

Entschließungsantrag

der Abgeordneten Birgitt Bender, Elisabeth Scharfenberg, Kerstin Andreae, Dr. Thea Dückert, Anja Hajduk, Christine Scheel, Dr. Gerhard Schick Renate Künast, Fritz Kuhn und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**zu der zweiten und dritten Beratung des Gesetzentwurfs der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
– Drucksachen 16/3100, 16/4200 –**

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

In ihrer Koalitionsvereinbarung haben CDU, CSU und SPD angekündigt, ein Konzept für eine nachhaltige und gerechte Finanzierung des Gesundheitswesens zu entwickeln, innerhalb des Gesundheitssystems den Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit zu intensivieren und die Lohnnebenkosten dauerhaft unter 40 Prozent zu senken.

Der vorliegende Gesetzentwurf setzt keine dieser Ankündigungen um. Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird weder gerechter noch nachhaltiger. Stattdessen kommt es lediglich zu einer ebenso aufwändigen wie nutzlosen Veränderung der Finanzierungsströme. Der unzureichende Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit wird durch die Pläne der Koalition nicht stärker, sondern schwächer werden. Und statt zu einer Senkung kommt es zu einer deutlichen Anhebung der Beitragslasten. Weitere Beitragssteigerungen in den nächsten Jahren sind aufgrund des Reformversagens der Koalition bereits vorprogrammiert.

Im Einzelnen:

1. Bei den Finanzierungsgrundlagen der GKV bleibt fast alles beim Alten. Die Krankenversicherungsbeiträge sind auch weiterhin einseitig an die Arbeits-einkommen aus abhängiger Beschäftigung angebunden. Besserverdienende, Beamte und Selbstständige müssen sich nicht am Solidarausgleich beteiligen. Vermögenseinkommen werden nicht in die Beitragsbemessung einbezogen. Die Steuerzuschüsse an die GKV werden gegenüber dem in 2006 erreichten Stand sogar reduziert. Für die ab 2009 angekündigte Anhebung des Bundeszuschusses gibt es weder konkrete Zahlen noch eine Gegenfinanzierung. Der vorgesehene Gesundheitsfonds wird zu zusätzlichem Bürokratieaufwand

führen, die Akteure des Gesundheitswesens mit seiner Vorbereitung über Jahre hinweg beschäftigen, sowie der Politik eine ständige Debatte abverlangen. Damit geht wertvolle Zeit verloren, die für eine wirklich nachhaltige Reform des Gesundheitswesens gebraucht würde.

2. Der vorgesehene Zusatzbeitrag, den die Krankenkassen erheben sollen, die mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht auskommen, wird zu deutlich höheren Belastungen für die Versicherten führen. Vorgesehen ist, dass ab 2010 bis zu 5 Prozent der Leistungsausgaben der GKV über diese „kleine Kopfpauschale“ finanziert werden. Dies würde – nach dem heutigen Ausgabenniveau – einer Zusatzbelastung der Versicherten von rund 7,5 Mrd. Euro entsprechen. Zudem ist damit zu rechnen, dass bei jedem Anstieg der Krankenversicherungsausgaben die Forderung laut wird, den Finanzierungsanteil der Zusatzbeiträge an den Gesamtausgaben der GKV weiter anzuheben. Darüber hinaus wird der Zusatzbeitrag auch zu erheblichen Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen führen. Die Koalitionsparteien haben vereinbart, dass der Zusatzbeitrag nicht mehr als 1 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens des Versicherten betragen darf. An diese Grenze werden Versicherte mit geringem Einkommen sehr schnell stoßen. So haben Studien des AOK-Bundesverbandes ergeben, dass bereits bei einem Zusatzbeitrag in Höhe von monatlich 10 Euro ca. 60 v. H. aller AOK-Mitglieder von der Härtefallregelung betroffen wären. Für Krankenkassen mit vielen gering verdienenden Versicherten heißt das: Sie müssen weit überdurchschnittliche Zusatzbeiträge erheben, um die infolge der Belastungsobergrenze entstehenden Beitragsausfälle durch die Belastung ihrer gut verdienenden Mitglieder auszugleichen. Die Höhe des Zusatzbeitrages wird damit nicht von der Wirtschaftlichkeit einer Krankenkasse, sondern von ihrer Mitgliederstruktur abhängig sein. Dies führt zu eklatanten Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen. Darüber hinaus wird aber auch die Abwanderung freiwillig gesetzlich Krankenversicherter in die private Krankenversicherung (PKV) deutlich zunehmen. Zu den rund 300 000 Personen, die heute jährlich die gesetzlichen Kassen in Richtung PKV verlassen, wird eine unübersehbare Zahl hinzukommen.
3. Die Beitragssätze der Kassen explodieren. Schon zum Jahresanfang ist der durchschnittliche Beitragssatz um 0,6 Prozentpunkte gestiegen. Im Jahresverlauf ist mit einem Anstieg um mindestens weitere 0,1 Prozentpunkte zu rechnen. Diese Anhebungen hat die Bundesregierung mit ihrer Steuerpolitik weitgehend selbst verursacht. Durch die Kürzung des erst mit der letzten Gesundheitsreform eingeführten Bundeszuschusses für Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft sowie die steigenden Arznei- und Hilfsmittelkosten infolge der Mehrwertsteueranhebung werden die Krankenkassen erheblich belastet. Und auch in den kommenden Jahren werden die Beiträge weiter steigen, da die große Koalition keine wirksamen Reformmaßnahmen vorsieht, um die wachsenden Einnahmenprobleme der GKV zu beheben. So ist allein bis 2009 ein Anstieg des Krankenversicherungsbeitrags auf bis zu 16 Prozent zu erwarten.
4. Durch die Reform entsteht nicht mehr, sondern weniger Wettbewerb im Gesundheitswesen. Um die Belastungen der Versicherten und Patienten infolge des demografischen Wandels und des medizinischen Fortschritts begrenzen zu können, ist mehr Wettbewerb erforderlich. Krankenkassen, Ärzte, Apotheken und Krankenhäuser müssen untereinander um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit konkurrieren können. Doch dafür finden sich im GKV-WSG allenfalls zaghafte Ansätze. Auch weiterhin wird der Regelfall so aussehen, dass Kartelle auf Kassen- und auf Anbieterseite miteinander Kollektivverträge aushandeln, die der einzelnen Kasse und dem einzelnen Arzt kaum Anreize für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit bieten. Und auch an den zunftartigen Strukturen im Apothekenwesen soll sich nach den Plänen der

Koalition nichts ändern. Geplant ist weiter die Ablösung der heutigen kassenindividuellen Beitragssätze durch einen staatlich festgelegten Einheitsbeitrag. Damit wird der Preiswettbewerb zwischen den Krankenkassen künftig nur noch über die Zusatzbeiträge ausgetragen werden. Da deren Höhe aber maßgeblich von den durchschnittlichen Einkommen der jeweiligen Kassenmitglieder abhängig ist, wird von einem fairen Preiswettbewerb weniger denn je die Rede sein können.

5. Statt die wachsenden Lasten auf mehr Schultern zu verteilen, hält die Bundesregierung an der Privilegierung von Privatversicherten und Vermögensbesitzern fest. Es bleibt bei der sozial ungerechten und gesamtwirtschaftlich unvernünftigen Zweiteilung in gesetzliche und private Krankenvollversicherung. Damit bleiben die Privatversicherten auch weiterhin unter sich und müssen sich nicht am Solidarausgleich beteiligen. Die für die PKV vorgesehenen Solidarelemente sind ein Tropfen auf dem heißen Stein. Zwar ist es begrüßenswert, dass ehemalige Privatversicherte, die ihren Krankenversicherungsschutz verloren haben, über einen gkv-ähnlichen Basistarif in die PKV zurückkehren zu können. Allerdings ist auf Druck der Union und der unionsregierten Bundesländer der Zugang zu diesem Schutztarif gegenüber den ursprünglichen Plänen wieder stark eingeschränkt worden. Jederzeit dem Basistarif beitreten können, sollen neben den ehemaligen, nicht mehr versicherten Privatversicherten nur noch Privatversicherte über 55. Dies entspricht aber weitgehend dem bisherigen Rechtsstand. Denn bereits heute können Privatversicherte über 55 in den Standardtarif wechseln, der in seinen Konditionen (keine Risikozuschläge, Leistungskatalog angelehnt an die GKV, Prämie maximal in Höhe des GKV-Höchstbeitrags) weitgehend dem künftigen Basistarif entspricht.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung zurückzuziehen und stattdessen einen Gesetzentwurf vorzulegen, der folgenden Anforderungen gerecht wird:

1. GKV und PKV werden in einer Bürgerversicherung zusammengeführt. Dadurch werden alle Bevölkerungsgruppen in den Solidarausgleich einbezogen. Zudem entsteht eine gemeinsame Wettbewerbsordnung für alle Krankenversicherer.
2. Im Rahmen der Bürgerversicherung werden Beiträge auf alle Einkommensarten erhoben. Durch die Ausweitung der Finanzierungsbasis und die Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen wird die Finanzierung der Krankenversicherung auf eine sichere Basis gestellt.
3. Durch die Weiterentwicklung der Familienmitversicherung werden Gerechtigkeitsdefizite behoben und unnötige Beitragsausfälle vermieden. Nicht erwerbstätige Ehegattinnen und -gatten, die keine Kinder erziehen oder Angehörige pflegen, werden in die Beitragspflicht einbezogen.
4. Durch die morbiditätsorientierte Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs wird gewährleistet, dass der Kassenwettbewerb vor allem den Kranken zugute kommt und nicht zur Risikoselektion führt. Sachfremde Regelungen, die die Reichweite und Zielgenauigkeit des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich begrenzen, sind zu vermeiden.
5. In allen Leistungsbereichen werden die Rahmenbedingungen für einen an Qualität und Wirtschaftlichkeit ausgerichteten Wettbewerb geschaffen. Zu diesem Zweck sind Kollektivverträge und Kontrahierungspflichten weitgehend durch Einzelverträge und Preisverhandlungen abzulösen. Dabei müssen für die Krankenkassen und auch für die Anbieter von Gesundheitsleistungen die Regelungen des Wettbewerbs- und Kartellrechts gelten.

6. Durch die Zulassung von Gruppenverträgen zwischen Selbsthilfeorganisationen und Krankenkassen wird die Organisation der Gesundheitsversorgung stärker auf die Bedürfnisse insbesondere chronisch kranker Patientinnen und Patienten ausgerichtet.
7. In die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses sind neben Ärztinnen und Ärzten auch andere Gesundheitsberufe einzubeziehen.

III. Darüber hinaus fordert der Deutsche Bundestag die Bundesregierung auf, noch in diesem Jahr den Entwurf für ein Präventionsgesetz vorzulegen.

Berlin, den 31. Januar 2007

Renate Künast, Fritz Kuhn und Fraktion

Begründung

Zu Abschnitt II

Zu Nummer 1

Durch die Zweiteilung des deutschen Krankenversicherungssystems in GKV und PKV werden ausgerechnet die wirtschaftlich leistungsfähigsten und im Durchschnitt auch gesündesten Bevölkerungsgruppen nicht am Solidarausgleich beteiligt. Darüber hinaus ist die Teilung des Krankenversicherungsmarkts auch aus einer gesamtwirtschaftlichen Perspektive verfehlt. Inzwischen vertreten neben vielen namhaften Gesundheitsökonomen auch die Sachverständigenräte der Bundesregierung für Gesundheit und Wirtschaft die Auffassung, dass durch die Trennung von GKV und PKV falsche Anreize für die Krankenversicherer gesetzt und ihr Wettbewerb untereinander behindert wird. Außerdem werden so die Wahlmöglichkeiten der Krankenversicherten beschränkt. Durch die Zusammenführung von GKV und PKV in einer Bürgerversicherung würden diese Gerechtigkeitsdefizite behoben und eine gemeinsame Wettbewerbsordnung für alle Krankenversicherer geschaffen.

Zu Nummer 2

Die GKV hat eine strukturelle Einnahmeschwäche. Die Einkünfte aus sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung machen aus arbeitsmarktbezogenen und demografischen Gründen einen immer geringeren Anteil des gesellschaftlichen Einkommens aus. Die Beitragssatzsteigerungen der letzten 15 Jahre sind maßgeblich durch diese Entwicklung verursacht. Weitere Beitragssatzsteigerungen sind vorprogrammiert, wenn sich an dieser Art der Beitragsbemessung nichts ändert. Für eine Stabilisierung der Beiträge – und damit auch der Arbeitskosten – ist daher eine Ausweitung der Beitragsbemessungsbasis auf alle Einkunftsarten des Einkommenssteuerrechts erforderlich. Damit würden auch Gerechtigkeitsdefizite der heutigen Beitragsbemessung beseitigt. Bisher ist die Beitragsbelastung eines Versicherten nicht nur von der Höhe seines Einkommens, sondern auch von der Art und Zusammensetzung seiner Einkommensquellen abhängig. Bezieherinnen und Bezieher von Vermögenseinkommen werden gegenüber „nur“ Lohnabhängigen begünstigt. Darüber hinaus erbringt die GKV eine Vielzahl von versicherungsfremden Leistungen. Diese sind durch Steuermittel zu finanzieren. Ein erster Schritt in diese Richtung wurde mit der Gesundheitsreform 2004 beschlossen und umgesetzt. Die im GKV-WSG vorgesehenen Regelungen fallen deutlich hinter den bereits erreichten Stand zurück. Im

Zusammenspiel mit dem bereits verabschiedeten Haushaltsbegleitgesetz wird der Steuerzuschuss an die GKV von 4,2 Mrd. Euro im Jahr 2006, auf 2,5 Mrd. Euro in diesem und im kommenden Jahr abgesenkt. Zwar soll der Bundeszuschuss ab 2009 jährlich um 1,5 Mrd. Euro steigen. Doch gibt es dafür keinerlei Gegenfinanzierung.

Zu Nummer 3

Für die Beitragsfreiheit nicht erwerbstätiger Ehegatten, die keine Kinder erziehen oder Angehörige pflegen, gibt es keinen überzeugenden gesellschaftspolitischen Grund. Ihre Einbeziehung in die Beitragspflicht ist deshalb geboten. Durch eine angemessene Ausgestaltung – z. B. in Form eines negativen Ehegattensplittings – ist zu gewährleisten, dass keine hohen Zusatzbelastungen für Haushalte mit geringen oder durchschnittlichen Einkommen entstehen.

Zu Nummer 4

Die bereits von der rot-grünen Bundesregierung im Jahr 2001 beschlossene Berücksichtigung des tatsächlichen Gesundheitszustandes aller Versicherten innerhalb des Risikostrukturausgleichs ist bislang rechtswidrig von der Koalition nicht umgesetzt worden. Inzwischen scheinen aber auch die Spitzen der CDU eingesehen zu haben, dass sie mit ihrer Blockade gegenüber dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich den Kassenwettbewerb in eine gesamtwirtschaftlich und gesundheitspolitisch falsche Richtung lenken. Allerdings sind im GKV-WSG verschiedene Regelungen vorgesehen, die die Reichweite des „Morbi-RSA“ deutlich begrenzen und zu einem erheblichen Verwaltungsaufwand führen werden. Diese Regelungen sind in der Sache nicht zu begründen und dienen ausschließlich der Gesichtswahrung von CDU und CSU.

So ist die vorgesehene Begrenzung des „Morbi-RSA“ auf 50 bis 80 Krankheiten verfehlt. Durch die notwendige Festlegung der zu berücksichtigenden Krankheiten wird der administrative Aufwand deutlich steigen. Vor allem aber wird damit zwischen chronischen Krankheiten erster und zweiter Klasse unterschieden. Auch die ergänzende Regelung, dass nur solche Krankheiten berücksichtigt werden, deren Kosten mindestens 50 Prozent oberhalb der Durchschnittsausgaben je Versichertem liegen, ist abzulehnen. Sie benachteiligt vor allem mehrfach erkrankte (multimorbide) Patientinnen und Patienten. Deren verschiedene Erkrankungen entfalten ihre besonderen Belastungswirkungen durch ihr gemeinsames Auftreten. Die Leistungsausgaben der einzelnen Krankheiten können aber jeweils für sich unter dem vorgesehenen 50-Prozent-Schwellenwert liegen. Benachteiligt werden ferner jüngere Patientinnen und Patienten. Denn auch bei chronisch Kranken ist die Höhe der Leistungsausgaben stark vom Lebensalter der Betroffenen abhängig. Werden die vorgesehenen Begrenzungen und Schwellenwerte tatsächlich beschlossen, werden die Kassen auch weiterhin massive Anreize zur Risikoselektion haben.

Darüber hinaus ist die auf Druck unionsregierter Länder zustande gekommene Konvergenzklausel, nach der die Gesamtbelastung der in einem Bundesland tätigen Kassen infolge des neuen RSA jährlich um nicht mehr als 100 Mio. Euro steigen darf, weder zielführend noch umsetzbar. Sie missachtet das BVerfG-Urteil von 2004, das den Charakter der GKV als bundesweiter Solidargemeinschaft hervorkehrt und deshalb eine Regionalisierung des RSA ausschließt. Außerdem ist sie auch nicht praktikabel. So müssten der alte und der neue RSA parallel berechnet werden, um regionale Ent- und Belastungseffekte zuverlässig ermitteln zu können. Dies würde nicht nur zu einem eklatanten bürokratischen Aufwand führen, sondern wäre auch nicht möglich, da aufgrund der Änderung des RSA und der für bundesweite Kassen nicht vorliegenden Regionaldaten, die notwendigen Datengrundlagen für die Berechnung des „Alt-RSA“ fehlen würden.

Zu Nummer 5

Die im Gesetzesentwurf vorgesehene Ausweitung von Wahlmöglichkeiten zwischen verschiedenen Tarifen auch auf Pflichtversicherte ist grundsätzlich zu begrüßen. Insbesondere der auf Anstoß von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN ins Gesetz aufgenommene Wahltarif für solche anthroposophischen, homöopathischen und pflanzlichen Arzneimittel, die bisher nicht zum Leistungskatalog der GKV gehören, wird den Bedürfnissen vieler Versicherten entgegenkommen und den Krankenkassen ein zusätzliches Wettbewerbsinstrument bieten.

Allerdings sind in einem System mit solidarischer Finanzierung, das für jeden den Zugang zur medizinisch notwendigen Gesundheitsversorgung sicherstellen soll, Differenzierungsmöglichkeiten beim Umfang des Leistungsangebots nur sehr eingeschränkt möglich. Dreh- und Angelpunkt eines intensiven Kassenwettbewerbs muss daher neben der „Kundenorientierung“ und der Beitragshöhe die Art der Versorgungsangebote sein. Hier haben die Krankenkassen aber bisher viel zu wenig Handlungsspielräume.

Um dies zu ändern, sind individuelle Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern bzw. Gruppen von Leistungserbringern notwendig. Erste Bewegungsspielräume sind hier mit der Einführung und Weiterentwicklung der Integrationsversorgung durch die beiden letzten Gesundheitsreformen entstanden. Allerdings sind die Einzelverträge trotz der hohen Aufmerksamkeit, die sie unter den Akteuren des Gesundheitswesens gefunden haben, auch weiterhin nur eine Randerscheinung. Dieses wird sich auch nicht ändern, wenn es bei den im GKV-WSG enthaltenen Regelungen bleibt. Da die Krankenkassen auch weiterhin Kollektivverträge vereinbaren müssen, werden niedergelassene Ärztinnen und Ärzte nur dann zum Abschluss von Einzelverträgen bereit sein, wenn sie mit zusätzlichen Leistungen bzw. Abrechnungsmöglichkeiten verbunden sind. So aber werden Einzelverträge statt die Qualität und Wirtschaftlichkeit zu fördern, vor allem zu zusätzlichen Ausgaben für die GKV führen. Erforderlich ist stattdessen ein umfassendes Konzept für die wettbewerbliche Weiterentwicklung der Vertragsbeziehungen in der GKV.

Zu einem solchen Konzept gehört, dass im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung die bisherigen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossenen Gesamtverträge flächendeckend durch Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Ärzten bzw. Gruppen von Ärzten abgelöst werden. Dieses Ziel hatten BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und die SPD bereits mit der Gesundheitsreform 2004 verfolgt. Die ambulante fachärztliche Versorgung sollte sukzessive auf ein Einzelvertragssystem umgestellt werden. Dieser weitgehende Ansatz scheiterte damals am Widerstand der CDU/CSU.

Im Arzneimittelbereich wird deutlich mehr Wettbewerb nur dann entstehen, wenn die strukturellen Hürden für mehr Preisverhandlungen zwischen Krankenkassen und Pharmaindustrie endlich fallen. Bisher müssen die Krankenkassen alle rezeptpflichtigen Arzneimittel erstatten, wenn sie vom Arzt verschrieben werden – und zwar auch dann, wenn es ein Arzneimittel mit demselben Wirkstoff gibt, das sehr viel preisgünstiger ist. Durch diese Kontrahierungspflicht sind die Anreize für die Kassen und für die Hersteller, Preisverhandlungen miteinander zu führen, sehr begrenzt. Eine Alternative zur Kontrahierungspflicht könnte darin bestehen, eine verbindliche Wirkstoffliste zu erstellen, für die die Krankenkassen Arzneimittel bereitstellen müssen. Die Krankenkassen könnten dann ausschreiben und die für die Versorgung ihrer Mitglieder notwendigen Arzneimittel bei einzelnen Herstellern einkaufen.

Darüber hinaus müssen endlich die zunftartigen Strukturen im Arzneimittelhandel überwunden werden. Bisher dürfen Apothekerinnen und Apotheker neben ihrer Hauptapotheke nur drei Filialapotheken besitzen. Außerdem ist der Betrieb von Apotheken nur Apothekern gestattet. Durch diese Wettbewerbsbeschrän-

kungen werden erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven verschenkt. Wesentliche Schritte zu wirtschaftlicheren Betriebsstrukturen und auch zu einer besseren Verhandlungsposition der Apotheken gegenüber den Pharmaunternehmen werden erst durch eine Aufhebung des Mehrbesitz- und des Fremdbesitzverbots entstehen.

Damit sich der Wettbewerb entfalten kann und keine neuen Oligopole auf Kassen- und Anbieterseite entstehen, sind die Regelungen des Kartell- und Wettbewerbsrechts anzuwenden. Damit wird auch die Wettbewerbsposition kleiner und mittlerer Kassen und Anbieter geschützt. Zudem ist der an verschiedenen Stellen des SGB V verankerte Grundsatz aufzuheben, wonach in Vertragsbeziehungen alle Kassen „einheitlich und gemeinsam“ zu handeln haben. Verträge sollen künftig auf Kassen- und auf Anbieterseite individuell abgeschlossen werden.

Zu Nummer 6

Durch die Gesundheitsreform 2004 wurden die Beteiligungsmöglichkeiten von Selbsthilfeorganisationen und Patientenverbänden an der Steuerung des Gesundheitswesens wesentlich verbessert. Diese Beteiligungsmöglichkeiten müssen weiterentwickelt und vor allem auf Länderebene weiter konkretisiert werden. Dazu kommen muss aber auch, dass Selbsthilfeszusammenschlüssen ermöglicht wird, mit den Krankenkassen Gruppenverträge mit speziellen – auf ihre jeweilige Krankheit ausgerichteten – Versorgungsprogrammen zu vereinbaren, die sie ihren Mitgliedern anbieten können. Durch solche Gruppenverträge würden mehr Wettbewerb und mehr Patientenorientierung miteinander verbunden. Außerdem würde die Betroffenenkompetenz der Selbsthilfeszusammenschlüsse für die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen genutzt. Damit solch ein innovatives Vertragsinstrument von den Krankenkassen aber auch angenommen wird, ist die Einführung eines „Morbi-RSA“ unerlässlich. Andernfalls müssten die Kassen befürchten, mit solchen Verträgen „schlechte Risiken“ anzulocken, die zu hohen Leistungsausgaben führen, ohne dass es dafür einen Ausgleich gibt.

Zu Nummer 7

Die demografische Entwicklung und die damit verbundene Veränderung des Krankheitspanoramas haben dazu geführt, dass viele Gesundheitsberufe ihr Tätigkeitsprofil erweitert und z. T. durch eine Akademisierung der Ausbildung vertieft haben. Für sachgerechte und legitimierte Entscheidungen im Gemeinsamen Bundesausschuss ist die Einbringung der Sachkompetenz dieser Gesundheitsberufe über das bisher praktizierte Anhörungsverfahren hinaus notwendig. Neben einer sektorübergreifenden Ausrichtung sollte der Gemeinsame Bundesausschuss konsequent den Gesichtspunkt der Multidisziplinarität berücksichtigen, um somit zum einen die Legitimation der Entscheidungen zu stärken und zum anderen die Bedingungen des Transfers der Entscheidungen in die Praxis zu verbessern.

Zu Abschnitt III

Im Zuge des demografischen Wandels nimmt der Anteil chronisch-degenerativer Erkrankungen ständig zu. Bereits heute verursachen diese mehr als zwei Drittel der Ausgaben der Krankenversorgung. Diese Erkrankungen sind aber in erheblichem Umfang vermeidbar. Fachleute gehen davon aus, dass durch bloße Verhaltensänderungen mittelfristig etwa ein Viertel der chronisch-degenerativen Krankheiten vermieden werden könnten. Gesundheitsförderliche Veränderungen in den Lebenswelten der besonders Gefährdeten könnten diesen Anteil noch weit höher ausfallen lassen. Investitionen in die Prävention und die Gesundheitsförderung sind eine notwendige Voraussetzung dafür, dass unser Gesundheitswesen die künftigen Herausforderungen bewältigen kann.

