

---

**Pressemitteilung zur Pressekonferenz des IGSF  
am 6. Dezember 2006 in Berlin**

– Langfassung –

**Gesetzliche Krankenkassen: Mehr Geld oder weniger Leistung**

Die Prognosen sprechen eine klare Sprache: die Finanzmittel der Krankenkassen reichen nicht aus, um die Ansprüche ihrer Versicherten auf Teilhabe am medizinischen Fortschritt auf Dauer zu erfüllen. Auch die aktuelle Gesundheitsreform bringt keine nachhaltige Verbesserung und Stabilisierung der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

„Kein verantwortungsvoller Mensch kann auf Dauer mehr Geld ausgeben als er verdient. Genauso ist es im Gesundheitswesen. Es kann nicht mehr leisten, als es finanzieren kann“, so Prof. Fritz Beske, Leiter des seit Jahrzehnten in der Politikberatung tätigen IGSF in Kiel. „Wir müssen jetzt eine breite öffentliche Diskussion führen, um undurchsichtigen Leistungseinschränkungen der GKV zuvorzukommen. Die Verantwortung für die Finanzierbarkeit des Leistungskatalogs der GKV liegt bei der Politik, die bereit sein muss, diese Verantwortung anzunehmen. Dies bedeutet auch, dass eine Ausweitung des Leistungskatalogs mit einer Erhöhung der Einnahmen oder mit der Herausnahme von Leistungen verbunden sein muss. Dies geschieht aber nicht, wie aktuell das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zeigt, mit einer Ausweitung des Leistungskatalogs, z. B. in der Palliativmedizin und in der geriatrischen Rehabilitation ohne Gegenfinanzierung.“

Noch ist der Leistungskatalog für die Politik ein Tabuthema. Dies muss sich nach der Auffassung von Prof. Beske ändern, denn vor dem Hintergrund einer unverändert desolaten Haushaltssituation der öffentlichen Hand ist eine

Diskussion über die Prioritätensetzung bei der Verwendung sowohl öffentlicher Mittel als auch in den sozialen Sicherungssystemen und dabei insbesondere in der GKV unvermeidbar.

Das IGSF Kiel macht in seinem aktuell vorgestellten Konzept<sup>1</sup> konkrete Vorschläge, die nicht nur den Leistungskatalog der GKV, sondern auch dringend notwendige strukturelle Veränderungen im Leistungsgeschehen betreffen. Die Vorschläge sollen dazu beitragen, eine faktenbasierte öffentliche Diskussion zu führen.

Die Arbeit orientiert sich an der Weiterentwicklung im System, an der Evolution der GKV. Die Arbeit wird von der Überzeugung getragen, dass es für die Gesundheitsversorgung in Deutschland kein begründetes besseres System gibt als ein staatsfernes, sich selbst verwaltendes, plurales Versicherungssystem, in dem im Grundsatz die Einnahmen die Ausgaben decken.

Deutschland hat im internationalen Vergleich ein umfassendes, ein preiswertes und ein überdurchschnittlich effizientes Gesundheitswesen. Dieses Gesundheitswesen gilt es nach Auffassung des IGSF durch eine ehrliche Situationsanalyse und durch die Entwicklung intelligenter Lösungen zu erhalten.

Die vorhersehbare finanzielle Entwicklung der GKV erfordert Handeln. Bis 2050 wird der Beitragssatz von jetzt 14,3 Prozent demografiebedingt auf rund 18 Prozent steigen. Der medizinische Fortschritt führt zu einem Beitragssatz von 28 Prozent bei einer Steigerung von einem Prozent der Ausgaben der GKV pro Jahr, einer minimalen Annahme, auf 43 Prozent bei einer Steigerung von 2 Prozent, eine zumindest mögliche Annahme.

Ein Beispiel, was medizinischer Fortschritt kosten kann, ist die Schutzimpfung zur Verhütung des Zervix-Karzinoms. Die Durchimpfung der rund 7 Millionen weiblichen Versicherten der GKV in den Altersgruppen von 9 bis 26 Jahren, für

---

<sup>1</sup> Die Studie „Neubestimmung des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung - Ein Handlungskonzept -“ von Prof. Beske ist als Band 107 in der Schriftenreihe des Fritz Beske Instituts für Gesundheits-System-Forschung Kiel erschienen und kann gegen eine Schutzgebühr von 10 € zzgl. Versandkosten bestellt werden bei: IGSF Kiel, Weimarer Straße 8, 24106 Kiel, Tel. 0431 – 800 60-0, Fax 0431 – 800 60-11, E-Mail: info@igsf-stiftung.de.

die diese Schutzimpfung empfohlen wird, würde bei derzeitigen Kosten von 465,15 Euro für die innerhalb eines Jahres erforderlichen drei Schutzimpfungen 3,25 Milliarden Euro kosten. Die Impfung muss zurzeit privat finanziert werden.

Die GKV ist schon heute unterfinanziert, allein in der vertragsärztlichen Versorgung mit rund 10 Milliarden Euro. Für 2007 kann insgesamt mit einem Defizit von rund 25 Milliarden Euro gerechnet werden. Im Krankenhauswesen liegt ein durch die desolante Finanzsituation der Bundesländer bedingter Investitionsstau von 50 Milliarden Euro vor. Es gibt Versorgungsdefizite beispielsweise in der Schmerztherapie oder bei Demenzkranken.

Die Situation in Deutschland findet sich auch in vergleichbaren Ländern. So wird prognostiziert, dass 2020 die Mehrzahl der Gesundheitssysteme in den 27 Ländern der OECD insolvent sein wird.

### **Grundlagen einer Neubestimmung des Leistungskatalogs**

Es gehört zum Wesen eines dynamischen, sich ständig an neue Gegebenheiten anpassenden Leistungskatalogs eines Gesundheitswesens, dass laufend Forderungen für Neuaufnahmen von Leistungen in den Leistungskatalog gestellt werden. Im Prinzip muss die Aufnahme neuer Leistungen mit einer ständigen Überprüfung des Leistungskatalogs zur Herausnahme überholter Leistungen verbunden sein. Dies erfordert einen erheblichen Aufwand, der zurzeit nicht geleistet wird. Es überwiegt die Neuaufnahme von Leistungen nicht zuletzt wegen des medizinischen Fortschritts mit einer additiven und nicht mit einer substitutiven Veränderung des Leistungskatalogs.

Bei begrenzten Mitteln mindert jede Aufnahme einer neuen Leistung die Finanzierung bisheriger Leistungen, wenn nicht gleichzeitig neue Finanzmittel zur Verfügung gestellt oder Leistungen mit gleichem Finanzvolumen aus dem Leistungskatalog herausgenommen werden. So wurde die Aufnahme der Akupunktur in den Leistungskatalog der GKV nicht mit neuen Finanzmitteln verbunden oder durch Leistungseinschränkungen kompensiert. Das Gleiche gilt

für die im Entwurf des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes, enthaltene Ausweitung des Leistungskatalogs, z. B. in der Palliativmedizin und in der geriatrischen Rehabilitation.

Jede Neuausrichtung des Leistungskatalogs erfordert Zielvorgaben. Die Aufgaben der GKV sind in § 1 SGB V definiert: „Die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.“ Diese Definition sollte neu gefasst werden:

Die Gesetzliche Krankenversicherung hat die Aufgabe, im Erkrankungsfall sicherzustellen, dass die erforderlichen medizinischen Maßnahmen nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft durchgeführt werden können. Die Leistungen im Krankheitsfall werden durch Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und durch Vorsorgemaßnahmen ergänzt.

Die Aufgabe der GKV wird damit in Anbetracht steigender Ausgaben auf die Behandlung im Krankheitsfall konzentriert. Aufgaben, die von Dritten übernommen werden sollten wie die Finanzierung der Primärprävention durch den Staat entfallen. Die Vorgaben des Wirtschaftlichkeitsgebots von § 12 SGB V gelten fort. Danach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein, sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Maßstab von Leistungen der GKV ist damit das Notwendige und nicht das Bestmögliche, wie es immer wieder gefordert wird. Das Notwendige ist aber auch das, was geleistet werden muss, ausgerichtet an den in Kapitel 4 definierten Gesundheitszielen.

Die Gestaltung des Leistungskatalogs der GKV ist eine ständige Anpassung an sich verändernde Verhältnisse. Vorgaben sind der Zugang zu innovativen medizinischen Leistungen und die Finanzierbarkeit. Die Verantwortung für die Finanzierbarkeit des Leistungskatalogs der GKV liegt bei der Politik. Es führt kein Weg an der Erkenntnis vorbei, dass mit jeder neu in den Leistungskatalog

aufgenommenen Leistung weniger Geld für andere Leistungen zur Verfügung steht.

Da die GKV schon jetzt defizitär ist, sind Einschnitte in den Leistungskatalog unumgänglich. Die Situation wird sich kontinuierlich verschärfen. Dies bedeutet, dass sich die Politik auf eine ständige Auseinandersetzung über Art und Umfang des Leistungskatalogs der GKV einstellen muss.

Die Diskussion über die Leistungen des Gesundheitswesens wird in Deutschland, bezogen auf den internationalen Vergleich, auf einem vergleichsweise hohen Leistungsniveau geführt. Es hat den Anschein, dass es schwieriger ist, in einem Land mit einem hohen Leistungsniveau eine Reduzierung von Leistungen zu diskutieren als in Ländern mit einem vergleichsweise niedrigen Leistungsniveau. Was notwendig ist, wird offenbar entscheidend davon bestimmt, was man hat.

Diese Arbeit will Anstoß sein und Anregungen geben. Da eine Diskussion nur anhand konkreter Vorschläge geführt werden kann, enthält diese Arbeit begründete und berechnete Vorschläge in dem Umfang, wie dies im Rahmen einer solchen Arbeit möglich ist. Es soll jedoch kein „Streichkonzert“ begründet werden. Viel mehr soll eine Diskussion über das angestrebt werden, was eine solidarisch finanzierte Krankenversicherung leisten soll und wie dies finanziert werden kann.

Leistungen, die aus dem Leistungskatalog herausgenommen werden sollten wie z. B. das Mutterschaftsgeld, können sinnvolle Leistungen sein, die jedoch nicht durch die GKV, sondern dann, wenn Politik und Gesellschaft dies weiterhin wollen, anders finanziert werden müssen.

### **Zwei-Klassen-Medizin**

Jede Diskussion über Einschränkungen des Leistungskatalogs mündet in den Vorwurf der Zwei-Klassen-Medizin. Dies geht an dem Grundproblem einer Gesundheitsversorgung vorbei. In jedem Land der Welt können sich

Wohlhabende mehr leisten, auch in der Gesundheitsversorgung. Es ist jedoch irrelevant, ob sich einige mehr leisten können als andere. Relevant ist allein, dass jedem Bürger im Krankheitsfall eine bedarfsgerechte Versorgung zur Verfügung steht. Dies ist an drei Voraussetzungen gebunden:

- Bedarfsgerechter Leistungskatalog
- Bedarfsgerechte Finanzierung des Leistungskatalogs
- Leistungsgerechte Honorierung der Leistungserbringer.

### **Rationierung und Prioritätensetzung**

Rationierung bedeutet Leistungsausschluss. Keine Rationierung bedeutet, dass jeder Leistungserbringer uneingeschränkt jede von ihm für erforderlich gehaltene Leistung erbringen oder veranlassen und der Patient jede von ihm für notwendig gehaltene Leistung nachfragen kann. Dies ist nicht finanzierbar. Eine solche Situation gibt es in keinem Land der Welt. Erforderlich ist daher eine Prioritätensetzung, um jedem Bürger eine bedarfsgerechte Versorgung zu ermöglichen.

### **Eigenverantwortung und Solidarität**

Eigenverantwortung ist ein elementarer Bestandteil der GKV. Eigenverantwortung muss gestärkt werden, wo immer dies möglich ist. Jetzt wird aber gefordert, die Verantwortung des Versicherten für seine Gesundheit auch dadurch zu stärken, dass gesundheitliches Fehlverhalten finanzielle Konsequenzen hat. Es ist jedoch kein Konzept erkennbar, das diese Problematik zufriedenstellend regeln kann.

### **Herausnahme und Umgestaltung von Leistungen**

Es gibt Leistungen, die sinnvoll und förderungswürdig sein können, aber nicht in den Leistungskatalog der GKV gehören, da sie nicht der in dieser Arbeit definierten Zielvorgabe der GKV entsprechen: „Die Gesetzliche

*Krankenversicherung hat die Aufgabe, im Erkrankungsfall sicherzustellen, dass die erforderlichen medizinischen Maßnahmen nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft durchgeführt werden können.“*

*Herausgenommen werden:*

- Versicherungsfremde Leistungen (Kap. 7.9) sind Leistungen, die der GKV aus sozial- oder familienpolitischen Gründen übertragen worden sind und die nicht der Krankenbehandlung dienen:
  - Medizinische Vorsorgeleistungen
  - Medizinische Vorsorge für Mütter und Väter, medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter
  - Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation außer bei medizinischer Indikation
  - Häusliche Krankenpflege, darin: hauswirtschaftliche Versorgung
  - Haushaltshilfe
  - Krankengeld bei Erkrankung des Kindes
  - Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern
  - Mutterschaftsgeld.
- Patientenberatung und Patienteninformation – keine Aufgabe der GKV (Kap. 7.5).
- Primärprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Dies bedeutet, dass die finanziellen Aufwendungen für Primärprävention von der öffentlichen Hand zu tragen sind (Kap. 7.6).
- Selbsthilfeförderung – keine Aufgabe der GKV (Kap. 7.8).

*Umgestaltet werden:*

- *Integrierte Versorgung (Kap. 13.2.4)* wird aus dem SGB V herausgenommen. Integrierte Versorgung kann von Krankenkassen im Rahmen ihrer Verfügungsmittel gefördert werden. Es ist zu erwarten, dass sich bei Beendigung der Förderung zahlreiche freiwillige Kooperationen zwischen Ärzten, Arztgruppen und Krankenhäusern oder in anderer Konstellation entwickeln, deren Ergebnisse mindestens den Ergebnissen entsprechen, die mit der jetzigen Gestaltung der integrierten Versorgung erzielt werden. Für freiwillige erfolgreiche Kooperationen gibt es schon heute zahlreiche Beispiele.
- *Heilmittel (Kap. 7.1)*. In keinem Bereich medizinischer Maßnahmen liegen die Grenzen zwischen Medizin und Wellness so eng beieinander wie im Heilmittelbereich. Massagen werden grundsätzlich aus dem Leistungskatalog herausgenommen. Für medizinisch induzierte Massagen werden in den Heilmittel-Richtlinien enge Grenzen mit Indikation und Anwendungsdauer vorgegeben. Im gesamten Heilmittelbereich werden evidenzbasierte Methoden zur Evaluierung entwickelt. Die Heilmittel-Richtlinien werden nach einer Laufzeit von drei Jahren evaluiert.
- *Hilfsmittel (Kap. 7.2)*. Grundsätzliche Überprüfung der Versorgung mit Hilfsmitteln, da in diesem Bereich die Versorgung bei einem Hilfsmittelkatalog von 10 Bänden mit rund 8.000 Seiten unübersichtlich ist, der Wettbewerb beeinträchtigt wird und sich die Versorgung am letzten Stand der Technik orientiert, was im Gegensatz zu Einschränkungen in anderen Leistungsbereichen nicht mehr möglich ist.
- *Künstliche Befruchtung (Kap. 7.3)*. Die Kosten der künstlichen Befruchtung werden je zu einem Drittel auf die öffentliche Hand, die GKV und die behandelten Paare aufgeteilt statt wie bisher zu je 50 Prozent auf GKV und behandelte Paare.
- *Psychotherapeutische Behandlung (Kap. 7.7)* wird in die Wirtschaftlichkeitsprüfung und in die Plausibilitätsprüfung einbezogen. Neben der Praxisgebühr wird eine Zuzahlung von 10 Prozent der Kosten je Sitzung erhoben. In der Psychotherapie ist die Selbstbeteiligung des Patienten an den Behandlungskosten Teil des therapeutischen Prinzips. Das Gutachterverfahren wird als ineffektiv und kostenaufwändig abgeschafft. Es wird eine Regelbehandlung definiert.

- *Medizinische Rehabilitation (Kap. 7.4)*. Die Ausgaben für die stationäre Rehabilitation werden ab 2008 auf der Basis der Ausgaben von 2006 fünf Jahre jährlich um 10 Prozent und damit bis einschließlich 2012 um 50 Prozent gesenkt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen auf dieser Grundlage in neuen Leitlinien Indikation und Regeldauer.
- *Zuzahlung bei Arzneimitteln (Kap. 9)*. Die geltende Regelung ist ineffektiv. Es wird eine prozentuale Zuzahlung mit einem Festbetrag von 5 Euro und 10 Prozent der Differenz zum Gesamtpreis des Arzneimittels mit einer Kappungsgrenze bei 20 Euro eingeführt. Diese Regelung erhöht Kostentransparenz und Compliance und reduziert den Arzneimittelmüll.
- *Härtefallregelung (Kap. 10)*. Die Regelung, wonach bei chronisch Kranken die Belastungsgrenze von jährlich 2 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt auf 1 Prozent reduziert werden kann, wird aufgehoben und damit durchgehend und ohne Ausnahmeregelung auf 2 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen festgelegt. Dies erleichtert das Arzt-Patienten-Verhältnis, stärkt die Finanzsituation der GKV und trägt zum Bürokratieabbau bei.

### **Strukturelle Neugestaltung**

Zu den direkten Veränderungen des Leistungskatalogs kommen Veränderungen im Umfeld und in den Strukturen der GKV.

- *Standard- und Wunschversorgung (Kap. 12)*. Es wird vorgeschlagen, eine Standardversorgung zu definieren und zu publizieren, die nach Vorgabe im SGB V ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist und den medizinischen Fortschritt einschließt, verbunden mit einer über die Standardversorgung hinausgehende Wunschversorgung. Dies würde für Arzt und Patient Transparenz, Wahlmöglichkeit und Sicherheit erhöhen. Hierfür könnte Kostenerstattung gewählt werden. Beispiele werden genannt.
- *Transparenz, Patientenquittung und Kostenerstattung (Kap. 14)*. Das SGB V erfüllt die Forderung nach Transparenz mit der Patientenquittung. Mit einer zunehmenden Verlagerung von Leistungen auf den Versicherten wird die Forderung nach Transparenz von Kosten, Leistung und Qualität zunehmen. Untersuchungen und die Erfahrung zeigen, dass die Patien-

tenquittung wenig nachgefragt wird und kaum steuernde Wirkung entfaltet. Eine Steuerungswirkung ist nur in Verbindung mit Selbstbeteiligung zu erreichen. Dies ist mit Wahltarifen und Kostenerstattung möglich.

Ein Übergang vom Sachleistungsprinzip auf die Kostenerstattung ist wegen des Mangels an politischen Mehrheiten nicht zu erwarten. Der Entwurf des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes erleichtert die jetzige restriktive Wahl von Kostenerstattung. Es wird vorgeschlagen, bei der Wahl von Wunschleistungen (Kap. 12) von der Kostenerstattung Gebrauch zu machen.

- *Verwaltungs- und Förderpauschale für jede Krankenkasse als freie Verfügungsmittel (Kap. 13).* Jede Krankenkasse erhält 10 Prozent ihrer Gesamtausgaben zur freien Verfügung. Mit diesen Verfügungsmitteln müssen als Pflichtaufgaben zunächst die Verwaltungskosten und die Kosten für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) gedeckt werden. Über den Differenzbetrag zu 10 Prozent der Gesamtausgaben kann jede Krankenkasse im Rahmen von Satzungsleistungen frei verfügen, z. B. auch zur Finanzierung der integrierten Versorgung. Die Aufsichtsbehörde prüft ausschließlich, ob die Verfügungsmittel von 10 Prozent der Gesamtausgaben nicht überschritten werden.

Vorteile dieser Regelung sind u. a.:

- Erweiterter Entscheidungsspielraum jeder Krankenkasse
  - Effizientere Verwendung aller Mittel, um den Gestaltungsspielraum zu erhöhen
  - Flexibilisierung des Wettbewerbs
  - Bürokratieabbau
  - Konstant fester Anteil von 90 Prozent der Gesamtausgaben der GKV für die Standardversorgung aller Versicherten.
- 
- *Karenztage (Kap. 11).* Im internationalen Vergleich haben die meisten Länder Karenztage, in der Mehrzahl drei Karenztage. Die meisten Karenztage hat Island mit 14 Tagen. Nach einer Studie in den OECD-Ländern zählen Karenztage zu den wirkungsvollsten Maßnahmen zur Verhaltenssteuerung.

- Es werden zwei Karenztage eingeführt. Karenztage können durch einen Verzicht auf Urlaubstage ersetzt werden, wodurch beim Versicherten kein Einnahmeausfall entsteht. Dies erscheint zumutbar, da Deutschland weltweit mit die meisten Urlaubstage hat.

### **Zumutbarkeit von Leistungseinschränkungen anhand von Wohlstandsparametern**

Die finanzielle Situation ist von Person zu Person und von Haushalt zu Haushalt verschieden. Leistungseinschränkungen in der GKV sind für viele eine zusätzliche Belastung. Dennoch ist die Gesamtsituation in Deutschland besser als im vergleichbaren Ausland, wird aber als schlechter empfunden. Das Sparvolumen nimmt zu. Es gibt mehr Handys als Einwohner. Für Tabakwaren, Alkoholika und Auslandsreisen wurden 2005 insgesamt 88 Milliarden Euro ausgegeben. 2004 wurden Lebensversicherungen in Höhe von 64 Milliarden Euro ausgezahlt. In den nächsten 10 Jahren ist mit Erbschaften in Höhe von 2,3 Billionen Euro zu rechnen. Deutschland hat im internationalen Vergleich mit 1.601 Jahresarbeitsstunden (Arbeiter des verarbeitenden Gewerbes) die kürzeste Jahresarbeitszeit und mit rund 30 Tagen Jahresurlaub die längste Urlaubszeit.

Mit der Verlegung von Leistungen aus der GKV in den privaten Bereich wird die Bedeutung der Eigenvorsorge für Gesundheit zunehmen.

### **Begründete Nicht-Herausnahme von Leistungen: private Unfälle**

Die Herausnahme privater Unfälle aus dem Leistungskatalog der GKV wird abgelehnt. Eltern müssten ihre Kinder versichern, eine weitere finanzielle Belastung durch Kinder. Abgrenzung und Kontrolle sind schwierig. Sportvereine haben umfassende Versicherungen.

### **Leistungskatalog und Gerichtsbarkeit**

Ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 06.12.2005, wonach unter bestimmten Voraussetzungen auch nicht zugelassene Behandlungsmethoden

angewandt werden können, wirft die Frage auf, wie eine Ausgrenzung von Leistungen für alle Versicherten verbindlich erfolgen kann.

### **Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)**

Der G-BA ist eins der wichtigsten Organe der gemeinsamen Selbstverwaltung. Dies gilt besonders für den Leistungskatalog der GKV. Seine fachliche Unabhängigkeit muss anerkannt werden, was auch bedeutet, dass er frei ist von politischer Einflussnahme. Der G-BA muss so ausgestattet sein, dass er seine Aufgaben und dabei insbesondere die Aufnahme von Innovationen in den Leistungskatalog der GKV zügig bearbeiten kann. Das Bundesgesundheitsministerium hat eine ausschließlich rechtliche Aufsicht.

Der G-BA wird beauftragt:

- Den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung zu definieren. Hierzu gehört die Definition einer Standardversorgung in Verbindung mit einer Wunschversorgung (Kap. 12)
- Die Versorgung mit Hilfsmitteln vom Grundsatz her zu prüfen und Vorschläge zu entwickeln, mit denen die Gesamtsituation berücksichtigt und insbesondere der Finanzsituation der GKV Rechnung getragen wird (Kap. 7.2)
- Die psychotherapeutische Versorgung neu zu definieren (Kap. 7.7).

### **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)**

Das IQWiG berät als unabhängiges Institut den G-BA. Um die schnelle Umsetzung des medizinischen Fortschritts in den Leistungskatalog zu gewährleisten, muss das IQWiG finanziell ausreichend ausgestattet sein. Die Finanzierung geht auf den Bund über. Es wird ein zweiter Leiter mit dem Schwerpunkt Medizintechnik bestellt. Zur Wahrung von Unabhängigkeit und Neutralität erfolgt die Berufung der Leiter des IQWiG durch den G-BA aus einem Dreivorschlag wissenschaftlicher Gremien.

## **Unterversorgung mit Gesundheitsleistungen: Ausbau der Versorgungsforschung**

Die Prioritätensetzung im Gesundheitswesen muss wissenschaftlich begründet sein. Die hierzu erforderlichen Unterlagen liefert in weiten Teilen die Versorgungsforschung, die in Deutschland kaum existiert. Ihr Ausbau ist erforderlich.

### **Bilanz des Einsparpotenzials**

Das mit den in dieser Arbeit enthaltenen Vorschlägen verbundene Einsparpotenzial ist kurz- bis mittelfristig zu erwarten und kann beziffert oder nicht beziffert werden.

<i>Herausnahme von Leistungen</i>	<i>Einsparpotenzial in Millionen €</i>
• Patientenberatung und Patientinformation (Kap. 7.5)	5 Millionen €
• Primärprävention (Kap. 7.6)	193 Millionen €
• Selbsthilfeförderung (Kap. 7.8)	39 Millionen €
• Versicherungsfremde Leistungen (Kap. 7.9)	1.460 Millionen €
Insgesamt	1.697 Millionen €

**Einsparpotenzial durch die  
Herausnahme von Leistungen:**

**rund 1,7 Milliarden Euro**

<i>Umgestaltung von Leistungen</i>	<i>Einsparpotenzial in Millionen €</i>
• Künstliche Befruchtung (Kap. 7.3)	21 Millionen €
• Medizinische Rehabilitation (Kap. 7.4), bis 2012 rund	1.000 Millionen €
• Verwaltungs- und Förderpauschale der Krankenkassen (Kap. 13)	1.250 Millionen €
<hr/>	
Insgesamt	2.271 Millionen €

**Einsparpotenzial durch die Umgestaltung von Leistungen:**

**rund 2,3 Milliarden Euro.**

Nicht bezifferbar sind bei folgenden Leistungen Einsparungen bei Veränderung:

- Heilmittel (Kap. 7.1)
- Hilfsmittel (Kap. 7.2)
- Medizinische Rehabilitation (Kap. 7.4), Verkauf von 15 Rehabilitationseinrichtungen
- Psychotherapeutische Versorgung (Kap. 7.7)
- Härtefallregelung (Kap. 10)
- Zuzahlung bei Arzneimitteln (Kap. 9).

Nicht berechnen lässt sich u. a. auch, was an Einsparungen durch den mit verschiedenen Vorschlägen verbundene Bürokratieabbau oder mit der Einführung von Karenztagen zu erwarten ist.

Insgesamt ergibt sich ein bezifferbares Einsparvolumen von rund 4 Milliarden Euro. Wenn auch das nicht bezifferbare Einsparvolumen nicht unerheblich höher liegen dürfte, macht diese Situation doch deutlich, welchen Weg die Gesetzliche Krankenversicherung noch zu gehen hat, um das Leistungsangebot und die Finanzierbarkeit dieses Angebots in Einklang zu bringen.

**Wachstumsmarkt Gesundheit**

Das Gesundheitswesen wird wegen des steigenden Bedarfs an Gesundheitsleistungen als Wachstumsmarkt und als Jobmotor bezeichnet. Schon heute arbeiten 4,2 Millionen Menschen im Gesundheitswesen. Es muss jedoch deutlich werden, dass dieses Wachstum nicht durch die Gesetzliche Krankenversicherung erfolgen kann, sondern privat finanziert werden muss.