

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0248(98)
vom 30.06.03

15. Wahlperiode**

Stellungnahme

- 1. zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
“Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems”
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz - GMG)
Drucksache 15/1170 vom 16. Juni 2003**
- 2. zu dem Antrag der Abgeordneten Annette Widmann-Mauz,
Andreas Storm, weitere Abgeordnete und der Fraktion der CDU/CSU,
“Für ein freiheitliches, humanes Gesundheitswesen – Gesundheitspolitik
neu denken und gestalten”
Drucksache 15/1174 vom 17. Juni 2003**
- 3. zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detlef Parr,
Dr. Heinrich L. Kolb, weitere Abgeordnete und der Fraktion der FDP,
“Mut zur Verantwortung - für ein freiheitliches Gesundheitswesen”
Drucksache 15/1175 vom 18. Juni 2003**

Inhalt

<u>Zusammenfassung</u>	3
<u>I. Beurteilungskriterien</u>	5
<u>1. Mehr Freiheit und Eigenverantwortung der Versicherten</u>	5
<u>(a) Wahlfreiheit beim Versicherungsumfang</u>	5
<u>(b) Wahlfreiheit gegenüber der Krankenversicherung: Von der gesetzlichen Krankenkasse zur Versicherungspflicht</u>	6
<u>(c) Abkopplung vom Beschäftigungsverhältnis</u>	6
<u>2. Mehr Wettbewerb der Versicherungen und Leistungserbringer</u>	7
<u>(a) Kosten- und Beitragssenkungen durch Wettbewerb</u>	7
<u>(b) Motivation zur Prävention</u>	7
<u>(c) Mehr Innovationen durch Wettbewerb</u>	8
<u>II. Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen von SPD und Bündnis 90/ Die Grünen sowie den Anträgen der Fraktionen von CDU/CSU und FDP</u>	9
<u>1. Regelungen zur Verbesserung der Qualität der Versorgung</u>	9
<u>2. Veränderungen bei den Versorgungsstrukturen</u>	10
<u>3. Reform des ärztlichen Vergütungs- und Abrechnungssystems</u>	11
<u>4. Änderungen bei der Arzneimittelversorgung</u>	11
<u>5. Neuordnung der Finanzierung</u>	12
<u>6. Reform der kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen und Schaffung effizienterer Konfliktlösungsmechanismen</u>	12
<u>7. Änderungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung und der Zahntechnik</u> ...	13
<u>8. Änderungen in der Heil- und Hilfsmittelversorgung</u>	13
<u>9. Stärkung der Patientensouveränität</u>	13

Zusammenfassung

Der BDI erwartet, dass die Reform des Gesundheitswesens zwei Zielen gerecht wird:

- der Senkung der Lohnnebenkosten im Interesse von mehr "Netto aus dem Brutto" und im Interesse von mehr Beschäftigung und
- einer exzellenten Versorgung der Versicherten und Patienten durch Innovationen für mehr Lebensqualität und höhere Lebenserwartung.

Wie aus der Begründung des Entwurfes eines Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes von SPD und Bündnis 90/Die Grünen hervorgeht, sehen die Regierungsfractionen die Reform des Gesundheitswesens als längerfristigen Prozess, der keineswegs in diesem Jahr abgeschlossen sein wird.

Dennoch könnte die Gesundheitsreform schon jetzt einen guten Schritt nach vorn nehmen, wenn die richtigen Elemente aus den Vorschlägen der Regierungs- und Oppositionsparteien ausgewählt und zielgerecht zusammengesetzt werden.

Die folgenden Punkte sollten Ecksteine einer Reform sein, die diesen Namen verdient:

- Die Herausnahme versicherungsfremder Leistungen aus dem Leistungskatalog macht die Krankenkassen wieder zu dem, was sie sein sollen, und ist geeignet, die Beiträge zu stabilisieren.
- Der Vorschlag der CDU/CSU und der FDP für eine am Preis orientierte prozentuale Zuzahlung von 10 % wird den Preiswettbewerb fördern und Kosten reduzieren, weil er den Patienten einen Anreiz zu Preisvergleichen gibt und die Eigenverantwortung erhöht. Das gilt trotz der Begrenzung der Zuzahlungen auf zwei Prozent vom Einkommen. Es genügt in der Regel für den Wettbewerb, wenn ein fühlbarer Anteil der Kunden auf die Preise achtet.
- Es müssen jedoch die Vorschläge der Regierungsfractionen für eine weitgehende, wettbewerbskonforme Organisationsfreiheit auf den Gesundheitsmärkten hinzukommen, um effizientere Strukturen zu ermöglichen. Dazu gehört der Mehrbesitz von Apotheken und der Versandhandel für Arzneimittel.
- Dazu gehört auch die Errichtung weiterer Krankenkassen. In Betracht kommen vor allem Betriebskrankenkassen privater Versicherungen, um der marktbeherrschenden Stellung der A-OKs etwas entgegenzusetzen. Ein Einrichtungsmoratorium ist abzulehnen.
- In die gleiche Richtung zielt der Abschluss von Einzelverträgen, die längerfristig das System der Kollektivverträge zwischen Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen ablösen sollten.
- Der Übergang von der gesetzlichen Krankenkasse zur Versicherungspflicht für zahnärztliche Leistungen, wie ihn CDU/CSU und FDP vorschlagen, ist richtig und ein Modell für die gesamte Krankenversicherung. Durch den Übergang zur Pflichtversicherung kommt der Wett-

bewerb der Versicherungen um die Versicherten in Schwung. Der Wettbewerb mit (niedrigeren) Versicherungsbeiträgen auf der einen Seite und (höheren) Versicherungsleistungen auf der anderen Seite wird – von den Versicherungen ausgehend – auch den Wettbewerb unter den Leistungserbringern intensivieren.

- Die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrages auf 6,5 % und seine (steuerfreie) Auszahlung an die Arbeitnehmer ist ein wichtiger Schritt zur Abkoppelung der Sozialversicherung von Beschäftigungsverhältnissen.

Noch ist das Gesundheitswesen in Deutschland zu träge und zu wenig innovativ. Deutschland wird auf diesem Feld nur dann an Dynamik gewinnen, wenn die Politik durch Entbürokratisierung, Deregulierung und Liberalisierung der Gesundheitsmärkte handelt. Wir brauchen mehr Freiheit und Wettbewerb. Nur so ist die Vision „Vitalität und Gesundheit bis ins hohe Alter“ erreichbar – im Dienste von Solidarität, individueller Lebensqualität und exzellenter Wertschöpfung in Deutschland.

I. Beurteilungskriterien

Der BDI erwartet, dass die Reform des Gesundheitswesens zwei Zielen gerecht wird:

- der Senkung der Lohnnebenkosten im Interesse von mehr "Netto aus dem Brutto" und im Interesse von mehr Beschäftigung und
- einer exzellenten Versorgung der Versicherten und Patienten durch Innovationen für mehr Lebensqualität und höhere Lebenserwartung.

Das dient gleichzeitig der Positionierung Deutschlands auf einem der wichtigsten Wachstumsmärkte der Zukunft. Bereits jetzt ist jeder zehnte Erwerbstätige im Gesundheitssektor beschäftigt. Deutschland muss in diesem Bereich eine höhere Wertschöpfung erzielen und zum "Kompetenzzentrum Gesundheit" für eine vitale Gesellschaft werden.

Zurzeit leidet das deutsche Gesundheitssystem an zwei Problemen: zu hohe, die Solidarität überstrapazierende Pflichtbeiträge mit gravierenden Konsequenzen für die Beschäftigung und zu wenig Innovationen. Beides hängt zusammen. Abhilfe bieten nur

- mehr Eigenverantwortung der Versicherten und
- mehr Wettbewerb der Versicherungen und Leistungserbringer.

Diese zwei Kriterien lassen sich wie folgt konkretisieren:

1. Mehr Freiheit und Eigenverantwortung der Versicherten

Der Einzelne muss in die Lage versetzt werden, ein höheres Maß an Mitverantwortung im Gesundheitssystem zu übernehmen – sowohl als Versicherter wie als Patient. Er muss dabei mehr „Konsumentensouveränität“ ausüben können. Der Versicherte muss seinen Versicherungsschutz individuell gestalten, alternative Versorgungsangebote in Anspruch nehmen können und zu präventiven Maßnahmen motiviert sein. Wahltarife müssen ermöglichen, dass die medizinische Versorgung tatsächlich auf die unterschiedlichen Bedürfnisse und Wünsche der Bürger zugeschnitten wird.

Der Transparenz und der Konsumentensouveränität kann es dienen, wenn der Versicherte die Arztrechnungen selber erhält und überprüfen kann, ob die berechneten Leistungen tatsächlich erbracht wurden. Es kann jedoch auch sinnvoll sein, dass der Versicherte diese Aufgabe einem kompetenten Dienstleister überlässt, wie es die Krankenversicherungen sein sollten. Die Krankenversicherung wird diese Aufgabe umso besser erfüllen, je mehr sie mit Beitragssätzen und Leistungen im Wettbewerb mit anderen Versicherungen steht.

(a) Wahlfreiheit beim Versicherungsumfang

Jeder muss sich darauf verlassen können, bei lebensbedrohlichen und kostenträchtigen Erkrankungen hinreichend abgesichert zu sein. Gerade in schweren Fällen muss gewährleistet sein, dass die innovativsten Therapien zur Anwendung kommen. Umgekehrt ist selbst zu tragen, was selbst getragen werden kann. Für den Skiunfall zum Beispiel kann sich jeder, der vorhersehbar ein Sonderrisiko eingeht, extra versichern. Die entsprechende Einschränkung des Pflichtversicherungsumfangs be-

deutet eine Konzentration auf die unbedingt notwendige Solidarität. Eine „Überforderung“ der Solidargemeinschaft wird auf diese Weise vermieden.

Ebenso muss jeder Versicherte selbst entscheiden können, inwieweit er so genannte versicherungsfremde Leistungen, die nichts mit der Gesundheitsvorsorge zu tun haben wie z. B. das Sterbegeld, in Anspruch nehmen will. Das kann den Versicherungsumfang erheblich reduzieren.

Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen hat auch damit zu tun, dass zu viele Versicherte sich nicht solidarisch verhalten: Sie vernachlässigen die Prävention und produzieren vermeidbare Kosten. Es liegt im Interesse echter Solidarität, dass die Versicherungen besonders günstige Tarife oder Bonusregelungen anbieten, die diejenigen Bürger wählen können, die zur Prävention im Verhalten, in der Ernährung oder bei der Früherkennung bereit sind.

(b) Wahlfreiheit gegenüber der Krankenversicherung: Von der gesetzlichen Krankenkasse zur Versicherungspflicht

Ein wesentlicher Aspekt von Eigenverantwortung und Konsumentensouveränität besteht darin, dass der Bürger die Versicherung frei wählen kann. Entscheidend ist die Versicherungspflicht für schwere, vom Einzelnen oder seiner Familie nicht tragbare Risiken – und nicht die Frage, ob gesetzliche oder private Krankenversicherung. Wäre die Krankheit erst mit dem Auto erfunden worden, gäbe es sicher keine gesetzlichen Krankenkassen. Niemand bestreitet, dass die Haftpflichtversicherung für Kraftfahrzeughalter erforderlich ist. Aber zu keinem Zeitpunkt hat man dafür eine gesetzliche Kasse verordnet – die private Versicherungswirtschaft war von vorn herein in der Lage, das Problem zu lösen. Heute liegt es im Interesse der Deregulierung der Gesundheitsmärkte, auch in der Krankenversicherung ausschließlich auf die innovative Kraft des Wettbewerbs der Krankenversicherer zu setzen. Die gesetzlichen Krankenkassen sollten – wie einst Bundespost und Bundesbahn – in private Unternehmen mutieren können.

(c) Abkopplung vom Beschäftigungsverhältnis

Das Problem der beschäftigungsmindernden Wirkung hoher, die Bruttolöhne aufblähende Pflichtbeiträge kann dadurch gemindert werden, dass der Pflichtversicherungsumfang auf etwa 10 Prozent des Bruttoverdienstes reduziert wird. Je mehr Wettbewerb es bei Versicherungen und Leistungserbringern gibt, desto höher wird die damit finanzierbare Versicherungsleistung sein.

Gerade unter dem Aspekt negativer Beschäftigungswirkungen hoher Lohnzusatzkosten macht es jedoch keinen Sinn, es bei den Löhnen als Bezugsbasis der Beiträge zu belassen. Es ist vielmehr zweckmäßig, die Versicherungspflicht vom Beschäftigungsverhältnis zu entkoppeln. Versicherungsbeiträge werden dann offensichtlich zu dem, was sie in Wirklichkeit sind: Ein Bestandteil privater Lebenshaltungskosten.

Gegen eine Abkopplung wird oft eingewandt, dass dadurch die Unternehmen von ihren „solidarischen“ Beitragspflichten entlastet würden. Doch dies ist eine „Beitragsillusion“. Jeder Beschäftigte muss an seinem Arbeitsplatz auf Dauer nicht nur seinen Bruttolohn erwirtschaften, sondern auch die Lohnzusatzkosten, die das Unternehmen für ihn abführt, ohne dass sie auf der Lohnabrechnung sichtbar werden. Alle diese Kosten gehören zu „seinem“ Entgelt. Eine Abkopplung würde dementsprechend bedeuten, dass ihm auch diese Lohnbestandteile ausgezahlt werden und er davon seine Beiträge entrichtet.

Der Versicherungsbeitrag wird dadurch für den einzelnen Versicherten in voller Höhe sichtbar. Das ist erforderlich für mehr Transparenz und die kraftvolle Ausübung der Konsumentensouveränität im Gesundheitssystem. Der Versicherungsbeitrag kann damit erst recht zu einem entscheidenden Parameter im Wettbewerb der Krankenversicherungen werden, wenn es dem Versicherten freisteht, seine Versicherung frei zu wählen.

Zu der Abkopplung gehört, dass an Stelle des Lohnes das gesamte Einkommen oder ein anderes Kriterium der Beitragsbemessung für die Pflichtversicherung zu Grunde gelegt wird. Es können Kopfprämien sein, wenn dem Familienausgleich und anderen Solidarkriterien auf andere Weise, zum Beispiel durch ein Familiensplitting bei der Besteuerung, Rechnung getragen wird. Auch ein Mischsystem mit einem Mindestbeitrag sowie einem mit dem Einkommen steigenden Tarif ist denkbar.

2. Mehr Wettbewerb der Versicherungen und Leistungserbringer

Der höheren Eigenverantwortung der Versicherten muss der intensivere Wettbewerb der Krankenversicherungen und Leistungsanbieter gegenüberstehen. Hochwertige Wahlangebote für die Versicherten erfordern einen funktionierenden Wettbewerb. Durch Wettbewerb werden Ineffizienzen transparent und beseitigt.

(a) Kosten- und Beitragssenkungen durch Wettbewerb

Nach Angaben des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung lassen sich durch Sofortmaßnahmen Rationalisierungen im Gesundheitssystem erzielen, die 2 Prozentpunkten bei den Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung und damit 20 Mrd. € entsprechen. Politische Vorgaben werden dieses Potential nicht mobilisieren können. Wo sie es versuchen, bleiben Innovationen und Motivation zur Leistung auf der Strecke. Nur im Wettbewerb werden die Reserven tatsächlich aufgedeckt und ausgeschöpft werden. Natürlich haben in einem Wettbewerbsystem beitragsstrebende Quersubventionierungen und versicherungsfremde Leistungen keinen Platz.

(b) Motivation zur Prävention

Die Versicherungen könnten insbesondere mit Bonusmodellen zu mehr Prävention motivieren, ohne dabei die Konsumentensouveränität in Frage zu stellen. Jeder muss das Recht auf eine riskantere Lebensweise haben, aber er kann nicht verlangen, dass das die Solidargemeinschaft trägt. Riskant kann dabei auch Bewegungsarmut sein, oft der entscheidende Faktor für Diabetes mellitus, dessen Behandlung insgesamt im Jahr über 15 Mrd. Euro erfordert.

Die beste Prävention ist ein gesunder Lebensstil sowie die Veränderung des Verhaltens in Richtung eines gesünderen Lebensstils. Zu einem gesunden Lebensstil gehören gesunde Ernährung, ausreichend Bewegung sowie die Vermeidung von Rauchen.

Die Aufklärungskampagnen der vergangenen Jahrzehnte haben zwar Wissen vermittelt, aber leider nur wenig Erfolge im Hinblick auf Verhaltensänderungen erzielt. Erfolgversprechend sind Ansätze, bei denen Betroffene auch finanziell zu Verhaltensänderungen motiviert werden. Dem wettbewerbli-

chen Einfallsreichtum in einem gut funktionierendem Gesundheitssystem sind hier kaum Grenzen gesetzt. Warum sollten z. B. nicht Erwerber des Deutschen Sportabzeichens einen Bonus bekommen?

Eine wichtige Form der Prävention sind die medizinischen Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen. Sie werden bisher nicht ausreichend genutzt. Die Akzeptanz für Früherkennungsmaßnahmen sollte durch Aufklärung in Schule, Universität und Gesellschaft erhöht werden. Auch in diesen Fällen reicht jedoch das Wissen alleine nicht aus; vielmehr ist eine gezielte Motivation durch finanzielle Belohnung zum Beispiel in Form von Beitragsboni oder die Übernahme von mehr Risiken durch die Krankenversicherung bei der Teilnahme an Früherkennungsmaßnahmen erforderlich. Die Schweiz hat hier sehr gute Erfahrungen in der Zahnmedizin gesammelt.

(c) Mehr Innovationen durch Wettbewerb

Die Krankenversicherungen können im Wettbewerb von reinen Patienten- und Budgetverwaltern zu qualitativ hochwertigen Kundendienstleistern werden. Das kann sie regelrecht zu Innovationstreibern machen, indem sie mehr Qualität und Leistungstransparenz bei Krankenhäusern und Ärzten aushandeln und mit ihnen Einzelverträge abschließen. Die Aufnahme neuer Medizinprodukte und Behandlungsmethoden insbesondere im ambulanten Bereich würde dadurch entbürokratisiert und beschleunigt, die Entscheidungsprozeduren der Bundesausschüsse über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden würden entfallen.

Wenn Deutschland seinen Menschen Gutes tun und wieder Kompetenzzentrum Gesundheit für die Welt werden will, muss es viel mehr Raum für Investitionen und Innovationen geben. Investitionen und Innovationen dürfen nicht wegen kurzfristiger Einsparziele blockiert werden, wenn mittel- oder langfristig Vorteile zu erwarten sind. Die Gesundheitspolitik der letzten Jahre und die angekündigten Reformvorschläge waren und sind ausschließlich auf Kostendämpfung gerichtet. Die Politik hat dabei die Qualität der Versorgung und die volkswirtschaftlichen Aspekte weitgehend aus den Augen verloren. Das ist noch umkehrbar. Aber es muss rasch geschehen.

Noch ist das Gesundheitswesen in Deutschland zu träge und zu wenig innovativ. Deutschland wird auf diesem Feld nur dann an Dynamik gewinnen, wenn die Politik durch Entbürokratisierung, Deregulierung und Liberalisierung der Gesundheitsmärkte handelt. Wir brauchen mehr Freiheit und Wettbewerb. Nur so ist die Vision „Vitalität und Gesundheit bis ins hohe Alter“ erreichbar – im Dienste von Solidarität, individueller Lebensqualität und exzellenter Wertschöpfung in Deutschland.

II. Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen von SPD und Bündnis 90/ Die Grünen sowie den Anträgen der Fraktionen von CDU/CSU und FDP

Wie aus der Begründung des Gesetzentwurfes von SPD und Grünen hervorgeht, sehen die Regierungsfractionen die Reform des Gesundheitswesens als längerfristigen Prozess, der keineswegs in diesem Jahr abgeschlossen sein wird.

Dennoch könnte die Gesundheitsreform schon jetzt einen guten Schritt nach vorn nehmen, wenn die richtigen Elemente aus den Vorschlägen der Regierungs- und Oppositionsparteien ausgewählt und zielgerecht zusammengesetzt werden.

Aus dieser Perspektive nimmt der BDI zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen von SPD und Grünen sowie zu den Anträgen von CDU/CSU und FDP in der Reihenfolge der Fragen Stellung, wie sie der Anhörung des Bundestagsausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 23. bis zum 30. Juni 2003 zugrunde liegen:

1. Regelungen zur Verbesserung der Qualität der Versorgung

insbesondere Maßnahmen zur Steigerung der Qualität der medizinischen Versorgung und Einrichtung eines Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin

Der BDI lehnt das im Gesetz für Modernisierung des Gesundheitssystems (GMG) vorgesehene "Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin" ab.

Nach der Begründung zum Gesetzentwurf soll es zu den Schwerpunkten des Zentrums gehören, Empfehlungen für eine zeitgemäße Fortschreibung des Leistungskatalogs in der gesetzlichen Krankenversicherungen sowie Leitlinien und pflegerische Standards für ausgewählte Krankheiten zu erarbeiten.

Zentral erarbeitete Leitlinien werden jedoch zu einer weit verbreiteten Referenzbasis werden, die den Stand der Kunst – in Intervallen – festschreiben. Dies verhindert die gewünschte Innovationsdynamik.

Leitlinien könnten dem gegenüber durchaus von einzelnen Krankenversicherungen oder Leistungserbringern erarbeitet werden, die miteinander im Wettbewerb stehen. Dann und nur dann können sie zur Qualitätssicherung, zur Transparenz und gleichzeitig zum Innovationswettbewerb im Interesse der Versicherten beitragen.

In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass der Gesetzentwurf laut seiner Begründung „ein wichtiger, aber nicht der abschließende Meilenstein im Reformprozess“ darstellt. Auch aus diesem Grunde sollten keine festen Strukturen – wie zum Beispiel das o. g. Zentrum – geschaffen werden, die schwer wieder zu revidieren sind. Das Zentrum passt nicht zu dem anzustrebenden wettbewerblichen Gesundheitssystem.

Das wird durch die weiteren Aufgaben bestätigt, die für das Zentrum vorgesehen sind.

Eine weitere Aufgabe des Zentrums soll darin bestehen, Nutzen-Kosten-Bewertungen von Arzneimitteln (sog. „Vierte Hürde“) vorzunehmen. Eine derartige zentrale Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln ist sowohl aus medizinischer wie aus wirtschaftspolitischer Sicht völlig verfehlt.

Eine generalisierende Nutzen-Prüfung wird keine neuen Erkenntnisse bringen. Es ist zu befürchten, dass der Patientenzugang zu innovativen Arzneimitteln durch das vorgenannte Regulierungsinstrument erheblich gefährdet wird. Diese Befürchtung wird durch das Institut NICE (National Institute für Clinical Excellence), dass seit 1999 eine standardisierte Bewertung von Arzneimittel für das staatliche Gesundheitssystem durchführt, bestätigt. Denn das aufwändige Bewertungsverfahren des Instituts verzögerte in den vergangenen drei Jahren die Verordnung innovativer Arzneimittel massiv. Ferner ist das im Gesetzentwurf vorgesehene „top-down-Verfahren“ der Arzneimittelbewertung, ohne Mitwirkung der Patienten und Hersteller, im übrigen auch nicht sachgerecht.

Das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfAM) ist zudem ein negatives Beispiel für zu viel Bürokratie und Kosten und zu wenig Wettbewerb.

Natürlich müssen auch Medikamente und Medizinprodukte einer Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen. Es ist aber wichtig, dass dies durch einzelne, im Wettbewerb miteinander stehende Krankenversicherungen und/oder die einzelnen Patienten geschieht, die im eigenen Interesse und im Interesse der im Wettbewerb umworbenen Versicherten zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen können und somit Innovationen in unterschiedlichem Maße eine Chance geben, statt sie zentral „abzubügeln“. Wenn es nicht zu unterschiedlichen, in der Gesundheitsversorgung wirksamen Entscheidungen kommen kann, wird „Wettbewerb als Entdeckungsverfahren“ außer Kraft gesetzt.

2. Veränderungen bei den Versorgungsstrukturen

u. a. Zulassung von Gesundheitszentren zur vertragsärztlichen Versorgung und Einbeziehung in das Einzelvertragssystem, Einbeziehung der fachärztlichen Versorgung in das Einzelvertragssystem, Förderung integrierter Versorgungsformen, Teilöffnung von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung

In einem wettbewerblich organisierten Gesundheitssektor müssen sich neue Organisationsformen herausbilden können, die allerdings den Maßstäben des Wettbewerbsrechts genügen müssen. Eine Zulassung von Gesundheitszentren zur vertragsärztlichen Versorgung und die Einbeziehung in Einzelvertragssysteme ist richtig. Ebenfalls befürwortet es der BDI, den Krankenhäusern die ambulante Versorgung zu erlauben. Auch die Abgabe von Medikamenten durch Ärzte sollte möglich sein. Die bisherige Trennung zwischen medizinischer Versorgung im Krankenhaus und medizinischer Versorgung durch niedergelassene Ärzte sollte nicht festgeschrieben sein. Es muss dem Wettbewerbsprozess überlassen bleiben, wo sich welche Angebotsformen halten oder neue durchsetzen werden. Bei einer sachlichen Analyse der Behandlungsprozesse (Prävention, Diagnose, Therapie, Nachsorge, Rehabilitation und Homecare) ist die unabdingbare Trennung nicht sinnvoll. Sie kann oft vermeidbaren Aufwand verursachen. Die Versorgung sollte dort erfolgen, wo die entsprechende Qualität am wirtschaftlichsten erbracht werden kann. Ein leistungs- und qualitätsorientiertes Vergütungssystem der einzelnen Versicherung wird höchstwahrscheinlich eine Hand-in-Hand-Arbeit der Leistungserbringer fördern. Dies darf nicht durch gesetzliche Regelungen verhindert werden.

Im Übrigen verhindern die heute existierenden sektoralen Budgets die Anpassung von Strukturen und Kapazitäten und müssen deshalb abgeschafft werden.

3. Reform des ärztlichen Vergütungs- und Abrechnungssystems

Das Vergütungs- und Abrechnungssystem sollte transparent gestaltet werden. Krankenversicherungen und Patienten sollten deutlich erkennen können, worin die Behandlung bestand und wie viel hierfür im einzelnen berechnet worden ist.

Das derzeitige Punktsystem ist nicht sachgerecht. Vielmehr sollten Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte für die erbrachten Leistungen eine leistungsorientierte Vergütung erhalten. Dafür kann es Richtlinien der einzelnen Versicherungen geben, die den Verträgen mit Leistungserbringern als Standard zu Grunde gelegt werden. Die Vergütung muss als tatsächlicher Geldpreis in Euro und nicht als relativer Preis in Form von Punkten gezahlt werden. Nur so ist eine Leistungsorientierung möglich.

Bestimmende Faktoren für die Preisfindung müssen Qualität und Art der erbrachten Leistung sein. Für Leistungspakete, die zu vergleichbarer Qualität z. B. sowohl im Krankenhaus als auch im Niederlassungssektor erbracht werden können, sollten im Prinzip gleiche Preise gezahlt werden. Es muss jedoch den Versicherungen gerade in einem System von Einzelverträgen erlaubt sein, bei neuen oder zu verlängernden Verträgen Preiszugeständnisse anzustreben. Dadurch entsteht ein Leistungswettbewerb der Leistungserbringer, der den Einsatz kostensparender und innovativer Behandlungsmethoden fördert und die Effizienz der Gesundheitsversorgung permanent erhöht.

4. Änderungen bei der Arzneimittelversorgung

insbesondere Liberalisierung der Arzneimittelpreisverordnung, Ausweitung des gesetzlichen Rahmens für Vereinbarungen zwischen Arzneimittelherstellern und Krankenkassen über Rabatte auf die Listenpreise von Arzneimitteln, Zulassung des Mehrbesitzes für Apotheken, Zulassung des Versandhandels für Arzneimittel, Flexibilisierung des Vertragsrechts

Eine Liberalisierung der Arzneimittelpreisbildung ist grundsätzlich zu begrüßen, weil sie den Wettbewerb und damit Rationalisierungen wie Innovationen fördert.

Im Kontext des Gesetzentwurfes von SPD und Grünen ist jedoch eine wirkliche Liberalisierung nicht zu erkennen. Das machen Begriffe wie Handelszuschläge, preisunabhängige Zuschläge, preisbezogene Zuschläge etc. in dem Gesetzesvorschlag deutlich. Es wimmelt von Begriffen aus der "Instrumentenkiste" von Staatsdirigismus, Bürokratie und Intervention.

In einem "normalen" Marktgeschehen würde der Wettbewerb ganz anders wirken. Es gäbe nicht nur den Preiswettbewerb zwischen den Arzneimittelherstellern, sondern auch Preiswettbewerb auf der Ebene der Apotheken und des Großhandels.

Dieser Wettbewerb könnte aus der richtigen Kombination von Vorschlägen der Regierungsfractionen wie der CDU/CSU und der FDP wirksam zur Entfaltung kommen.

- Der Vorschlag der CDU/CSU und der FDP für eine am Preis orientierte prozentuale Zuzahlung würde den Preiswettbewerb fördern, weil er den Patienten einen Anreiz zu Preisvergleichen gibt. Das gilt trotz der Begrenzung der Zuzahlungen auf zwei Prozent vom Einkommen. Es genügt in der Regel für den Wettbewerb, wenn ein fühlbarer Anteil der Kunden auf die Preise achtet.
- Es müssen jedoch die Vorschläge der Regierungsfractionen hinzukommen, den Mehrbesitz von Apotheken und den Versandhandel für Arzneimittel uneingeschränkt zulassen.

Eine flächendeckende Versorgung wird dadurch genauso wenig gefährdet wie durch den bereits bestehenden Wettbewerb im Lebensmitteleinzelhandel. In dünner besiedelten Gebieten kann es zu mobilen Verkaufseinrichtungen oder zur Stärkung des Versandhandels kommen. Es muss sich auch im Wettbewerb zeigen, ob die Patienten die Beratung durch die Apotheken so sehr schätzen, dass sie dafür ggf. höhere Preise in Kauf nehmen. Wenn es einen funktionierenden Wettbewerb der Versicherungen um die Versicherten gibt, werden auch sie entsprechend den Präferenzen der Versicherten z. B. in Gebieten mit der Gefahr der Unterversorgung den Apotheken Preise zugestehen, die den Bestand gewährleisten.

In einem solchen funktionierenden Wettbewerbssystem erübrigen sich einheitliche Verhandlungen der gesetzlichen Krankenversicherungen mit den Pharmaherstellern über Rabatte, zumal Pharmahersteller und Krankenversicherungen im Arzneimitteleinzelhandel gar keine direkten Vertragspartner sind. Preisverhandlungen mit den Pharmaherstellern fallen vielmehr in den Wettbewerb des Großhandels und des Einkaufs von Apotheken bzw. Apothekenzusammenschlüssen oder des Versandhandels.

5. Neuordnung der Finanzierung

Neugestaltung der Zuzahlungen sowie der Befreiungsregeln, beitrags- und versichertenrechtliche Veränderungen

Zuzahlungen stärken die Eigenverantwortung und die Motivation zur Prävention. Durch Zuzahlungen wird mehr Kostenbewusstsein erreicht und insgesamt die Effizienz erhöht, um die prinzipiell knappen Ressourcen im Gesundheitswesen optimal einzusetzen.

Gegenüber einer Fülle von wenig transparenten, sehr unterschiedlichen Zuzahlungen je nach Art der Sachleistung, wie sie der Gesetzentwurf der Regierungsfraktion vorsieht, ist das klare Modell der CDU/CSU mit einer 10 %igen Zuzahlung vorzuziehen.

6. Reform der kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen und Schaffung effizienterer Konfliktlösungsmechanismen

Der BDI setzt sich für die Einführung einer Mindestkrankenversicherungspflicht insbesondere für große Risiken ein. Versicherungen hierfür sollten sowohl von den privaten wie den bisherigen gesetzlichen Krankenversicherungen angeboten werden können.

Kassenarten übergreifende Fusionen sind unter diesem Aspekt nur dann ein Problem und damit abzulehnen, wenn dadurch marktbeherrschende Stellungen weiter ausgebaut werden. Die Errichtung weiterer Krankenkassen ist unter Wettbewerbsaspekten erwünscht, ein Errichtungsmoratorium ist abzulehnen. In Zeiten heftigen Strukturwandels machen Haftungsgemeinschaften nach Kassenarten immer weniger Sinn. Stattdessen bieten sich davon unabhängige Formen der Rückversicherung an.

Im Hinblick auf ein System leistungsorientierter Vergütung auf der Basis von (Einzel-) Verträgen auch standardisierter Art der einzelnen Versicherungen mit den einzelnen Leistungsbringern oder Gruppen von Leistungserbringern ist es nicht notwendig, dass der Gesetzgeber weitere spezifische Regeln für die Organisationsstruktur der Kassenärztlichen Vereinigungen erlässt. Dies sollte Angelegenheit der betreffenden Verbände sein.

7. Änderungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung und der Zahntechnik

Der BDI setzt sich für eine Herausnahme der gesamten zahnärztlichen Leistungen aus dem Leistungskatalog der Krankenversicherungen ein – nicht zuletzt, weil hier die Möglichkeiten zur Prävention besonders groß sind, wie das Beispiel der Schweiz unterstreicht.

Der Übergang von der gesetzlichen Krankenkasse zur Versicherungspflicht, wie ihn CDU/CSU und FDP vorschlagen, ist richtig und ein Modell für die gesamte Krankenversicherung. Durch den Übergang zur Pflichtversicherung kommt der Wettbewerb der Versicherungen um die Versicherten in Schwung. Der Wettbewerb mit (niedrigeren) Versicherungsbeiträgen auf der einen Seite und (höheren) Versicherungsleistungen auf der anderen Seite wird – von den Versicherungen ausgehend – auch den Wettbewerb unter den Leistungserbringern intensivieren.

8. Änderungen in der Heil- und Hilfsmittelversorgung

Unabhängig von der Tatsache, ob Leistungserbringer in Verbänden organisiert sind oder nicht, muss zur Wahrung des Gleichheitsgrundsatzes und der Berufsfreiheit allen zugelassenen Leistungserbringern die gleichen Möglichkeiten und Chancen zum individuellen Vertragsabschluss mit Krankenkassen eingeräumt werden. Nur so kann eine flächendeckende Versorgung der Patienten und der qualitätsorientierte Wettbewerb unter Leistungserbringern sichergestellt werden.

Die Versorgung der Patienten muss insgesamt transparenter werden. Die geplante Informationspflicht der Krankenkassen gegenüber Versicherten und Ärzten darf sich nicht allein auf den Preis beschränken, sondern muss auch Umfang des Dienstleistungsangebotes, Qualifikation der Leistungserbringer und Qualität der Hilfsmittel umfassen, um die Vergleichbarkeit der Versorgung zu garantieren.

9. Stärkung der Patientensouveränität

und Ausbau von Rechten, Wahl- und Einflussmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten, Prävention und Selbsthilfe, Verbesserung der Transparenz auf allen Ebenen und Einführung von Patientenquittungen sowie der elektronischen Gesundheitskarte, Datensammlungen, Datenschutz, verstärkte Bekämpfung des Missbrauchs und der Korruption im Gesundheitswesen

Ein Ausbau von Wahlmöglichkeiten des Patienten wird vom BDI ausdrücklich begrüßt, insbesondere im Zusammenhang mit dem Ausbau von Prävention und Selbsthilfe. Die Versicherungen könnten insbesondere mit Bonusmodellen zu mehr Prävention motivieren, ohne dabei die Konsumentensouveränität in Frage zu stellen. Jeder muss das Recht auf eine riskantere Lebensweise haben, aber er kann nicht verlangen, dass das die Solidargemeinschaft trägt.

Der Einsatz moderner Kommunikationstechnologien wird einen wesentlichen Beitrag zur Steigerung der Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung leisten. Die Bedeutung der sektorübergreifenden, elektronischen Kommunikation im Gesundheitswesen liegt für die Patienten in insgesamt mehr Qualität, insbesondere in der Vermeidung unnötiger Mehrfachuntersuchungen und größerer Arzneimittelsicherheit. Kostenträger können mit einer erhöhten Datentransparenz rechnen. Letztlich wird eine erhöhte Effizienz im Gesundheitswesen erzielt werden.

Bei allen Lösungsansätzen muss das Hauptanliegen die Optimierung des Gesamtprozesses sein, der die präventive, kurative, rehabilitative und pflegerische Versorgung sowie auch relevante administrative Vorgänge (wie beispielsweise die Abrechnung) umfasst. Eine lückenlose und reibungslose Versorgung erfordert eine gemeinsame Informationsbasis für die Organisation der einzelnen Behandlungsschritte. Ein schlüssiges Konzept für eine standardisierte elektronische Patientenakte ist erforderlich.

In Zusammenhang mit Drittmittelzuwendungen der Industrie in medizinischen Forschungsprojekten ist es in der jüngeren Vergangenheit immer wieder zu juristischen Auseinandersetzungen gekommen. Die Gesetzgebung wurde verschärft. Endgültige Rechtsklarheit gibt es in diesem Bereich aber bisher nicht. Bis zu welchem Grad die veränderten Regeln auf übliche Formen der Zusammenarbeit zwischen Industrie und Medizinern anzuwenden sind, ist gegenwärtig umstritten. Anstelle eines Korruptionsbeauftragten erscheint eine verbindliche Klärung der Anwendbarkeit der gesetzlichen Korruptionsstatbestände auf übliche Formen der Zusammenarbeit im Gesundheitswesen notwendig. Hier ist auch eine Abstimmung zwischen Bund und Ländern erforderlich.