizsystemen für die Durchsetzung der Qualitätssicherung;
- der Beschreibung des für Patienten und Arzt zu tragenden Restrisikos, welches bei aller diagnostischer und therapeutischer Optimierung zu tragen bleibt und in Rechtsetzung und -sprechung berücksichtigt werden sollte.

Qualitätssicherung wirkt auch als Instrument zur Vermeidung von Überfluß und Defiziten.

29. Altersgruppenspezifische Versorgungsdefizite bestehen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen vor allem hinsichtlich der gesundheitlichen Vorsorge und primärer Präventionsmaßnahmen. Diese müssen entsprechend den Zielen priorisiert und unter Berücksichtigung von Risikogruppen nach sozialen Gesichtspunkten durchgesetzt werden. Bestehende Lücken in der Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung müssen geschlossen werden.

30. Eine zunehmende Lebenserwartung bedeutet auch einen verstärkten Handlungsbedarf für das medizinische Versorgungssystem. Der Rat geht den-

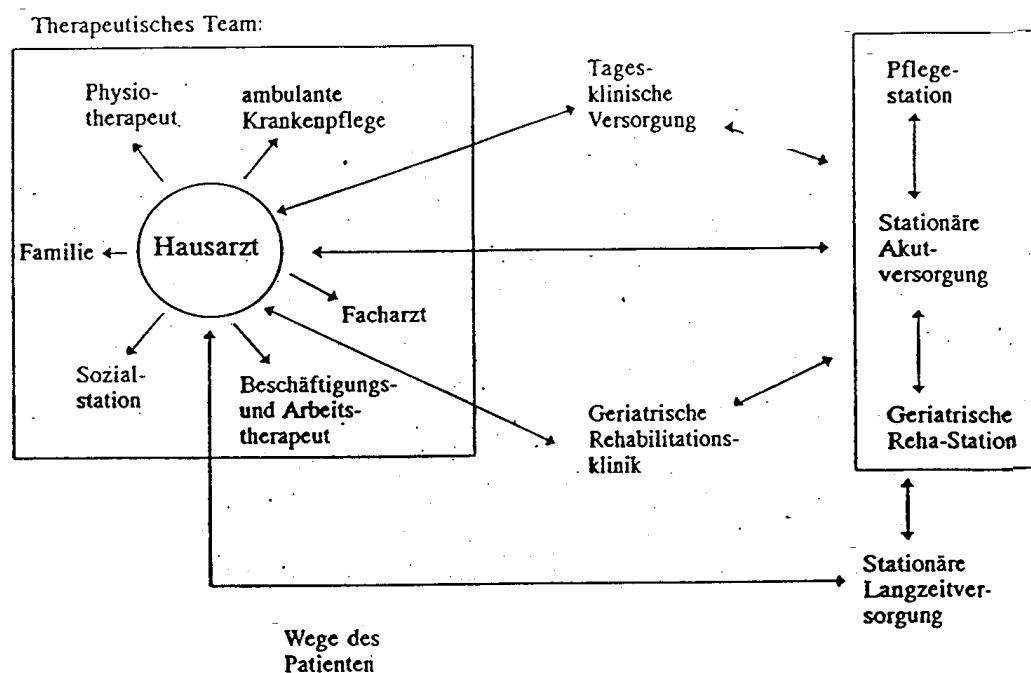
noch nicht von einer zwangsläufigen Verschlechterung der Gesundheit mit zunehmendem Alter aus und weist daher nachdrücklich auf die Bedeutung der Auseinandersetzung mit der eigenen Gesundheit auch in früheren Lebensabschnitten hin.

31. Durch die demographische Veränderung kommt es zu einer weiteren Verschiebung im Morbiditätsspektrum von akuten hin zu chronischen Krankheiten mit Mehrfacherkrankungen bei älteren Menschen. Neben der notwendigen Akutmedizin treten insbesondere Prävention und Rehabilitation mit krankheitsaufschiebender und/oder lindernder Wirkung sowie Pflege bei älteren Patienten in den Vordergrund. Im Hinblick auf deren große Bedeutung sollten die bereits genannten Risikofaktoren Übergewicht, Rauchen, Alkoholmißbrauch und Bewegungsmangel vor allem in den dem Alter vorausgehenden Lebensstufen präventiv angegangen werden.

Den besonderen Anforderungen, die Diagnose und Therapie bei älteren Menschen an das Versorgungssystem stellen, muß durch einen Ausbau und eine Kooperation von Versorgungsstrukturen Rechnung getragen werden. Der Grundsatz "Rehabilitation vor Pflege" wird noch einmal nachdrücklich betont. Dafür ist es notwendig, stationäre Rehabilitationseinrichtungen auszubauen und diese besser mit einer wohnortnahen ambulanten Rehabilitation zu verknüpfen; eine tagesklinische Versorgung kann dazu einen sinnvollen Beitrag leisten. Als Aufgabe für die Politik werden der Abbau von Akutbetten und die Umwandlung von Kapazitäten in geriatrische Rehabilitationseinrichtungen empfohlen. Tageskliniken und eine bessere Verzahnung mit Stärkung der hausärztlich geleiteten ambulanten Rehabilitation von älteren Menschen werden ebenfalls empfohlen.

Bei der Betreuung älterer Menschen fällt dem Hausarzt eine zentrale Rolle zu. Er ist im Regelfall Vertrauensperson und erster Ansprechpartner für Ältere und muß eine stärkere Koordinierungsfunktion auch nicht-ärztlicher Heilberufe (Physiotherapeuten, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten u.a.) bei Rehabilitation und Pflege einnehmen; dies muß sich auch in den Praxisstrukturen (vernetzte Praxen) und in den Verträgen mit den zuständigen Versicherungsträgern niederschlagen (umfassende Betreuungspauschalen).

Abbildung 1: Wünschenswerte Kooperation bei der Versorgung älterer Patienten



Transparenz und Qualitätssicherung

32. Ein dringender Handlungsbedarf besteht bezüglich der Dokumentation als einer Voraussetzung für eine verbesserte Transparenz im Leistungsgeschehen, z.B. im Krankenhaus, sowohl als Grundlage für die Zuordnung von Fallpauschalen und Sonderentgelten als auch für die Identifizierung von Defiziten und Überfluß (vgl. dazu auch Sachstandsbericht 1994 Ziffer 265ff.). Besonders dringend sind die Erstellung einer problem- und kostenorientierten Klassifikation für Krankheiten und Behandlungsverfahren (ICD-10-CM) und eine Regelung der Kostenübernahme für die Dokumentation.

Wichtige, zu ergänzende Kenngrößen sind z.B.

- Informationen zum Behandlungskontext,
- Informationen über die Anzahl tatsächlich behandelter Patienten,
- Angaben zur Multimorbidität,
- Verknüpfung von Diagnosestatistik mit Daten über Operationen und anderen Leistungen,
- Angaben zum Krankheitsschweregrad,

- Arbeitsschwerpunkte innerhalb von Fachabteilungen.

Kooperation und Integration der Versorgungsbereiche

33. Medizinische und wirtschaftliche Probleme der Kooperation der Versorgungsbereiche liegen z.B. in

- unnötigen Überweisungen (Hausarzt-Facharzt bzw. niedergelassener Arzt-Krankenhaus),
- unnötigen Parallel- und Doppeluntersuchungen,
- fehlenden Anreizen zur Umsetzung des Prinzips "ambulant vor stationär" auch innerhalb des Krankenhauses bzw. fehlende Anreize für kurzstationäre, medizinisch sinnvolle Aufenthalte,
- fehlenden Betreuungs- bzw. Pflegeangeboten z.B. für vorzeitig aus dem Krankenhaus entlassene Patienten, die noch Pflegeleistungen benötigen.

Als verbesserungsbedürftig wird insbesondere die Kooperation zwischen ambulanter und stationärer Versorgung angesehen. Es gilt, Reibungsverluste, Informationslücken und Doppelkosten abzubauen. Prämissen für die Verbesserung der Kooperation sind freie Arztwahl und durchgehende Qualitätssicherung in den Sektoren des medizinischen Leistungsgeschehens.

34. Empfohlen wird eine Aufwertung des Status des Hausarztes als freiwillig zu wählenden Partner des Patienten. Dessen vertraglich abzugrenzende Aufgaben bestehen in der Abstimmung medizinischer Maßnahmen und in der Darstellung einer Kommunikationsbasis. Zu seinen Pflichten gehören Präsenz, Dokumentation und Beratungspflicht bei der Gesundheitsvorsorge. Voraussetzung ist eine Verbesserung der Qualifikation der Hausärzte durch eine Weiterbildung von nicht weniger als 5 Jahren. Der Hausarzt muß eine angemessene Vergütung erhalten, die entsprechend der Komplexität seiner Aufgaben Pauschalbestandteile enthalten sollte. In der Übergangsphase kann durch Fortbildung und Prüfung sowie daran gebundenen Abrechnungsvorschriften ein Anreiz zur weiteren Qualifizierung von bereits niedergelassenen praktischen Ärzten und Allgemeinärzten gegeben werden. Das Angebot eines Beitragsbonus für die dem Hausarztssystem folgenden Patienten sollte erprobt werden.

35. Im fachärztlichen Sektor gilt es vor allem, unnötige Krankenseinweisungen zu vermeiden, z.B. durch

- mehr persönliche Ermächtigungen,
- finanzielle Anreize für die Krankenhäuser, durch prästationäre Untersuchung eine Einweisung zu vermeiden,
- Maßnahmen, die zur Verringerung der Zahl der Krankenhausbetten führen, sowie
- durch eine Überprüfung der Einweisungen, z.B. durch den medizinischen Dienst, die Kassenärztlichen Vereinigungen oder durch Beteiligung eines Gebietsarztes (Zweitmeinung, außer bei Notfällen).

36. Durch die Einführung von pauschalen Vergütungsformen in der stationären Krankenbehandlung besteht die Gefahr einer Risikoselektion. Das heißt, die besonders schweren Fälle werden den Krankenhäusern der Maximalversorgung zugeführt und in Universitätskliniken versorgt. Daher muß das Vergütungssystem der Fallpauschalen und Sonderentgelte von Zeit zu Zeit daraufhin überprüft und gegebenenfalls korrigiert werden.

37. Es wird empfohlen, die vorgeschlagenen Instrumente der Kooperationsförderung in Modellen zu erproben, insbesondere in solchen Modellen, die ein umfassendes Versorgungsangebot zur Verfügung stellen und z.B. die Integration von ambulant-operativer Versorgung und ambulanter pflegerischer Betreuung aus einer Hand bereitstellen.

38. Dargestellt werden als Beispiele einer Kooperation das ambulante Operieren, die Kooperation in der Onkologie (Tumorzentren) und in der Rehabilitation. Onkologievereinbarungen zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern sowie den Kostenträgern werden empfohlen. In der Rehabilitation sollte die Kontinuität der Versorgungskette von der Prävention über die medizinische Behandlung zur Rehabilitation und Nachsorge sichergestellt werden. Eine Rechtsbereinigung der unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen für die Rehabilitation ist notwendig.

39. Kooperation ist nicht nur als technisches Problem zu verstehen, sondern erfordert eine kooperationsfreudige Einstellung. Dabei darf der Teamarztge-

danke aber nicht verabsolutiert werden; gerade die Krankenhausmedizin der höheren Versorgungsstufen benötigt qualifizierte Leitung und klare Verantwortlichkeiten.

40. Verbesserungen der Struktur und Finanzierung der Weiterbildung werden dargestellt. Weiterbildungsabschnitte sollten auch dort angesiedelt sein, wo die weitergebildeten Ärzte später tätig sein werden, z.B. Weiterbildung für Hausärzte in der vertragsärztlichen Versorgung, für Gebietsärzte überwiegend in der Zentralversorgung und beim Gebiets- und Vertragsarzt, etc. Sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich wird empfohlen, die derzeit nicht mit der Vergütung der Krankenversorgung finanzierten Kosten für Weiterbildung anteilmäßig durch die Kassen finanzieren zu lassen. Auf die Notwendigkeit, die Arztzahlen zu steuern (Sachstandsbericht 1994 Ziffer 308), wird verwiesen.

Fortschritt und Forschung

41. Zur Förderung des medizinischen Fortschritts ist eine rechtzeitige Technologiebewertung neuer und bereits eingesetzter Methoden und Verfahren notwendig. Dazu könnte ein Ausschuß aus Vertretern der AWMF, Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen eingerichtet werden, der ähnlich wie der Ausschuß "Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden" des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen (gem. § 92a SGB V) über die Einführung und dauerhafte Übernahme neuer Diagnose- und Therapieverfahren entscheiden sollte. Neue und bestehende Verfahren sind dabei als "notwendig", "möglicherweise nützlich" oder "nicht erforderlich" zu klassifizieren. Der Ausschuß kann auch weiteren Forschungsbedarf feststellen. Bei einer derartigen Bewertung des Fortschritts verdienen solche Methoden und Verfahren, die stärker präventiv wirksam, therapeutisch und/oder ausgabensenkend wirken, eine besondere Förderung. Wo möglich und sinnvoll, sollte eine solche Ausrichtung des medizinischen Fortschritts durch pauschale Vergütungsformen in der Gesundheitsversorgung unterstützt werden.

42. Besondere Impulse zur Umgestaltung der Versorgungsprozesse werden von der sogenannten Telematik als integrierter Einsatz informatischer und telekommunikativer Techniken erwartet. Der Rat empfiehlt, eine Bestandsaufnahme in Auftrag zu geben, die eine Standortbestimmung der Telematik in Deutschland und ihr kurz- und mittelfristiges Entwicklungspotential erkennen läßt.

43. Der Rat empfiehlt darüber hinaus, die Krankenversicherungen (GKV und PKV) an Planung, Organisation, Beurteilung und Finanzierung geeigneter Projekte der angewandten klinischen Forschung und der Versorgungsforschung zu beteiligen. Ungelöste Probleme der Finanzierung der Universitätsklinika werden ebenso dargestellt wie die Notwendigkeit der Drittmittelforschung. Ein eventueller Fonds der Krankenkassen für die Förderung von Teilen der angewandten klinischen Forschung darf aber weder mißbraucht werden, um den Staat von der Finanzierung der Universitätskliniken zu entlasten, noch um die auch in den Universitätskliniken notwendige Verbesserung der Effizienz zu untergraben.

4. Mehr Wettbewerb in der Krankenversicherung

44. Die wettbewerbliche Weiterentwicklung der GKV hat vornehmlich zum Ziel, die Krankenversorgung und gesundheitliche Betreuung der versicherten Bevölkerung kostengünstiger und bedarfsgerechter zu gestalten. Der Wettbewerb ist kein Selbstzweck. Es ist darauf zu achten, daß der ökonomische Druck, der durch Wettbewerb erzeugt wird, nicht dazu führt, daß medizinisch Notwendiges unterbleibt.

4.1. Die Ordnung des Wettbewerbs um die Versicherten

45. In einem ersten Schritt des weiteren Reformprozesses nach dem GSG sind Verbesserungen an der bestehenden Wettbewerbsordnung vorzunehmen. Der Rat hat dazu Vorschläge formuliert, die sich auf die Schwerpunkte Risikostrukturausgleich, Kassenwahl, Organisation, Marktzugang und Regionalisierung konzentrieren.

Risikostrukturausgleich

46. Zum Risikostrukturausgleich wird eine gemeinsame Durchführung für die gesamte GKV (neue und alte Bundesländer) empfohlen. Zur Zeit beträgt die Mitversichertenquote in den alten Bundesländern rund 45 % und in den neuen Bundesländern rund 30 %. Die beitragspflichtigen Einnahmen in den neuen Bundesländern betragen 77 % des Westniveaus. Damit wäre gegenwärtig ein Transfer von den alten Bundesländern in die neuen Bundesländer in Höhe von mehreren Mrd. DM möglich und infolge dessen eine Beitragssatzsteigerung in den alten bzw. eine Beitragssatzsenkung in den neuen Bundesländern. Der gemeinsame Ausgleich sollte unter der strengen Maßgabe vorgenommen werden, daß die transferierten Mittel für Beitragssatzsenkungen und nicht für Ausgabensteigerungen verwendet werden. Über verteilungspolitische Gesichtspunkte hinaus erscheint dies unter allokatons- und beschäftigungspolitischen Aspekten wünschenswert.

Über den bestehenden Risikostrukturausgleich hinaus soll kein Ausgleich für weitere Risikofaktoren vorgenommen werden.

Kassenwahl

47. Bei der Kassenwahl sollen für alle Kassen gleiche Bedingungen gelten und die Wahlmöglichkeiten der Versicherten erweitert werden. Deswegen stellt der

Rat eine generelle Öffnung von Betriebs- und Innungskrankenkassen für berechnigte Mitglieder und Rentner aufgrund der zukünftigen Erfahrungen mittelfristig zur Diskussion.

48. Der Rat betont eine Stärkung des Beitragssatzes in seiner Funktion als Preis für die Versicherungsleistung der Krankenkasse und damit als Anreiz, eine beitragsgünstige Kasse zu wählen. Gegenwärtig liegen die Beitragssatzunterschiede nach dem Risikostrukturausgleich für rund 90 bzw. rund 85 % der Kassenmitglieder in den alten bzw. neuen Bundesländern innerhalb einer Spanne von einem Prozentpunkt unterhalb und oberhalb des GKV-Durchschnittsbeitragssatzes. Wenn man annimmt, daß für den Wechsel zu einer günstigeren Kasse ein Beitrags(satz)unterschied von mindestens 10 % gegeben sein muß, geht von dieser Konzentration der Beitragssätze eine nur geringe Anreizwirkung aus.

Wegen der hälftigen Zahlung von Arbeitnehmern und Arbeitgebern und künftig auch von Rentnern und Rentenversicherung hat der Beitragssatz darüber hinaus als Preis und Anreiz nur eine entsprechend begrenzte Funktion. Aus diesem Grund spricht sich der Rat dafür aus, die Arbeitgeberbeitragssätze auf die Hälfte des durchschnittlichen GKV-Beitragssatzes festzulegen. Dadurch werden gegenüber der bestehenden Regelung die Spannen der Beitragssätze von Arbeitnehmern vergrößert und der Anreiz zum Wechsel zu Kassen mit unterdurchschnittlichen Beitragssätzen verstärkt.

Organisation, Markteintritt, regionale Beitragssätze

49. Der Rat schlägt vor, die gesetzliche Festlegung von Organisationsebenen der Krankenkassen (Bundesverband, Landesverband) zugunsten einer Selbstgestaltung aufzugeben und die staatlichen Aufsichtsfunktionen auf Wettbewerbs- und Ergebniskontrolle zu konzentrieren. Gleichfalls sollte es in der Verantwortung der Kassen liegen, ob und in welcher Höhe z.B. Rücklagen gebildet werden oder Mittel auf dem Kapitalmarkt beschafft werden.

Der Rat empfiehlt, staatliche Beschränkungen auf ein erforderliches Mindestmaß zurückzunehmen, damit die Gründung neuer Kassen sowie der Zusammenschluß und die Zusammenarbeit bestehender Krankenkassen grundsätzlich allen möglich ist.

50. Das Nebeneinander regionaler Beitragssätze von Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen und überregionaler Beitragssätze von Ersatzkassen bringt Wettbewerbsverzerrungen besonders zu Lasten regionaler Kassen in Gebieten mit hoher Versorgungsdichte mit sich, die auch ein bundesweiter Risikostrukturausgleich nicht vermeiden kann. Aus wettbewerbs- und verteilungspolitischen Gründen ergeben sich bei einem solchen Nebeneinander Nachteile. Hier könnten regionale Beitragssätze Abhilfe schaffen. Dazu müßten für alle Krankenkassen einheitliche Beitragsregionen gebildet werden, für die die Kassen dann Beitragssätze nach dem Vorbild einer regionalen fiskalischen Äquivalenz zu kalkulieren haben. Allerdings besteht zur funktionalen Abgrenzung von Regionen noch ein erheblicher Forschungsbedarf.

4.2. Wettbewerbliche Weiterentwicklung der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern

Übergreifende Leitlinien

51. Ein zweites Reformbündel besteht unter der genannten Zielsetzung darin, die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern wettbewerblich neu zu ordnen. Er kann sich mit dem ersten Reformbündel der Verbesserung der Wettbewerbsordnung in den Beziehungen zwischen Versicherten und Kassen zeitlich überschneiden. Für diesen Reformschritt gelten folgende Leitlinien:

Wettbewerbsbegrenzungen sind schrittweise bis auf ein unbedingt notwendiges Ausmaß zu vermindern unter der Prämisse, daß die oben beschriebenen Zielorientierungen und die Qualitätssicherung gefördert und keinesfalls gefährdet werden. Die Möglichkeiten zur Gestaltung der Beziehungen zwischen

Kassen und Leistungserbringern sind entsprechend zu erweitern. Das bedeutet im einzelnen, daß

- gemeinsam und einheitlich nach wie vor Rahmenbedingungen zu regeln sind, die einen Vergleich von Leistungen, Qualität und Preisen sowie Vergütungen ermöglichen (z.B. durch Leistungsverzeichnisse, Qualitäts- und Bewertungsmaßstäbe);
- Art und Umsetzung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen im ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Bereich sowie der Länder im stationären Bereich und im Rettungswesen einer funktionalen Prüfung unterzogen werden;
- die Umsetzung in zeitlich aufeinanderfolgenden Schritten erfolgt durch
 1. Erprobungsmöglichkeiten,
 2. gemeinsam und einheitlich geschlossene Rahmenverträge zwischen Verbänden der Krankenkassen und Leistungserbringer,
 3. Gestaltung von Verträgen mit Verbänden und Gruppierungen auf seiten der Leistungserbringer nach Erprobung und Evaluation.

Abbildung 2: Ebenen einer zukünftigen Vertragsgestaltung

Kompetenz- ebene	Vertrags- gegenstand	zeitliche Reihenfolge		
		1. Stufe	2. Stufe	3. Stufe
Staat/Gesetz- geber	Wettbewerblichen Rahmen festlegen und überwachen	Erprobungs- regelungen zulassen	bestehendes Vertrags- recht erweitern	neue Ver- tragspartner zulassen
Verbandsebene	Vereinbarungen, die die Vergleichbarkeit und Transparenz, z.B. von Leistungen, Qualitäten, Preisen und Vergütungen sicherstellen	Erprobungs- regelungen durchführen und evalulieren	Rahmenver- träge und Zusatzver- träge mit Un- tergruppen der bisherigen Vertragspartner	selektive Verträge anstreben
Einzelwirt- schaftliche Ebene	zusätzliche Verein- barungen, z.B. zu Versorgungsformen, Preisen und Vergü- tungen, Qualitäten, Zusatzleistungen und Leistungsverzeichnissen	Erprobungsregelungen durchführen und evaluieren		Individual- verträge abschließen

Ambulante ärztliche Versorgung

52. Der Rat schlägt vor:

- Die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen sollen auch langfristig an einheitlichen Leistungsverzeichnissen, einheitlichen Dokumentationsstandards, gemeinsamen Mindeststandards für Qualität und Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren, an gleichen Zugangsregeln für Ärzte und einer gemeinsamen Prüfung und Zulassung neuer Behandlungsverfahren festhalten.
- Künftige Verträge zwischen den Kassenverbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen sollen den Charakter von Rahmenverträgen erhalten. Für diejenigen Vertragspartner, die mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung abweichende Vereinbarungen beschließen wollen, kann die Kassenärztliche Vereinigung Gruppenverträge für Teile ihrer Mitglieder schließen, die sich z.B. in der Art der Leistungserbringung (z.B. Versorgung nach dem Hausarztprinzip), der Art der Vergütung (Einzelleistungsvergütung, Pauschalvergütungen) oder in zusätzlichen Qualitätsvereinbarung unterscheiden. Ebenso sollte die Vereinbarung von sogenannten kombinierten Budgets möglich gemacht werden. Die Kassenärztliche Vereinigung bietet ihren Ärzten also Vertragsoptionen an (z.B. Hausarztssystem, kombiniertes Budget), die der Arzt wählen kann.
- Es sollten Möglichkeiten gefunden werden, wie auch dann Verträge mit Ärzten zustande kommen, wenn sich Vertragspartner dagegen sperren (z.B. Vorschlag der Kassen zu einer Quorum-Regelung). Dabei sollte in einer behutsamen Entwicklung die Selbstverwaltung eigene Erfahrungen sammeln, um längerfristig die Strukturen zu überprüfen und gegebenenfalls weiterzuentwickeln.
- Das ärztliche Berufsrecht sollte dahingehend aufgelockert werden, daß moderne Betriebsformen insbesondere Kooperationen und Zusammenschlüsse auch jenseits der sektoralen Grenzen erleichtert werden. Ärzten muß der Zusammenschluß zu größeren Betriebseinheiten in unterschiedlicher Rechtsform erleichtert werden. Ebenso sollen sich nieder-

gelassene Ärzte mit vor- und nachgelagerten Versorgungsbereichen, z.B. Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen, zu Funktionseinheiten zusammenschließen dürfen. Das Festhalten an der Geschäftsführung durch einen Arzt ist nicht notwendig.

- Zur Erweiterung, aber auch zur Kontrolle der geschaffenen Vertragsautonomie ist jedem GKV-Patienten das Recht einzuräumen, sich auch von Ärzten gleicher Qualifikation behandeln zu lassen, die nicht Vertragspartner seiner Krankenkasse sind. Dadurch würde insbesondere die Problematik einer bedarfsorientierten Kassenzulassung entschärft.
- Das strikte Werbeverbot sollte in Richtung besserer Information des Patienten über Kenntnisse und Fähigkeiten von Leistungserbringern aufgelockert werden.

Zahnärztliche Versorgung und Versorgung mit Zahnersatz

53. Der Rat schlägt vor:

- In der vertragszahnärztlichen Versorgung sollte es schon kurzfristig den einzelnen kassenzahnärztlichen Vereinigungen ermöglicht werden, eine spezifische, prophylaktisch orientierte Umstrukturierung der Vergütung mit den Krankenkassen zu vereinbaren. In einem zweiten Schritt sollten neben den kassenzahnärztlichen Vereinigungen weitere Ärztegruppen als Vertragspartner zugelassen werden, sofern sie in die Rechte und Pflichten der kassenzahnärztlichen Vereinigung eintreten.
- Die Vertragshoheit der Krankenkassen sollte künftig dahingehend erweitert werden, daß sie mit einzelnen Ärztegruppen pauschalvergütete Versorgungsverträge (ähnlich HMO) abschließen können, die auch zahntechnische Leistungen beinhalten.
- Der Zusammenschluß von zahnärztlich geleiteten Praxislabors sollte erlaubt sein und die steuerrechtliche Gleichbehandlung mit gewerblichen Labors herbeigeführt werden.

Stationäre Krankenversorgung

54. Der Rat schlägt vor:

- Die nach §§ 112 und 137 SGB V vorgesehenen Verfahrensgrundsätze für Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen sollten von den GKV-Vertragspartnern und den Ärztekammern auf Landesebene einheitlich und gemeinsam festgelegt werden. Dies trifft auch für das ambulante Operieren nach § 115 b SGB V zu.
- Auch in Zukunft sollten in der Akutversorgung die zu vergütenden Leistungseinheiten (u.a. Fallgruppen, Leistungskomplexe, Abteilungspflegete, ambulante Operationskataloge) gemeinsam und einheitlich definiert werden. Für die inhaltliche Definition von solchen Leistungseinheiten ist ein bundesweites einheitliches Vorgehen erforderlich.
- Ein gemeinsames und einheitliches Vorgehen aller Krankenhäuser ist für die Dokumentation eines vom Gesetzgeber definierten Datensatzes für jeden Patienten unumgänglich. Dabei sollten europäische Normen und die Verbesserungsvorschläge des Sachstandsberichts 1994, Ziffer 301ff. berücksichtigt werden.
- Das bereits in § 137 SGB V vorgesehene Instrument der Zweitmeinung sollte stärker angewendet werden.
- Eine konsequente Weiterentwicklung der Krankenhausvergütung hin zu einer monistischen Finanzierung, um die Krankenhäuser anpassungsfähiger zu machen. Im Gegenzug sollten die Länder krankensicherungs-fremde Aufgaben der GKV übernehmen und finanzieren. Hindernisse zu einer solchen Anpassungsfähigkeit stellen auch die vorgegebenen Personalanhaltszahlen und die Pflegepersonalregelung dar.
- Der Versorgungsauftrag der stationären Medizin und der damit verbundene Bau- und Investitionsbedarf dürfen durch eine monistische Finanzierung nicht aus Gründen einer restriktiven staatlichen Haushaltspolitik in die alleinige Abhängigkeit der Krankenkassen geraten. Auch dafür muß "Waffengleichheit" hergestellt werden. Der Gefahr, die Krankenkassen könnten aus Wettbewerbsgründen, d.h. um niedriger Beiträge willen, keine ausreichenden Vergütungen akzeptieren, muß begegnet werden können. Die Finanzierung der Investitionen für die Erhaltung und den angemessenen Ausbau müssen in jedem Fall gesichert sein. Entsprechende Kontrollmechanismen und Schiedsstellen sind Voraussetzung für eine monistische Finanzierung und fehlen bisher.

- Den Krankenkassen sollte im Vergütungsbereich kurzfristig das Recht eingeräumt werden, mit einzelnen Krankenhäusern eigene Vergütungsvereinbarungen zu treffen. Dabei sollten die gemeinsam pro Haus bzw. pro Land ausgehandelten Vergütungen als Höchstpreise gelten, die durch gezielte Verträge von einzelnen Krankenkassen unterschritten werden dürfen. Damit bekommen die gemeinsamen Vergütungsvereinbarungen den Charakter von Rahmenverträgen.
- Die Krankenkassen sollten im Bereich der Fallpauschalen und Sonderentgelte mittelfristig das Recht erhalten, Preise dezentral und direkt ohne Bezug auf Bewertungspunkte auszuhandeln. Damit kann die Vergütung flexibler auf strukturelle Veränderungen in der Leistungserbringung reagieren.
- Solange eine staatliche Angebotsplanung, die duale Finanzierung und länderweite Preisfestsetzungen gegeben sind, müssen den Krankenkassen weiterhin Mengenvereinbarungen möglich sein. Das vorgesehene Aufgeben von Mengenvereinbarungen verlangt, daß die Kassen die Preise flexibel vereinbaren können.
- Die Krankenkassen sollten auch das kurzfristige Recht erhalten, Formen der Kooperation zwischen Krankenhäusern sowie zwischen Krankenhäusern und vor- und nachgelagerten Versorgungseinrichtungen vertraglich zu vereinbaren.

Rehabilitation

55. Der Rat schlägt vor:

- Auch in Zukunft soll die Definition der Leistungen gemeinsam und einheitlich stattfinden, wobei eine Unterscheidung zwischen Pflichtleistungen der Krankenkassen und Satzungsleistungen (z.B. Zuschuß zu ambulanten Rehabilitationskuren) beibehalten werden sollte. Darüber hinaus sollten Vorsorgekuren gem. § 23 Abs. 2 SGB V weiterhin als Satzungsleistungen der Krankenkassen angeboten werden können. Dies setzt eine gemeinsame Definition der Leistungen bzw. Voraussetzungen für Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen voraus. Ebenso sollte ein

Dokumentationssystem nach einheitlichen Schlüsseln und Leistungskatalogen von allen Rehabilitationseinrichtungen verlangt werden.

- Ein Kontrahierungsrecht für einzelne Krankenkassen(-arten) sollte eingeführt werden, das eine schnellere Weiterentwicklung der Art der Leistungserbringung (teilstationär, ambulant, wohnortnah) und der Vergütung (leistungsbezogene Vergütung, indikationsbezogene Behandlungspauschalen) verspricht. Dem steht derzeit die gemeinsame und einheitliche Vertragsgestaltung der Krankenkassen mit den einzelnen Rehabilitationseinrichtungen (§ 111 SGB V) entgegen. Auch der Entwicklung von Kooperationsformen zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Rehabilitation würde ein flexibles Vertragsrecht Türen öffnen.
- Die Regelungen des § 111 SGB V sollten dahingehend verkürzt werden, daß die institutionelle Abgrenzung der Leistungserbringer entfällt, sofern einheitliche Qualitätsanforderungen erfüllt sind und eine wirtschaftliche Leistungserbringung sichergestellt ist.

Arzneimittelversorgung

56. Der Rat schlägt vor:

- Die staatlich vorgegebenen Festpreise durch Handelsspannen (Preisbindung der zweiten Hand) sollten für nicht verschreibungspflichtige Medikamente freigegeben werden.
- Zur Qualitätssicherung sollte die Wirkungsweise der Zweitanmelderpräparate hinsichtlich der Bioverfügbarkeit nachgewiesen werden.
- Die Vergütung der Apotheken sollte nach einem System mit Fixzuschlägen erfolgen.
- Erprobungsregelungen zu neuen, z.B. zu integrierten Versorgungsformen sind zuzulassen (auch mit Sozietäten von Apothekern).
- Eine zu standardisierende Patientenchipkarte (nicht Versichertenkarte) sollte zur Information über die Gesamtmedikation eines Patienten verwendet werden können.
- Die Kriterien des § 92a Abs. 5 Ziff. 1 bis 3 SGB V, insbesondere der Nachweis eines "mehr als geringfügigen therapeutischen Nutzens hinsichtlich des Ausmaßes des zu erzielenden therapeutischen Effekts" soll-

ten für alle Therapierichtungen einschließlich der besonderen Therapierichtungen Phytotherapie, Homöopathie und Anthroposophie gelten.

Heil- und Hilfsmittelversorgung

57. Der Rat schlägt vor:

- Die Krankenkassen sollten weiterhin gemeinsam und einheitlich Art und Qualität der verschiedenen Hilfsmittel im Rahmen des Hilfsmittelverzeichnisses katalogisieren.
- Die Kassen sollten von den gemeinsamen Empfehlungen der Spitzenverbände hinsichtlich der Strukturqualität, z.B. Meisterpräsenz, abweichen dürfen, wenn eine ergebnisorientierte Qualitätssicherung durchgeführt wird.
- Soweit für Hilfsmittel Festbeträge bestehen, sollten diese weiterhin für alle Kassen als Höchstpreise gelten. In Bereichen, in denen keine Festbeträge vereinbart sind, sollte es einzelnen Krankenkassen offenstehen, mit Leistungserbringern kassenspezifische Festbeträge zu vereinbaren. Versicherte, die diese Möglichkeit nicht nutzen, haben die Mehrkosten selbst zu übernehmen. Es ist zu überlegen, ob im Bereich der Hilfsmittel, in denen der Verbraucher über relativ große Markttransparenz verfügt (z.B. Augenoptiker), nicht zu einem Zuschußmodell übergegangen werden kann. Es ist zu prüfen, inwieweit diese Regelung auch für Heilmittel anwendbar ist.
- Einzelne Kassen mit einzelnen Anbietern sollten darüber hinaus Sonderkonditionen bezüglich Mengenrabatten, Gewährleistungsfristen sowie alternative Versorgungsformen vereinbaren können.
- Es sollte den Kassen im Bereich der Hilfsmittel erlaubt werden, mit Herstellern direkt Preise und Vertriebsformen zu vereinbaren. Möglichkeiten des Direktvertriebs sollten für Hilfsmittel (wie bereits heute bei Hörgeräten) vertraglich vereinbart werden können.
- Den Kassen sollte bei den Versorgungsformen vertraglicher Spielraum eingeräumt werden.
- Heil- und Hilfsmittel sollten immer dann ohne ärztliche Verordnung abgegeben werden können, wenn dies gesundheitlich und ökonomisch unbedenklich ist, z.B. bei Zweitversorgung und voller Kostenübernahme.

Rettungswesen

58. Der Rat schlägt vor:

- Die zuständigen Bundesländer sollten die Rahmenbedingungen der Leistungserbringung im Rettungsdienst dergestalt ändern, daß bei Erfüllung der Qualitätsanforderungen für die Leistungserbringer Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten gesetzt werden, d.h.:
 - * Etablierung gleicher Zugangschancen für alle Leistungserbringer,
 - * Abschaffung des Selbstkostendeckungsprinzips,
 - * Abschaffung von Regelungen zum Bestandsschutz für etablierte Leistungserbringer,
 - * Einführung von wettbewerblichen Anreizen im Rettungsdienst und
 - * Straffung der Infrastruktur, z.B. gemeinsame Rettungsleitstellen und einheitliche Notrufnummer.

- Zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern sollten Verträge geschlossen werden. Einseitige Festsetzungen der Benutzungsentgelte müssen abgeschafft werden. Für den Fall, daß zwischen den Vertragspartnern keine Einigung zustande kommt, sollte generell eine neutrale Schiedsstellenregelung vorgesehen werden.
- Die Krankenkassen sollten als wesentliche Kostenträger bei allen kostenwirksamen Entscheidungen, wie z.B. bei der Festlegung der für die Infrastruktur relevanten Bedarfspläne für den Rettungsdienst, verantwortlich mitwirken können.
- Bundes- und landesrechtliche Regelungen sollten aufeinander abgestimmt werden.

4.3. Wahlmöglichkeiten der Versicherten beim Leistungsumfang

59. Ein drittes Reformbündel sieht Wahlmöglichkeiten der Versicherten im Leistungsumfang vor. Grundsätzlich soll damit den Kassen die Möglichkeit

eröffnet werden, den Versicherten bei einem gegebenen Leistungsumfang gegen einen höheren Beitragssatz Leistungen zur Zuwahl anzubieten, für andere Leistungen dagegen, für die eine geringere Wertschätzung besteht, bei gleichzeitiger Beitragssatzsenkung die Abwahl zu ermöglichen. Der Rat ermutigt Befragungen durch die Kassen, um eine stärkere Orientierung an den Wünschen der Versicherten zu erreichen. Hierbei sollte den Vorstellungen und Wünschen auch der älteren Bürger größere Aufmerksamkeit eingeräumt werden.

60. Satzungsleistungen könnten in Zukunft einen Experimentierraum für solche Leistungen ermöglichen, deren Nutzen medizinisch (noch) umstritten sind. Dieser Raum sollte in Zusammenarbeit mit dem ambulanten und/oder stationären Sektor, auch unter Einengung auf bestimmte zur experimentellen Versorgung zugelassener Ärzte, wie folgt gefüllt werden können: Leistungen aus diesem Katalog können von den Kassen, zeitlich begrenzt auf einen Vertragszeitraum, zur Ergänzung des Pflichtleistungskataloges genutzt werden. Mit diesen Beiträgen zur Klärung und Innovation können die Kassen damit insgesamt zur Verbesserung der medizinischen Leistungsfähigkeit des Systemangebotes beitragen.

61. Die Wahlmöglichkeiten beim Leistungsumfang dürfen den Solidarausgleich in der GKV nicht gefährden. Aus diesem Grund schlägt der Rat vor, eine Beitragssenkung bei Abwahl von Leistungen nur im Rahmen des jeweiligen individuellen Risikoanteils am Beitrag zu ermöglichen.

62. Der Rat erkennt, daß Zu- und Abwahlmöglichkeiten unterschiedlich schnell umsetzbar sind:

- In einem ersten Schritt können für die Kassen Möglichkeiten geschaffen werden, erweiterte solidarisch finanzierte und kassenspezifische Zuwahlleistungen einzuführen (Satzungsleistungen). Dies würde einen Wettbewerb der Kassen auf der Angebotsseite intensivieren und den Versicherten die Möglichkeiten eröffnen, stärker ihren Präferenzen zu folgen.
- In einem zweiten Schritt sollten zusätzlich Zuwahltarife für Gruppen von Versicherten innerhalb einer Kasse eingeräumt werden. Die solidarische

Finanzierung würde sich hier nur auf die Anspruchsberechtigten in dieser Versichertengruppe beziehen.

- In einem dritten Schritt sollten individuelle Abwahlmöglichkeiten in Form von direkter Kostenübernahme bis zu einer gewissen Höhe (Franchise) bei gleichzeitiger Beitragsreduzierung für die Versicherten eingeführt werden. Um einer Fehleinschätzung und damit Überforderung der Versicherten vorzubeugen, empfiehlt der Rat, die jährliche direkte Kostenübernahme auf einen vollen Monatsbeitrag zu beschränken, um damit die individuelle Leistungsfähigkeit zu berücksichtigen.

Die Einführung weiterer, solidarisch finanzierter, kassenspezifischer Satzungsleistungen ist vermutlich ohne größere Vorlaufzeiten möglich. Zuzahlungstarife für Gruppen von Versicherten einer Kasse und/oder individuelle Abwahlmöglichkeiten erfordern dagegen Erprobungsregelungen, mit denen frühzeitig begonnen werden sollte.

4.4. Stärkung der Eigenverantwortung und Kompetenz durch Aufklärung und durch finanzielle Anreize

63. Als beispielhafte Bereiche zur Erörterung der mit dem Begriff Wahlmöglichkeiten angesprochenen Stärkung der Eigenverantwortung greift der Rat Aufklärung und Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten sowie Selbstbeteiligung heraus und zeigt Möglichkeiten und Grenzen dieser Konzepte auf.

64. Dabei kommt der Rat zu dem Ergebnis, daß sowohl Verhältnis- als auch Verhaltensprävention gestärkt werden müssen.

Das bedeutet im wesentlichen, daß

- das Gesundheitsbewußtsein der Bevölkerung durch eine verstärkte Aufklärung über Gesundheitsrisiken und durch geeignete Anreize verbessert werden muß.
- Gesundheitserziehung an Schulen, in Kindergärten und in Betrieben unter Einbeziehung von Volkshochschulen und Selbsthilfegruppen sowie dem

öffentlichen Gesundheitsdienst verstärkt werden müssen. Beispielsweise sollen Lehr- und Rahmenpläne mit dem Ziel einer besseren Gesundheits-erziehung und einer Ausweitung des Sportunterrichts geändert werden.

- zur Erhaltung des Idealgewichts Anreize geschaffen werden sollten, z.B. ein Beitragsbonus bei Einhaltung des Idealgewichts bzw. bei Abweichung innerhalb bestimmter Grenzen.
- Steuern auf gesundheitsgefährdende Genußmittel wie Tabak und Alkohol sich an gesundheitspolitischen Zielen orientieren sollten, z.B. durch eine Besteuerung von Tabak in Abhängigkeit von Schadensklassen.
- Mittel aus dem Steueraufkommen aus gesundheitsgefährdenden Genußmitteln wie Tabak und Alkohol trotz haushaltsrechtlicher Bedenken für gesundheitsbezogene Aufgaben verwendet werden sollten.

65. Nach Auffassung des Rates kommt der Selbstbeteiligung eine nur begrenzte Einsatzfähigkeit zu, weil

- Selbstbeteiligungssätze (z.B. von 50 % und mehr), die steuernd wirken würden, nur bei gesundheitlich weniger bedeutenden Bereichen (Kuren, Massagen, Lesebrillen, Zahnersatz) und bei Leistungen mit nennenswerter Preiselastizität zum Einsatz kommen könnten.
- Selbstbeteiligung besonders die Mehrfachkranken erreicht, die nur eine Minderheit der Versicherten darstellen (um die 20 %), auf deren Inanspruchnahme aber über drei Viertel der Gesamtausgaben entfallen. Diese Kranken sind aber wegen sozialer Kriterien, die Geringerverdienende von der Belastung ausschließen (Härtefälle) bzw. die Belastung auf geringe Einkommensteile begrenzen (Überforderungsklausel) von einer Selbstbeteiligung nur in verhältnismäßig geringem Ausmaß betroffen.
- Selbstbeteiligung nach den bisherigen, auch ausländischen Erfahrungen i.d.R. den Ausgabenanstieg nur vorübergehend abschwächen.

66. Als Alternative zu den gegenwärtigen Formen der Selbstbeteiligung in der GKV sollte der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt werden, den Versicherten Selbstbeteiligungstarife im Rahmen von Wahlmöglichkeiten anzubieten. Bei Übernahme eines solchen Selbstbeteiligungstarifs wird dem Versicherten eine Beitragsermäßigung in

Höhe der individuellen Risikoübernahme gewährt. Weiterhin gibt es neue Formen der Selbstbeteiligung durch Anrechnung von Kuren auf Urlaubstage, eine indikationsbezogene Selbstbeteiligung und die Möglichkeit eines Franchisesystems, ähnlich wie es in der Schweiz eingeführt worden ist.

4.5. Zur Stabilisierung des Arbeitgeberbeitragsatzes

67. Die Beitragssatzstabilität dient der ökonomischen Orientierung im Gesundheitswesen. Die damit verbundene einnahmenorientierte Ausgabenpolitik läßt sich als Versuch einer Regelbindung und einer automatischen Stabilisierung der Finanzlage der GKV interpretieren. Er ist auch im Zusammenhang mit der Entwicklung der Lohnnebenkosten und der Höhe des Staatsanteils zu sehen. Auf die Ausführungen im Sachstandsbericht 1994 (Kapitel 2, Ziffer 118-139 und Ziffer 140-145 sowie Kurzfassung, Ziffer 7-21) sei verwiesen.

68. Wegen des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität und vor dem Hintergrund von auslaufenden Budgetierungen stellt sich schon kurzfristig die Frage, wie die Ausgabenentwicklung und die Beitragssätze anderweitig stabilisiert werden können. Dieses Problem besteht auch im Fall einer vom Rat vorgeschlagenen stärkeren wettbewerblichen Orientierung in der GKV, weil Wettbewerb zwar grundsätzlich einen effizienten Mitteleinsatz bewirkt, jedoch keine bestimmte Ausgabenbegrenzung garantieren kann.

69. Zur Begrenzung der Ausgabenentwicklung in der GKV und auch zur Stabilisierung des Arbeitgeberbeitragsatzes in Anbetracht hoher Lohnnebenkosten bieten sich zwei Möglichkeiten an:

- Einmal können die Arbeitgeberbeitragsätze zu einem Stichtag bis auf weiteres auf einer bestimmten Höhe festgeschrieben werden. Der Beitragssatz der Arbeitnehmer ergibt sich aus der Differenz zwischen dem jeweiligen Kassenbeitragssatz und dem festgelegten Beitragssatz der Arbeitgeber. Eine solche Regelung führt bei sinkendem Kassenbeitragssatz zu einer geringeren prozentualen Beteiligung der Arbeitnehmer und einer höheren prozentualen Beteiligung der Arbeitgeber an den Beiträgen. Bei

steigendem Beitragssatz kommt es zu einer höheren prozentualen Beteiligung der Arbeitnehmer und zu einer geringeren prozentualen Beteiligung der Arbeitgeber an den Beiträgen.

- Zum anderen gibt es die Möglichkeit, für den Arbeitgeberbeitragssatz eine Obergrenze festzusetzen. Solange sich der Arbeitgeberbeitragssatz unterhalb dieser Obergrenze bewegt, zahlen Arbeitgeber und Arbeitnehmer wie bisher je zur Hälfte den von den Kassen geforderten Beitragssatz. Erreicht der Arbeitgeberbeitragssatz bei steigenden Beitragssätzen die Obergrenze, so führen weitere Steigerungen - wie bei einer Festschreibung - zu einem alleinigen Anstieg der Arbeitnehmerbeitragssätze bei konstanten Arbeitgeberbeitragssätzen.

Bei einer Festschreibung der Arbeitgeberbeitragssätze wird gegenüber einer Obergrenzenregelung das Interesse der Arbeitnehmer an Beitragssatzsenkungen ihrer jeweiligen Kasse gestärkt, während sich bei Beitragssatzsteigerungen diese beiden Möglichkeiten nicht unterscheiden. Der Nachteil einer Festschreibung gegenüber einer Obergrenze besteht darin, daß die Arbeitgeber das Interesse an den Beitragssätzen der Kassen ihrer Arbeitnehmer verlieren.

70. Als Modellvarianten bei einer Festschreibung oder einer Obergrenzenregelung kommen für eine Orientierung des Arbeitgeberbeitragssatzes grundsätzlich die Hälfte des

- a) kassenspezifischen Beitragssatzes,
- b) durchschnittlichen GKV-Beitragssatzes oder
- c) niedrigsten Beitragssatzes der wählbaren Kassen

in Frage. In dieser Reihenfolge kommt die zunehmende Rolle des Arbeitnehmerbeitragssatzes als Preis für die Leistung der Kasse und damit als Wettbewerbsparameter zum Ausdruck, d.h. von a)-c) steigert sich die wettbewerbliche Orientierung der Alternativen. Die Modellvariante, die den Arbeitgeberbeitrag vom kassenspezifischen Beitragssatz ableitet, kann Wettbewerbsverzerrungen mit sich bringen, da die Kasse mit dem niedrigsten Arbeitnehmerbeitragssatz nicht unbedingt auch den niedrigsten Kassenbeitragssatz haben muß und der Arbeitnehmeranteil in diesem Fall falsche Preissignale vermittelt. Weiterhin haben die Arbeitgeber bei dieser Variante ein Interesse daran, daß

ihre Arbeitnehmer zu Kassen mit niedrigeren Beitragssätzen wechseln. Das aber kann den Versorgungsvorstellungen der Versicherten bei der Kassenwahl entgegenwirken.

71. Damit ein sich bei Beitragssatzsteigerungen in der GKV ergebender Abstand zwischen dem Beitragssatzanteil der Arbeitnehmer und Arbeitgeberbeitragssatz nicht unkontrolliert vergrößert, sollte der Arbeitgeberanteil ab einer bestimmten Abweichung soweit angehoben werden, daß ein politisch zu bestimmender Maximalabstand eingehalten wird. Der Rat geht davon aus, daß eine Regelung durch den Gesetzgeber auch durch andere Varianten - z.B. eine, die die Selbstbestimmung der Kassen als Körperschaften stärkt, - ersetzt werden kann.

72. Vor diesem Hintergrund ist der Rat der Auffassung, daß die Frage, ob und ggf. wie ein Beitragssatzanteil begrenzt werden sollte, noch einer weiteren Diskussion bedarf.

73. Ein Ratsmitglied widerspricht dem vorstehend erörterten Vorschlag einer Abkoppelung des Beitragssatzes der Arbeitgeber von demjenigen der Arbeitnehmer, weil er faktisch die Aufhebung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität zu Lasten der Arbeitnehmer beinhaltet.

5. Zukünftige finanzielle Absicherung des Krankheitsrisikos

74. Der Sachstandsbericht 1994 stellte im 7. Kapitel den Überlegungen zur Finanzierung zunächst einige Ausführungen über gesamtwirtschaftliche Ziele als Beurteilungskriterien voran. Auf die Darlegung einiger Mängel, die dem derzeitigen GKV-Beitragssystem anhaften, folgt eine Auflistung des Spektrums von Reformoptionen innerhalb der GKV. Aus diesen Alternativen greift der Bericht zwei Varianten einer beitragsfinanzierten Familienversicherung heraus - eine mit und eine ohne Versicherungspflichtgrenze - und stellt diese dem geltenden Beitragssystem sowie den Grundmodellen einer privaten Pflichtversicherung und einer steuerfinanzierten Gesundheitsversorgung gegenüber. Dabei beinhalten beide Varianten der beitragsfinanzierten Famili-

enversicherung analog zur derzeitigen Regelung eine Beitragsbemessungsgrenze sowie die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern. Da der Arbeitgeberbeitrag konzeptionell mit keinem dieser Reformmodelle harmoniert, stellt der Rat seine Auszahlung als langfristigen Reformvorschlag zur Diskussion.

75. Wie die Diskussion um die entsprechenden Ausführungen im Sachstandsbericht 1994 zeigten, läßt sich ein Teil der Mißverständnisse und auch Meinungsverschiedenheiten durch einen expliziten Hinweis auf die jeweilige methodische Betrachtungsweise erklären. Zahlreiche Aussagen zur finanziellen Absicherung des Krankheitsrisikos hängen maßgeblich davon ab, ob im speziellen Fall

- kurzfristige oder mittel- bis langfristige Aspekte,
 - konkrete und praxisnahe oder (modell-)theoretische Überlegungen bzw. teilweise hiermit einhergehend
 - graduelle, inkrementale Reformschritte oder konzeptionell umfassende Alternativlösungen
- im Mittelpunkt des Interesses stehen.

5.1. Steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung als Weg in die Verstaatlichung

76. Bei grundsätzlicher Betrachtung bildet die steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung einen geschlossenen Ansatz, der a priori keine Inkonsistenz aufweist. Während bei der Mittelaufbringung im Rahmen der privaten Pflichtversicherung das Äquivalenzprinzip dominiert, stellt die steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung - vor allem im Falle eines hohen Gewichtes der Einkommensbesteuerung - stärker auf das Leistungsfähigkeitsprinzip ab. Die Allokation im Gesundheitswesen erfolgt wie bei anderen öffentlichen Aufgaben (z.B. Bildung, Verkehr, innere Sicherheit) im Rahmen des budgetären Willensbildungsprozesses. Die Entwicklung der medizinischen Versorgung hängt dann von ihrer politisch bewerteten Dringlichkeit im Verhältnis zu anderen Staatsaufgaben ab.

77. Obgleich in Europa weitverbreitet, steht auch diese Finanzierungsalternative derzeit in Deutschland aus guten Gründen nicht ernsthaft zur Diskussion. Ihr haften vor allem allokativer Mängel an:

- Die Abkehr vom Äquivalenzprinzip verwischt für den Bürger, der dann keinen Versichertenstatus mehr einnimmt, jeglichen Zusammenhang zwischen Mittelaufbringung und Mittelverwendung im Gesundheitswesen.
- Die steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung läßt die individuellen Präferenzen kaum zur Geltung kommen. Die allgemeinen politischen Wahlen, bei denen die Gesundheitsversorgung nur als eines von mehreren Subsystemen staatlicher Aufgabenerfüllung Berücksichtigung findet, gewähren den Betroffenen im Hinblick auf die medizinische Versorgung nur geringe Mitbestimmungs- bzw. Gestaltungsmöglichkeiten.
- Distributive Vorzüge besitzt die steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung gegenüber dem geltenden System nur insoweit, als die Gesundheitsleistungen über eine Erhöhung der direkten Steuern, insbesondere der progressiven Einkommensteuer, finanziert werden kann. Eine Verschärfung der Einkommensteuerprogression würde aber - unter Einbeziehung der Belastung durch den Solidaritätszuschlag - bereits bei mittleren Einkommensgruppen zu einem Grenzabgabensatz von deutlich über 60 % führen und u.a. der Schattenwirtschaft und anderen Formen der Steuerflucht Vorschub leisten.

5.2. Private Pflichtversicherung als marktwirtschaftliche Vision

78. Auf der Grundlage theoretischer Modellbetrachtungen stellt die private Pflichtversicherung bzw. eine gesetzliche Pflicht zur Krankenversicherung unter bestimmten Bedingungen die wohlfahrtsoptimale Finanzierungsform dar. Sie harmoniert auch am besten mit den Grundsätzen einer marktwirtschaftlichen Koordination, da die Prämienzahlung im Sinne der individuellen Äquivalenz einen Preis für die Risikoübernahme darstellt. Risikoäquivalente Versicherungsprämien mit verhaltensorientierten Anreizen dienen

dann als Finanzierungsform. Einkommensschwache Bürger erhalten die erforderliche Grundversorgung aus Steuermitteln oder durch andere Sozialversicherungsträger finanziert. Indem die private Pflichtversicherung jedem Bürger die für notwendig erachtete Versorgung sichert, erfüllt sie ihre Versicherungsaufgabe. Alle distributiven Funktionen, die im geltenden System die GKV wahrnimmt, verweist sie in den Bereich der Steuer- bzw. Transferpolitik der öffentlichen Hand. Aus theoretischer Sicht liegt hier die Folgerung nahe, daß ein integrierter Ansatz im Sinne einer "Sozialpolitik aus einem Guß" die distributiven Aufgaben konsistenter zu lösen vermag als das derzeitige zersplitterte System. Tatsächlich führt die gleichzeitige Aufteilung distributiver Aufgaben auf die Sozialversicherung sowie auf die Steuer- und Transferpolitik zu zahlreichen Verwerfungen, d.h. sowohl zu Lücken als auch zu Kumulationen. Es ist jedoch zu bedenken, daß auch ein System der privaten Pflichtversicherung nicht frei von staatlicher Regulierung bleibt.

5.3. Pragmatische Reformoptionen

79. Aus den dargelegten Gründen konzentrieren sich - ausgehend vom geltenden System - die Reformoptionen nur auf die

- verschiedenen Arten beitragspflichtiger Einnahmen,
- beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen und auf die
- Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze.

Zur Verbreiterung der Bemessungsgrundlage

80. Bei den freiwilligen Mitgliedern und freiwillig versicherten Rentnern erstreckt sich die Bemessungsgrundlage schon heute auf alle Einkunftsarten, so daß sich für diesen Personenkreis die Frage nach einer adäquaten Erfassung dieser Einnahmen bereits im geltenden System stellt. Bei den freiwilligen Mitgliedern, deren Arbeitsentgelt die Beitragsbemessungsgrenze in der Regel übersteigt, besitzen andere Einkünfte zwar nur in Ausnahmefällen Beitragsrelevanz, dies gilt aber nicht für die freiwillig versicherten Rentner,

deren Anzahl künftig zunehmen dürfte. Das geltende Recht verpflichtet die Versicherten zu Auskünften und Mitteilungen, die der Feststellung des Versicherungstatbestandes und der Beitragseinstufung dienen. Eine generelle Erweiterung der Bemessungsgrundlage schafft somit innerhalb der GKV keine grundsätzlich neuen Erfassungsprobleme bei den verschiedenen Arten beitragspflichtiger Einnahmen, sondern vergrößert nur den Versichertenkreis, bei dem sich die beitragsrelevanten Einkünfte nicht nur auf Arbeitsentgelt und Rente beschränken. Dabei steht außer Zweifel, daß von allen Einkunftsarten das Arbeitsentgelt und die Rente als relativ wenig manipulierbare beitragspflichtige Einnahmen den Kassen die verlässlichste Planungsgrundlage bieten.

81. Zur Erweiterung der GKV-Bemessungsgrundlage bieten sich vor allem folgende Varianten an:

- (1) Die im Sachstandsbericht 1994 diskutierte Alternative geht davon aus, daß bei der Beitragsbemessung alle Einkunftsarten in voller Höhe bis zur Bemessungsgrenze Berücksichtigung finden.
- (2) Im Hinblick auf den Arbeitgeberanteil bei Arbeitsentgelten könnten die zusätzlich einbezogenen Einkunftsarten mit einem Anteil von 50 % in die Bemessungsgrundlage eingehen.
- (3) Ein Freibetrag oder eine Freigrenze bei Kapitaleinkünften würde Kleinsparer schonen und die Feststellung der betreffenden Einnahmen u.U. erleichtern.
- (4) Schließlich erlauben die Varianten (2) und (3) noch eine Kombination, die von allen Alternativen allerdings die geringste Erweiterung der Bemessungsgrundlage aufweist.

Zur Einbeziehung von Familienangehörigen

82. Der Rat befürwortet im Hinblick auf familienpolitische Zielsetzungen eine beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und von Ehepartnern, soweit letz-

tere im Haushalt Kinder betreuen oder Pflegedienste leisten. Bei der im Sachstandsbericht 1994 skizzierten Variante unterliegt die Summe der beitragspflichtigen Haushalts- bzw. Familieneinkünfte einem Splitting und der entsprechende Betrag für beide Ehepartner der Beitragsbemessung. Daneben lassen sich zwei weitere relevante Varianten einer Beitragsbemessung von Familienangehörigen unterscheiden:

- (1) Es könnte nach Anwendung des Splittings für den nicht-berufstätigen Ehepartner der halbe Beitragssatz gelten oder eine Begrenzung seiner Abgabe auf 50 % des jeweiligen Höchstbeitrages erfolgen.
- (2) Der nicht berufstätige Ehepartner kann anstelle des Splittings für einen dynamisierten Pauschbetrag optieren, der in etwa bei dem derzeitigen Mindestbeitrag liegt.

83. Das vorgeschlagene Splitting und die damit verbundene teilweise Abschaffung der Beitragsfreiheit von Ehepartnern, die keine Kinder betreuen, zielt vornehmlich darauf ab, die im geltenden System vorhandene Diskriminierung von Zweiverdiener-Familien zu beseitigen, zumindest aber abzuschwächen. Vom Splitting völlig unberührt bleiben die Beiträge von Familien, deren Haushaltseinkommen unter der Bemessungsgrenze liegt, so daß hier im Vergleich zum geltenden System keinerlei regressive Effekte anfallen.

Zur Friedensgrenze zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung

84. Für die bestehende Versicherungspflichtgrenze als "Friedensgrenze" zwischen GKV und PKV sprechen weniger ökonomische Kriterien als vielmehr rechtliche Aspekte und faktische Zwänge. Im Falle von Beamten und anderen bisher privat Versicherten könnte die zwangsweise Eingliederung auf (verfassungs-)rechtliche Bedenken stoßen. Zumindest gilt es in diesem Kontext, längere Übergangsfristen mit Wahlmöglichkeiten in Rechnung zu stellen. Ferner bedroht eine gesetzliche Arbeitnehmer- oder Volksversicherung mit Zwangscharakter die Existenz der privaten Krankenversicherungen, denen

dann nur noch das Zusatzgeschäft verbliebe. Die Finanzierung der PKV enthält neben dem sicherlich dominierenden Kapitaldeckungsverfahren inzwischen auch Elemente des Umlageverfahrens. Da in der Vergangenheit Alterungsrückstellungen nicht ausreichten und daher angepaßt werden mußten, hängt die Finanzierung ihrer derzeitigen Versicherten auch vom weiteren Zugang junger Versicherter ab. Ein Versiegen dieses Zustroms dürfte für den bestehenden Versicherungsbestand zu nicht unerheblichen Beitragserhöhungen führen.

5.4. Konsequenzen für eine künftige Finanzierung

85. Implementationsprobleme und Aspekte der politischen Durchsetzbarkeit sprechen dafür, zumindest von einer uneingeschränkten Einbeziehung aller Einkunftsarten abzusehen und jeweils eine abgeschwächte Variante des Splittings in Erwägung zu ziehen. Dabei besitzt im Hinblick auf die Familienbelastung ein Pauschbetrag den Vorzug, die Versicherungspflichtgrenze nicht zu tangieren. Dies bedeutet, daß dadurch kein Versicherter, der heute die PKV präferiert, durch eine Senkung seiner Bemessungsgrundlage in die GKV gezwungen würde. Der Pauschbetrag stünde damit im Einklang mit dem Solidaritätsprinzip und nicht im Widerspruch zum Subsidiaritätsprinzip. Sofern der Pauschbetrag in etwa bei dem derzeitigen Mindestbetrag freiwillig Versicherter, d.h. bei gegenwärtig durchschnittlich 180.- DM monatlich (alte Bundesländer) liegt, erhält der nichtberufstätige Ehepartner seinen Krankenversicherungsschutz immer noch zu einem nicht annähernd risikoäquivalenten "Vorzugstarif".

86. Während nahezu alle einschlägigen Gutachten eine Beitragszahlung für denjenigen Ehepartner fordern, der keiner Berufstätigkeit nachgeht und auch keine Kinder (mehr) erzieht oder Pflegedienste leistet, steht die Einbeziehung aller Einkunftsarten stärker im Mittelpunkt kontroverser Meinungen. Unter Implementations- und Praktikabilitätsgesichtspunkten bietet sich hier die hälftige Berücksichtigung der Nicht-Arbeitseinkommen in Verbindung mit einem Freibetrag oder einer Freigrenze für Kapitaleinkünfte an. Wie bereits ausgeführt, sprechen gegen eine solche Erweiterung der Bemessungsgrundlage vor

allem Erfassungsprobleme und möglicherweise steuerpolitische Assoziationen bei den Betroffenen. In systematischer und distributiver Hinsicht besitzt die Einbeziehung aller Einkunftsarten allerdings die gleiche Berechtigung wie die Neuregelung der Familienbelastung.

87. Besondere Bedeutung gewinnt die Einbeziehung von Nichtarbeitseinkünften vor dem Hintergrund intertemporaler Allokations- und Verteilungsaspekte. Sofern sich die Finanzierung der GKV auch künftig nahezu ausschließlich auf Arbeitsentgelte stützt, droht sie diese Gruppe der Beitragszahler, die demographisch bedingt relativ schrumpft, zu überfordern. Die Beitragsregelung verlangt dann von den Mitgliedern der GKV ein ständig steigendes Solidaropfer für eine Versichertengruppe, die teilweise infolge von Renten und Kapitaleinkünften dieser Unterstützung nicht mehr bedarf. Dabei verkennt der Rat nicht, daß die heutigen Rentner in der Phase ihrer Erwerbstätigkeit die Gesundheitsversorgung der damals alten Menschen mitfinanzierten und im Sinne des Generationenvertrages ein Anrecht auf eine analoge Unterstützung durch die nun erwerbstätige Bevölkerung besitzen. Andererseits führt nicht nur die demographische Entwicklung zu einer im Zeitablauf steigenden Belastung der erwerbstätigen Bevölkerung, sondern auch die zunehmende Behandlungsintensität, die älteren Menschen mit dem Ergebnis einer Erhöhung ihrer Lebenserwartung und Lebensqualität heute und in Zukunft zugute kommen soll. Unter Berücksichtigung eines angemessenen bzw. zumutbaren Solidaropfers hält es der Rat auch im Sinne des Generationenvertrages für angemessen, daß sich die Bemessungsgrundlage der GKV-Beiträge für freiwillig und pflichtversicherte Rentner künftig auf alle Einkunftsarten erstreckt. Leistungsfähigkeitsüberlegungen und Äquivalenzaspekte sprechen gleichermaßen für diesen Vorschlag einer hälftigen Einbeziehung der bisher nicht versicherungspflichtigen Einnahmen der Rentner.

Auftrag zum Sondergutachten

Gesetzliche Krankenversicherung im Jahr 2000 - Solidarität und Eigenverantwortung bei sich ändernden gesundheits- und sozialpolitischen Rahmenbedingungen

Der Bundesminister für Gesundheit beauftragt den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, ein Sondergutachten vorzulegen, in dem folgende Fragen einer langfristigen Ausgestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung geprüft werden:

1. Inwieweit haben die demographische Entwicklung, Veränderungen der Morbidität der Bevölkerung, der medizinische und der medizinisch-technische Fortschritt Auswirkungen auf die Inanspruchnahme und das Angebot von Gesundheitsleistungen? Wie beeinflussen diese Faktoren die Gesundheitsausgaben? Entsprechen die heutigen Angebots- und Honorarstrukturen den gewandelten Rahmenbedingungen?
2. Sind bei der solidarischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung aus weitgehend von Arbeitnehmern und Arbeitgebern aufzubringenden Pflichtbeiträgen angesichts veränderter Einkommens- und Vermögensverhältnisse sowie sich wandelnder Lebensgewohnheiten ethisch vertretbare medizinische Prioritäten und Grenzen bei den Leistungen der Solidargemeinschaft erforderlich?

Inwieweit spiegelt das Lohn- und Arbeitseinkommen als Grundlage für die Beitragsbemessung die Leistungsfähigkeit der Mitglieder der Solidargemeinschaft wider? Inwieweit ist dabei auch mittelfristig noch von unterschiedlichen Voraussetzungen in den alten und den neuen Bundesländern auszugehen?

3. Welche Leistungen sind auch nach dem Jahr 2000 erforderliche Bestandteile der sozialen Krankenversicherung? Erscheint bei bestimmten Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung unter Berücksichtigung der Grundsätze der Solidarität und der Subsidiarität eine Absicherung aus gesundheits- und sozialpolitischer Sicht nicht mehr gerechtfertigt? Lassen sich andere Leistungen benennen, die neu von den Krankenkassen übernommen werden sollten?

Können bestimmte Gesundheitsleistungen und gesundheitliche Risiken auf freiwilliger Basis in der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckt werden? Wie läßt sich bei einer Finanzierung von bestimmten Gesundheitsleistungen außerhalb eines Pflichtleistungskatalogs der Krankenkassen eine wirtschaftliche Leistungserbringung und sparsame Leistungsanspruchnahme sicherstellen?

4. Wie können verstärkte Anreize zur ursachenbezogenen Prävention und zu gesundem Lebensstil in das System der gesetzlichen Krankenversicherung eingebaut werden? Welche Grenzen stellen sich für ein zunehmend breiter gefächertes Angebot an Vorsorgeleistungen bei Finanzierung dieser Leistungen aus Pflichtbeiträgen?

5. Welchen medizinischen und gesundheitspolitischen Anforderungen sollten bestehende und neue Diagnose- und Therapieverfahren im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung und der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen?

6. Welche Auswirkungen wird der EG-Binnenmarkt auf das Angebot und die Inanspruchnahme sowie die Kosten und Preise für Gesundheitsleistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung haben?

Der Sachverständigenrat wird gebeten, einen Sachstandsbericht im Dezember 1993 und den Endbericht mit Empfehlungen für den Gesetzgeber im Dezember 1994 vorzulegen.

Für die Dauer des Sondergutachtens wird der Sachverständigenrat von der Verpflichtung zur Vorlage der Jahresgutachten (gem. Errichtungserlaß v. 12.11.1992, § 2 Abs. 1) entbunden.

Bonn, den 14.01.1993

Der Bundesminister für Gesundheit

gez. Horst Seehofer

**Erlaß über die Errichtung eines Sachverständigenrates für die Konzer-
tierte Aktion im Gesundheitswesen beim Bundesminister für Gesundheit
vom 12. November 1992, zuletzt geändert am 17. August 1994**

§ 1

Auf der Grundlage von § 142 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch wird ein Sachverständigenrat für die Konzer- tierte Aktion im Gesundheitswesen (Rat) gebildet. Der Rat hat

1. die Entwicklung in der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizini- schen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu analysieren,
2. unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhan- dener Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versor- gungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen zu entwickeln,
3. Vorschläge für medizinische und ökonomische Orientierungsdaten vorzu- legen sowie
4. Möglichkeiten der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens auf- zuzeigen.

§ 2

(1) Der Rat erstattet Jahresgutachten, die dem Bundesminister für Gesundheit bis zum 15. Dezember vorgelegt werden sollen; die Gutachten werden zu- sammen mit den sonstigen Daten i.S. des § 142 Abs. 1 SGB V der Konzer- tierten Aktion zur Beratung übermittelt.

(2) Anstelle oder ergänzend zu den in Abs. 1 genannten Gutachten kann der Bundesminister für Gesundheit den Rat mit der Erstellung von Sondergutach- ten beauftragen.

(3) Die Gutachten des Rates werden durch den Bundesminister für Gesundheit veröffentlicht.

§ 3

Der Rat ist an den durch diesen Erlaß begründeten Auftrag gebunden und im übrigen in seiner Tätigkeit unabhängig.

§ 4

(1) Der Rat besteht aus sieben Mitgliedern, die über besondere medizinische oder wirtschafts- oder sozialwissenschaftliche oder sozialrechtliche Kenntnisse und Erfahrungen verfügen müssen.

(2) Die Mitglieder des Rates dürfen weder der Regierung oder einer gesetzge- benden Körperschaft des Bundes oder eines Landes, noch dem öffentlichen Dienst des Bundes, eines Landes oder einer sonstigen juristischen Person des öffentlichen Rechts, es sei denn als Hochschullehrer oder als Mitarbeiter eines wissenschaftlichen Instituts, angehören. Sie dürfen ferner nicht Repräsentant eines Wirtschaftsunternehmens, eines Wirtschaftsverbandes, einer Organisa- tion der Arbeitgeber oder Arbeitnehmer oder einer Organisation im Ge-

sundheitswesen sein oder zu diesen in einem ständigen Dienst- oder Geschäftsbesorgungsverhältnis stehen.

§ 5

(1) Die Mitglieder des Rates werden vom Bundesminister für Gesundheit unter Beteiligung der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen für die Dauer von vier Jahren berufen; die Mitgliedschaft ist auf die Person bezogen. Wiederberufung ist zulässig.

(2) Die Mitglieder können schriftlich mit einer Frist von 3 Monaten dem Bundesminister für Gesundheit gegenüber ihr Ausscheiden aus dem Rat erklären.

(3) Scheidet ein Mitglied vorzeitig aus, so wird ein neues Mitglied für die Dauer der Amtszeit des ausgeschiedenen Mitglieds berufen.

(4) Der Bundesminister für Gesundheit hört den Rat, bevor er neue Mitglieder beruft.

(5) Der Rat schlägt nach geheimer Wahl aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und einen stellvertretenden Vorsitzenden vor, die vom Bundesminister für Gesundheit für die Dauer von 2 Jahren berufen werden.

§ 6

(1) Entscheidungen des Rates werden mit der Mehrheit der Mitglieder gefällt.

(2) Vertritt eine Minderheit bei der Abfassung der Gutachten nach § 2 eine abweichende Auffassung, so kann sie diese in dem Gutachten zum Ausdruck bringen.

§ 7

(1) Der Vorsitzende vertritt den Rat nach außen. Er beruft den Rat zu den Sitzungen ein und teilt dabei die Tagesordnung mit.

(2) Auf Wunsch des Bundesministers für Gesundheit oder von drei Mitgliedern hat der Vorsitzende den Rat einzuberufen.

(3) Die Beratungen sind nicht öffentlich. Das Bundesministerium für Gesundheit kann an den Sitzungen des Rates teilnehmen.

§ 8

Der Rat gibt sich eine Geschäftsordnung; sie bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

§ 9

(1) Der Bundesminister für Gesundheit kann in Abstimmung mit dem Rat weitere Sachverständige beauftragen, an der Begutachtung medizinischer, ökonomischer, sozialwissenschaftlicher und sozialrechtlicher Spezialfragen mitzuwirken.

(2) Der Rat kann zu einzelnen Beratungsthemen im Rahmen der ihm zur Verfügung stehenden Mittel weitere Sachverständige hinzuziehen.

(3) Der Rat kann die für das Gesundheitswesen verantwortlichen Stellen hören.

§ 10

Der Rat kann sich an die Behörden des Bundes und der Länder, die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und ihre Verbände sowie die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie weitere Verbände und Institutionen im Gesundheitswesen um Unterstützung im Rahmen ihrer Zusammenarbeit nach § 141 SGB V wenden.

§ 11

Der Bundesminister für Gesundheit stellt dem Rat zur Erfüllung seiner Aufgaben eine Geschäftsstelle zur Verfügung.

§ 12

Die Mitglieder des Rates und die Mitarbeiter der Geschäftsstelle sind zur Verschwiegenheit über die Beratungen und die vom Rat als vertraulich bezeichneten Beratungsunterlagen verpflichtet. Die Pflicht zur Verschwiegenheit bezieht sich auch auf Informationen, die dem Rat gegeben und als vertraulich bezeichnet werden.

§ 13

Die Mitglieder des Rates erhalten als Honorar eine feste Vergütung sowie Ersatz ihrer Reisekosten; das nähere regelt ein Werkvertrag.

§ 14

(1) Bei der erstmaligen Berufung der Ratsmitglieder nach Inkrafttreten dieses Erlasses werden acht Ratsmitglieder berufen, davon fünf Mitglieder bis 30. Juni 1995 und drei Mitglieder bis 31. Dezember 1996.

(2) Zum 1. Juli 1995 werden neben den berufenen drei Ratsmitgliedern vier weitere Ratsmitglieder bis zum 31. Dezember 1998 berufen, davon ein Mitglied, das dem Rat in der abgelaufenen Berufungsperiode nicht angehörte. Ab 1. Januar 1997 wird jeweils mindestens ein Mitglied berufen, das dem Rat in der abgelaufenen Berufungsperiode nicht angehörte.

Bonn, den 17. August 1994

Der Bundesminister für Gesundheit

gez. Horst Seehofer

**Mitglieder des Sachverständigenrates für die
Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen**

Prof. Dr. rer. pol. Klaus-Dirk Henke,
Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre,
insbesondere Finanzwissenschaft,
Universität Hannover (Vorsitzender)

Prof. Dr. med. Wilhelm van Eimeren,
Institut für medizinische Informatik und
Systemforschung des GSF-Forschungszentrums für
Umwelt und Gesundheit GmbH, Oberschleißheim
(stellvertretender Vorsitzender)

Prof. Dr. med. Astrid Franke,
Medizinische Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität,
Zentrum für Innere Medizin,
Klinik für Hämatologie/Onkologie, Magdeburg

Prof. Dr. rer. pol. Günter Neubauer,
Universität der Bundeswehr München, Neubiberg

Prof. Dr. med. Peter C. Scriba,
Medizinische Klinik, Klinikum Innenstadt,
Ludwig-Maximilians-Universität, München

Prof. Dr. med. Ernst-Eberhard Weinhold, Nordholz

Prof. Dr. rer. pol. Eberhard Wille,
Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, insbesondere
Planung und Verwaltung öffentlicher Wirtschaft
Universität Mannheim

Prof. Dr. rer. pol. Detlev Zöllner, Bonn