

(14) Ausschuss für Gesundheit  
Ausschussdrucksache  
0130(3)  
Eingang am 1.11.2006

16. Wahlperiode

Stellungnahme der DGHO  
zum „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbes in der GKV“

Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e.V.  
Albrechtstraße 10 Hof  
10117 Berlin  
Tel. 030/28879684  
Fax. 030/28879895

Berlin, 25. Oktober 2006

Die DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie e.V. vertritt über 2.000 Ärzte und Wissenschaftler, die sich mit den Grundlagen der Krebsentstehung und mit der Diagnostik und Therapie von Krebserkrankungen befassen.

Die Fachgesellschaft bezieht in dieser Stellungnahme nicht die Änderungen des Finanzierung- und Entgeltssystems mit ein. Die DGHO schließt sich zu diesen Fragen der Stellungnahme der Bundesärztekammer uneingeschränkt an und konzentriert sich in diesem Papier auf die Aspekte, die die Hämatologie und Onkologie in besonderem Maße betreffen.

### Nutzen-Kostenrechnung bei der Arzneimittelbewertung

Im Bereich der Hämatologie und Onkologie wurden in den vergangenen Jahren zahlreiche hochwirksame neue Medikamente zugelassen, die zu einer Verbesserung der Ansprechraten, zu deutlicher Verlängerung des Überlebens und Verbesserung der Lebensqualität der behandelten Patienten geführt haben. Mit der Änderung der Paragraphen § 35b und § 139 soll nun eine neue Hürde für die Anwendung bei onkologischen Patienten eingeführt werden. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) soll eine wirtschaftliche Bewertung des medizinischen Zusatznutzens für Arzneimittel erstellen. Hierfür soll das Institut Methoden für die Erarbeitung von Bewertungen erstellen. Die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie hebt hervor, dass es national und international keine geeigneten Modelle für die Kosten-Nutzen-Bewertung bei innovativen Substanzen gibt.

Offensichtlich versucht der Gesetzgeber, eine weitere Zulassungs- und Anwendungshürde aufzubauen und den Zugang für innovative Medikamente zu verzögern und Anreizsysteme zur Entwicklung dieser Substanzen abzuschaffen. Wie bereits in anderen aktuellen Gesetzentwürfen wird der Stand des Wissens durch Bundesbehörden und nicht mehr durch Fachinstitutionen der Ärzteschaft fest geschrieben. Damit wird der Weg zur Staatsmedizin beschritten.

Außerdem wird eine klare Tendenz zur Abschaffung marktwirtschaftlicher Prinzipien deutlich. Die Motivation zur Entwicklung dieser Substanzen wird natürlich auch durch einen Gewinnanreiz geschaffen, nicht erfolgreich abgeschlossene Medikamentenentwicklungen müssen mit in die betriebswirtschaftliche Betrachtungsweise eingeschlossen werden.

Besondere Sorge hat die DGHO auch durch die aktuellen Probleme beim IQWiG. In seinen Vorberichten zur Blutstammzelltransplantation hat das IQWiG das nationale und internationale Fachwissen weitgehend ignoriert und die Fachgesellschaften nicht einbezogen. Darüber hinaus ist eine Verkürzung der verwendeten Methodik ohne Abbildung der Gesamtevidenz und fehlende Einbeziehung ärztlicher Entscheidungen und Patientenpräferenzen zu sehen. Die Erweiterung der

Zuständigkeit des Institutes ohne Lösung dieser Probleme könnte sich für die Patientenversorgung in gefährlichen Ausmaßen entwickeln.

Eine Aufrechnung menschlichen Lebens in Kosten pro zusätzlichem Lebensjahr wirft zudem einige ethische Bedenken auf. So ist abzusehen, dass besonders teure Behandlungen bei schweren Erkrankungen nicht mehr erstattet werden, auch wenn ihre Wirkung aussichtsreicher ist, als eine kostengünstigere Behandlung. Kosten und Nutzen dürfen nicht uneingeschränkt in Beziehung zueinander gebracht werden. Die Verweigerung teurer aber aussichtsreicher Therapien würde nicht zuletzt der Beschlussfassung des Bundesverfassungsgerichtes vom 6. Dezember 2005 (1 BvR 347/98) widersprechen.

Vorschlag: Die Aufgaben des IQWiG werden nicht erweitert.

## Unabhängige klinische Forschung

Die DGHO hat sich bereits in der Vergangenheit dafür eingesetzt, dass die unabhängige klinische Forschung in Deutschland stärker gefördert wird. Dies schließt aber die Bereitschaft zur Finanzierung aus Steuermitteln oder Beiträgen der PKV und GKV ein.

Die Entwicklung von Behandlungsleitlinien sollte aus dem System finanziert werden. Der Nutzen und Wert neuer Substanzen muss innerhalb von Studien (Investigator Initiated Trials) bewertet werden. Diese Studien sollten unabhängig von der Pharmaindustrie durchgeführt werden. Da neue Medikamente meist für eine größere Patientengruppe zugelassen werden, können nur derartige Studien die Patientensubgruppe, die wirklich von dieser Behandlung profitiert, definieren und damit einen wichtigen Beitrag zur Kostendämpfung leisten. Die DGHO Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie hat im Positionspapier „Maßnahmen zur Stabilisierung einer leistungsstarken Patientenversorgung und Festigung einer international wettbewerbsfähigen Forschung“ ([www.dgho.de](http://www.dgho.de)) die Errichtung einer Stiftung für die nationale Krebsforschung vorgeschlagen. In ihr sollen vorhandene Kompetenzen gebündelt werden und die Nachhaltigkeit der Grundlagen-, Therapie- und Versorgungsforschung sichergestellt werden. Damit könnte in Deutschland erstmalig und auch für andere Erkrankungen modellhaft eine Koordinations- und Förderinstrument geschaffen werden, wie es in anderen Ländern bereits jahrzehntelang erfolgreich existiert (z.B. MRC Medical Research Council in Großbritannien oder NCI National Cancer Institute in den USA). Als Stifter und Förderer sollten neben dem Bund durchaus auch ein Beteiligung der Krankenversicherungen und natürlich auch der Industrie und privater Stifter vorgesehen werden.

Es gäbe verschiedene Möglichkeiten für die Umsetzung dieses Vorschlages unter Nutzung vorhandener Strukturen des Gesundheitssystems beschreiben:

Lösungsansatz 1: Die Stiftung für nationale Krebsforschung wird über ein Zustiftungsmodell errichtet. Im Stiftungsrat sind BMG und die Spitzenverbände der GKV/PKV vertreten; eine wesentliche Einflussnahme wird über die Satzung gestaltet. Die Projekte der Stiftung werden aus Pflichtbeiträgen der GKV und PKV finanziert. Ein ähnliches Modell „Medical Research Council“ wird in Großbritannien durchgeführt.

Lösungsansatz 2: Im Gemeinsamen Bundesausschuss könnte ein Unterausschuss eingerichtet werden, der auf Antrag über Maßnahmen zur Verbesserung der Bewertungsgrundlagen von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen beraten und beschließen kann. Diese Maßnahmen können die Durchführung von klinischen Studien im ambulanten und stationären Bereich umfassen. Sie werden aus Zulagen zur Qualitätssicherung und Dokumentation finanziert. Durchzuführende Studien werden öffentlich ausgeschrieben. Die Ergebnisse der Projekte werden entgegengenommen und eine Bewertung vorgenommen.

### Ambulante Palliativversorgung

Die Verbesserungen nach § 37b in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung sind zu begrüßen. Nach § 132 d werden die Qualitätsanforderungen an die Versorgung ohne Beteiligung der Bundesärztekammer und den Fachgesellschaften durchgeführt. Deren Beteiligung ist aus fachlichen Gründen unbedingt erforderlich.

Vorschlag: In § 132d werden unter (2) die Bundesärztekammer und die Fachgesellschaften mit eingefügt.

### Vorsorgepflicht

Mit den Veränderungen vom § 62 sollte ein Anreizsystem zur Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen - die in ihrer Effizienz bei vielen Erkrankungen umstritten ist - entwickelt werden. Leider hat sich die Ausgestaltung zu einer Strafgebühr für krebserkrankte Patienten entwickelt. Chronisch kranke Versicherte, die nicht regelmäßig Gesundheitsuntersuchungen in Anspruch genommen haben oder an Krebs erkranken, haben eine verdoppelte Belastungsgrenze mit 2 vom 100 der jährlichen Bruttoeinnahmen zu bezahlen. Die Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie schlägt vor, dass Versicherte, die sich regelmäßig an Gesundheitsuntersuchungen und Vorsorgemaßnahmen beteiligen, einen Bonus bei ihren Beiträgen eingeräumt bekommen. Beim Eintreten einer Krebserkrankung kommt die beabsichtigte Motivation zu spät.

Zudem treten mit der Erkrankung schon erhebliche soziale Einschnitte und psychische Belastungen auf, weshalb sich eine „weitere Bestrafung“ verbietet.

Unverständlich bleibt in diesem Zusammenhang, weshalb der Gesetzgeber keine Regelungen trifft, die die Exposition der Bevölkerung vor krebserregenden Substanzen schützt. Hier wären insbesondere eine Durchsetzung von Rauchverboten in öffentlichen Einrichtungen und Gaststätten wie in anderen europäischen Ländern zu nennen. Bei Zigarettenrauch ist der kausale Zusammenhang mit einer Krebserkrankung eindeutig belegt und es wurde versäumt, die nachweislich wirksame und zudem für das Gesundheitswesen kostenlose Möglichkeit eines Rauchverbotes zur Verhinderung von Krankheiten umzusetzen.

Vorschlag: Die DGHO schlägt vor, diese Regelung ersatzlos zu streichen. Statt dessen soll im achten Kapitel (Finanzierung) eine Bonus-Regelung für diejenigen Versicherten eingeführt werden, die regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen.

## Hausarztzentrierte Versorgung

In § 73b wird eine Verstärkung der hausarztzentrierten Versorgung formuliert. Die Versicherten erklären ihre freiwillige Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung und können sich schriftlich gegenüber ihren Krankenkassen verpflichten, nur einen von ihnen aus dem Kreis der Hausärzte gewählten sowie ambulante fachärztliche Behandlungen nur auf dessen Überweisung hin zu wählen. Er darf den gewählten Hausarzt nur bei Vorliegen eines gewichtigen Grundes wechseln. Diese Gründe müssen auch vorliegen, wenn vom Überweisungsgebot abgewichen wird. Diese gewichtigen Gründe müssen im Gesetz näher benannt werden und können nicht in das Ermessen der Kostenträger allein gestellt werden. Das Auftreten einer bösartigen Erkrankung oder die Durchführung qualifizierter Vorsorgeuntersuchungen wären wichtige Gründe, in denen vom Hausarztprinzip abgewichen wird. Diese Tätigkeiten gehören nicht zu den Kerngebieten von Hausärzten.

Vorschlag: Vorsorgeuntersuchungen können auch ohne Überweisung bei einem Facharzt durchgeführt werden. Ein gewichtiger Grund für eine Facharztbehandlung liegt außerdem vor, wenn eine schwere Erkrankung wie Krebs festgestellt wurde.

## Verordnung besonderer Arzneimittel

In § 73d wird ein neues Verfahren zur Verordnung besonderer Arzneimittel eingeführt. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll Richtlinien erlassen, in welchen Bereichen die

Indikationsstellung zur Arzneimitteltherapie mit einem Arzt für besondere Arzneimitteltherapie abgestimmt werden muss.

Der Gesetzgeber verkennt, dass für die einzelnen Indikationsgebiete bereits Facharztqualifikationen bestehen. Der gewählte Weg der Zweitmeinungspflicht birgt die Gefahr eines sehr bürokratischen Verfahrens und eine zeitliche Verzögerung der Therapieeinleitung bei lebensbedrohlich Erkrankten. Zusätzlich ist damit eine unzumutbare Belastung verbunden. Falls der Gesetzgeber bei dieser nicht nachvollziehbaren Regelung bleiben sollte, müsste auch geklärt werden, was bei widersprüchlichen Meinungsbildungen zu geschehen habe und wer die zivil- und strafrechtliche Verantwortung in diesen Konfliktsituationen trägt.

Zusammenfassend muss zu § 73d festgestellt werden, dass eine besondere Arzneimitteltherapie durch die entsprechend qualifizierte Facharztgruppe (z. B. den Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie) möglich ist und der gewählte Zweitmeinungsprozess zu einer unsachgemäßen Einengung der Therapiefreiheit führt. Es muss sichergestellt werden, dass jeder fachlich qualifizierte Arzt, medizinisch notwendige Arzneimittel ohne Zweitmeinung verordnen darf. Die DGHO ist gerne bereit bei der Definition der notwendigen Qualifikationen im Bereich der Krebstherapie zu beraten. Eine Beziehung zur pharmazeutischen Industrie darf nicht für einen Berechtigungsausschluss der Ärzte ausreichen. Drittmittelwerbung ist eine Dienstaufgabe der Mediziner in universitären Einrichtungen und darf nicht zur Diskriminierung dieser führen.

In diesem Zusammenhang könnte der Gesetzgeber auch die Probleme der Verordnung im off-label –Bereich regeln. Eine Besonderheit der medikamentösen Therapie bei Patienten mit Krebserkrankungen ist, dass die eingesetzten Medikamente für das Indikationsgebiet – da die entsprechende Krankheit selten ist und nicht im primären Ziel der zulassenden Firma stand – oder in der verwendeten Dosierung keine Zulassung besitzen. Dieser so genannte Off-Label-Use hat durch mehrere Urteile des Bundessozialgerichtes zu teilweise nicht auflösbaren Problemen geführt. Das Bundessozialgericht hat Anforderungen für die Erstattungspflicht durch die gesetzliche Krankenversicherung über die Schwere der Erkrankung, die fehlende Möglichkeit therapeutischer Alternativen und wissenschaftliche Daten, die einen Behandlungserfolg erwarten ließen, definiert (B1KR37/00R). Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) stimmt mit den Fachgesellschaften grundsätzlich überein, dass es bei einer großen Zahl von Arzneimitteln eine relevante Differenz zwischen spezifischen Zulassungen (die immer mehr entsprechend der spezifischen Indikationen und Patientengruppen in den Zulassungsstudien erfolgen) und der Evidenzbasierten Medizin gibt, und dass Zulassungsstudien der pharmazeutischen Industrie nur bedingt geeignete Instrumente zur Etablierung von Therapiestandards sind. In Anerkennung dieses Problems wurde mit der Gesundheitsreform 2004 (GMG) im Sozialgesetzbuch (SGB V §

35b Abs. 3) eine Expertengruppe verankert. Diese soll die Verordnung von Arzneimitteln außerhalb des zugelassenen Indikationsbereiches bewerten. Dem Ziel, damit Voraussetzungen zu schaffen, dass für Patienten frühzeitig innovative Arzneimittelstrategien entsprechend dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Verfügung gestellt werden können, ist man bisher jedoch noch nicht näher gekommen.

Die Expertenkommission Off Label beim BMGS kann bei der Vielzahl der Medikamente und Indikationen keine Entscheidungen zeitgerecht vorlegen und wird auch nicht mit dem rasanten Fortschritt der Arzneimittelentwicklung und -therapie besonders in der Onkologie mithalten können. Die wissenschaftliche Dynamik in der Onkologie ist so groß, dass sich nach Abhandlung eines Themas sofort mehrere neue Fragestellungen ergeben. Deswegen besteht das Regressrisiko für die behandelnden Ärzte/innen weiter und eine andere Lösung ist notwendig.

Das Bundesverfassungsgericht hat mit einem Beschluss vom 06.12.2005 klargestellt, dass bei lebensbedrohlichen Erkrankungen eine Erstattungspflicht für Verfahren besteht, wenn ein gewisser Hinweis auf die Wirksamkeit besteht. Entscheidend ist zunächst, dass das BSG in dem Verfahren B 1 KR 7/05 R den Beschluss des BVerfG vom 06.12.2005 auch auf Arzneimittel anwendet. Allerdings hat das BSG noch weitere Voraussetzungen aufgestellt, die für die Erstattungsfähigkeit von einzelimportierten Arzneimitteln zu beachten sind: (a) Vor der Behandlung muss eine Nutzen-/Risiko-Analyse stattfinden, und zwar allgemein und speziell bezogen auf den konkreten Versicherten. (b) Die - in erster Linie fachärztliche - Behandlung muss den Regeln der ärztlichen Kunst entsprechend durchgeführt und ausreichend dokumentiert werden.

Der Gesetzgeber hätte nun in der anstehenden Reform die Möglichkeit, die bestehenden Versorgungsprobleme zu lösen und die Vorgaben des BVerfG umzusetzen.

Vorschlag: Fachärzte mit Teilgebietsbezeichnung und regelmäßiger Teilnahme an Fortbildungen werden in Ihrem Fachgebiet von der Zweitmeinungspflicht befreit und können Medikamente auch außerhalb der jeweiligen Zulassung verordnen. Diese Qualifikationsanforderungen gelten auch für Zulassungen entsprechend §166 neu. Die DGHO ist gerne bereit bei der Definition der notwendigen Qualifikationen im Bereich der Krebstherapie zu beraten.

## Neuorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses

Mit der Neuorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 wird die Verantwortlichkeit der Selbstverwaltung weiter eingeschränkt. Die Entscheidungsgremien im Gemeinsamen Bundesausschuss sollen zukünftig durch Hauptamtlichkeit geändert werden. Die Rolle des Bundesministerium für Gesundheit soll gestärkt werden. Diese Entwicklung kann nicht,

wie angegeben, als Professionalisierung beschrieben, sondern muss als Bürokratisierung benannt werden.

Die Ausgestaltung der Reform soll nach dem jetzigen Vorschlag per Rechtsverordnung durch das Gesundheitsministerium umgesetzt werden. Dies birgt die Gefahr einer unausgewogenen Struktur und Besetzung des Gremiums.

Vorschlag: Die Fachgesellschaft empfiehlt dringend, die bisherigen Regelungen und die Struktur des Gemeinsamen Bundesausschusses beizubehalten und dem Bundesministerium für Gesundheit wie bisher die Rechtsaufsicht zu überlassen.

### Studien im vertragsärztlichen (ambulanten) Bereich

Im vorliegenden Referentenentwurf wurde es versäumt, ein seit längerer Zeit offensichtliches Problem zu regeln. Studien können im vertragsärztlichen (ambulanten) Bereich auf Grund der fehlenden Medikamenten - Erstattungsfähigkeit nicht durchgeführt werden. Gerade die Teilnahme dieser Leistungserbringer ist aber wegen der Vielzahl der von ihnen behandelten Patienten für die Versorgungsforschung und Optimierung der medikamentösen Behandlung im ambulanten Bereich von besonderer Bedeutung. Eine Änderung von §135 SGB V wurde zwischen BMGS, BMBF, GKV und Medizinischen Fachgesellschaften einvernehmlich diskutiert.

Vorschlag: Die Erstattungsfähigkeit von Medikamenten im Rahmen von nicht-kommerziellen Studien sollte im vertragsärztlichen Bereich eingeführt werden.

Die Fachgesellschaft verzichtet in dieser Stellungnahme, wie einleitend festgestellt, auf eine Bewertung des Gesundheitsfonds und der Steuerfinanzierung von Bereichen des Gesundheitssystems. Die bisherigen Erfahrungen mit Zuschüssen der öffentlichen Hand und der Rücknahme der Beschlüsse nach einer Legislaturperiode zeigen wie gefährlich es ist, wenn ein Gesundheitssystem nach der jeweiligen Haushaltslage ausgerichtet wird.

(14) Ausschuss für Gesundheit  
Ausschussdrucksache  
0130(8)  
Eingang am 2.11.2006

16. Wahlperiode

Deutsche | RHEUMA-LIGA  
Bundesverband e.V.



## **Stellungnahme der Deutschen Rheuma-Liga Bundesverband e. V. zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)**

### **Allgemeine Einschätzung**

Die Deutsche Rheuma-Liga unterstützt die Ziele der Bundesregierung, die Gesundheitsversorgung möglichst effizient zu gestalten und für alle Bürgerinnen und Bürger die soziale Sicherheit im Krankheitsfall zu gewährleisten.

Aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga enthalten die vorgesehenen Umsetzungswege bei den Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung positive Ansätze, unter anderem den Anspruch auf ein Versorgungsmanagement zur Vermeidung von Schnittstellenproblemen, die Verbesserung der Regelungen zur Beteiligung der Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung, die Einführung der geriatrischen Rehabilitation als Pflichtleistung und die Klarstellung für Regelungen zur Anerkennung von Praxisbesonderheiten. In den meisten Bereichen geht die konkrete Ausgestaltung nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga jedoch nicht weit genug. So muss zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit bereits vor der geriatrischen Rehabilitation der Zugang zur krankheitsspezifischen Rehabilitation verbessert werden und die Rehabilitation insgesamt eine Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherung werden. Auch sind immer noch keine Veränderungen der Bedarfsplanung vorgesehen, obwohl die Deutsche Rheuma-Liga immer wieder auf die Defizite der bisherigen Bedarfsplanung hinweist, die zu erheblichen Versorgungsdefiziten für rheumakranke Menschen führt.

Als problematisch wird die zunehmende Tendenz zu einzelvertraglichen Regelungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern gesehen, da diese zu einer weiteren Unübersichtlichkeit und fehlendem Zugang für chronisch Kranke führt.

Die Reform der Finanzierungswege für die Krankenversicherung ist nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga nicht gelungen, da das Ziel einer solidarischen Absicherung der Krankheitskosten durch alle gesellschaftlichen Gruppen mit dem Gesundheitsfonds nicht erreicht wird. Wesentliche Mehrkosten sind durch die Reform zu Lasten der gesetzlich Versicherten vorgesehen. Diese werden durch den Zusatzbeitrag, den die Krankenkassen erheben können, mit bis zu einem Prozent des Einkommens zusätzlich belastet. Besonders kritisch sieht die Deutsche Rheuma-Liga, dass ausgerechnet bei den Geringverdienern sogar mehr als ein Prozent des Einkommens erhoben wird, da ein Beitrag von bis zu 8 Euro pro Monat pauschal ohne Prüfung der Höhe des Einkommens eingezogen werden kann.

Als problematisch sieht die Deutsche Rheuma-Liga auch die an mehreren Stellen erfolgte Aufnahme eines Verschuldensprinzips als Maßstab für Finanzierungsentscheidungen in die Gesetzliche Krankenversicherung. So sollen die Versicherten an den Folgekosten bei medizinisch nicht indizierten Maßnahmen beteiligt werden und ein therapiegerechtes Verhalten bzw. die Wahrnehmung von Vorsorgemaßnahmen wird zum Entscheidungskriterium, ob chronisch Kranke die Überforderungsklausel von 1 % für Zuzahlungen in Anspruch nehmen können. Grundsätzlich sieht die Deutsche Rheuma-Liga zwar eine klare Verpflichtung der Betroffenen, an ihrer Krankheitsbewältigung und Gesundheitsvorsorge mit zu arbeiten. Die Bestrafung chronisch Kranker wird aber nicht als geeignete Maßnahme zur Erhöhung der Einsicht und Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit von Betroffenen gesehen.

## **Zu den Regelungen im Einzelnen:**

### **Zu § 5 SGB V-Entwurf**

Die Bundesregierung begründet mit dem Gesetzentwurf eine Versicherungspflicht für Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben. Damit soll sichergestellt werden, dass auch für die zunehmende Zahl der nicht Krankenversicherten die Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung möglich ist bzw. eine Krankenversicherung neu möglich ist, soweit eine andere Absicherung nicht gewährleistet ist.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt die geplante Regelung, da eine Absicherung im Krankheitsfall für alle gesellschaftlichen Gruppen gewährleistet sein muss.

### **Zu § 6 SGB V-Entwurf**

Zukünftig sollen abhängig Beschäftigte erst dann versicherungsfrei sein, wenn ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt in drei aufeinander folgenden Jahren die Jahresarbeitsentgeltgrenze überstiegen hat. Auf diese Weise wird ein Wechsel der freiwilligen Versicherten in die private Krankenversicherung erschwert. Die Bundesregierung will auf diese Weise zur Stärkung des Solidarprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen.

Die Deutsche Rheuma-Liga ist der Auffassung, dass die vorgesehene Regelung nicht weit genug geht. Mit der Gesundheitsreform sollte die Chance genutzt werden, die Krankenversicherung über alle Bevölkerungsschichten hinweg solidarisch zu finanzieren. Die in dem Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen behalten die Trennung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung aufrecht mit den damit verbundenen Problemen für die solidarische Finanzierung der Absicherung im Krankheitsfall. Einen Wechsel erst nach drei Jahren der Überschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze zu ermöglichen wird das Grundproblem der Abwanderung der besser Verdienenden in die privaten Krankenversicherungen nicht lösen. Hier muss nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga nachgebessert werden.

### **Zu § 11 Abs. 4 SGB V-Entwurf**

Der Gesetzentwurf sieht einen neu eingeführten Anspruch der Versicherten auf ein Versorgungsmanagement zur Lösung von Schnittstellenproblemen beim Übergang zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen vor.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt ausdrücklich die vorgesehene Regelung. Schnittstellenprobleme werden von rheumakranken Menschen immer noch regelmäßig berichtet. Die vorgesehene Neuregelung kann dazu beitragen, diese zu verringern. Darüber hinaus sind Regelungen vorzusehen, wie die Schnittstellen mit anderen Sozialleistungsträgern, insbesondere der Deutschen Rentenversicherung Bund im Bereich der Rehabilitation ebenfalls verringert werden können.

### **Zu § 13 SGB V-Entwurf**

Mit der Neuregelung entfällt die Pflicht der Krankenkassen, Versicherte zu beraten, bevor diese die Kostenerstattung wählen.

Die Deutsche Rheuma-Liga lehnt dies ab. Das Prinzip der Kostenerstattung führt für chronisch kranke Menschen zu einer hohen Belastung der Prüfung von Arztrechnungen und ggf. zu hohen Kosten, wenn die in Rechnung gestellten Beträge wesentlich über der Kostenerstattung der Krankenkassen liegen und die Betroffenen diese Zahlung übernehmen müssen. Die Beratungspflicht der Krankenkassen muss daher erhalten bleiben.

Aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga sollte statt der Wahlmöglichkeit einer Kostenerstattung eine verpflichtende Patientenquittung ohne zusätzliche Kosten für die Betroffenen eingeführt werden, damit diese über die Kosten ihrer Behandlung und über die vom Leistungserbringer abgerechneten Leistungen informiert sind.

### **Zu § 20 c SGB V-Entwurf**

Der Gesetzentwurf sieht einen eigenen § 20 c zur Förderung der Selbsthilfe vor. Mit der Neuregelung soll die Förderung der Selbsthilfe gestärkt und weiter entwickelt werden. Insbesondere wird sichergestellt, dass das vorgesehene Fördervolumen nicht unterschritten wird, indem nicht verbrauchte Fördermittel zur Förderung im darauf folgenden Jahr zur Verfügung stehen müssen.

Im Hinblick auf das Verfahren wird eine Beteiligung der Spitzenorganisationen der Selbsthilfe an der Erstellung des Verzeichnisses der Krankheitsbilder, bei deren gesundheitlicher Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist, sowie bei der Erstellung der Grundsätze zu den Inhalten der Förderung und zur Verteilung der Fördermittel auf die verschiedenen Förderebenen und Förderbereiche vorgesehen. Es wird darüber hinaus festgelegt, dass die Förderung durch pauschale Zuschüsse und als Projektförderung erfolgen kann, um die pauschale Förderungsmöglichkeit zu stärken.

Im Bezug auf das Vergabeverfahren wird festgelegt, dass die Förderung auf der Landesebene und in den Regionen entsprechend dem Wohnort der Versicherten erfolgen soll. Hierdurch soll eine zielgerichtete Verwendung der Gelder erreicht werden. Außerdem wird festgelegt, dass mindestens 50 % der Fördermittel für kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung aufzubringen sind, und dass die Krankenkassen hierzu durch die Vertretung der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen beraten werden.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt grundsätzlich, dass der Förderung der Selbsthilfe mit dem Gesetzentwurf ein noch höherer Stellenwert zugewiesen wird. Besonders begrüßt wird die Regelung, dass die nicht ausgeschütteten Fördermittel im Folgejahr zur Verfügung gestellt werden müssen. Der bisherigen Praxis der Krankenkassen, nur einen Teilbetrag der verpflichtend festgelegten Beträge auszuschöpfen, wird damit endlich abgeholfen.

Eine Problematik wird darin gesehen, dass aufgrund der Organisationsreform zukünftig der Spitzenverband Bund der Krankenkassen über die Förderung der Selbsthilfe allein entscheiden wird. Die Selbsthilfeorganisationen werden damit auf Bundesebene von der Förderung allein durch einen Zuwendungsgeber abhängig.

### **Zu § 31 SGB V-Entwurf**

Mit der Gesetzesänderung wird ein Höchstbetrag für innovative Arzneimittel eingeführt. Wenn der Preis des Arzneimittels den Erstattungshöchstbetrag übersteigt, hat zukünftig der Versicherte die Mehrkosten zu tragen.

Grundsätzlich unterstützt die Deutsche Rheuma-Liga das Bemühen der Bundesregierung, im Bereich der Arzneimittel die zusätzliche Kostenbelastung bei innovativen Medikamenten in ein angemessenes Verhältnis zum medizinischen Zusatznutzen zu stellen. Es ist jedoch zu befürchten, dass die Festlegung des Nutzens ohne Berücksichtigung der patientenrelevanten Faktoren erfolgt. So müssen aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga auch Innovationen als Fortschritt erstattungsfähig bleiben, bei denen der Zusatznutzen im Bereich der einfacheren Anwendung (z.B. Möglichkeit des Selbstspritzens gegenüber zeitraubenden Infusionen) oder der Nebenwirkungsreduktion liegen. In diesen Bereichen haben Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses bisher zum Teil die Patientenperspektive nicht ausreichend berücksichtigt. Dies würde in Kombination mit der neuen Höchstpreisregelung dazu führen, dass Patienten, die ein neues Präparat aufgrund der einfacheren Anwendung nutzen wollen, dieses zukünftig teilweise selbst bezahlen müssten. Dies ist aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga nicht akzeptabel.

### **Zu § 33 SGB V-Entwurf**

Mit der Neuregelung des § 33 wird die Versorgung mit Hilfsmitteln in der Regel auf solche Hilfsmittel beschränkt, deren Hersteller Verträge mit den Krankenkassen abgeschlossen haben. Die Krankenkassen sollen zukünftig vor dem Abschluss von Verträgen Ausschreibungen vornehmen. Wenn Versicherte einen anderen Leistungserbringer wählen, mit dem ihre Krankenkasse keinen Vertrag abgeschlossen hat, müssen sie die entstehenden

Mehrkosten selbst tragen. An der bisherigen Regelung, dass allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens nicht erstattungsfähig sind, wird nichts geändert.

Die Deutsche Rheuma-Liga kritisiert die vorgesehene Regelung zur Ausschreibung von Hilfsmitteln. Es ist zu befürchten, dass zukünftig allein der Preis und nicht mehr die Qualität des Hilfsmittels bei der Vertragsgestaltung der Krankenkassen berücksichtigt werden, auch wenn im Gesetzestext ausdrücklich auf die Qualitätsanforderungen verwiesen wird. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass auch bei einem berechtigten Interesse der Betroffenen die Mehrkosten durch den Versicherten zu tragen sind. Die Wahlfreiheit der Betroffenen wird damit abhängig von den finanziellen Möglichkeiten. Dies ist nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga nicht akzeptabel. Bereits heute decken die Festbeträge nicht in allen Fällen die erforderlichen Kosten für Hilfsmittel. Diese Tendenz würde sich weiter verstärken und damit zusätzliche Kosten für chronisch rheumakranke Menschen verursachen, die nicht in die Überforderungsklausel von 1 % eingehen.

Darüber hinaus ist nichts an der problematischen Regelung geändert worden, dass Hilfsmittel des alltäglichen Gebrauchs nicht erstattungsfähig sind. Rheumakranke Menschen benötigen eine Vielzahl von Hilfsmitteln des alltäglichen Gebrauchs, die regelmäßig wesentlich teurer sind, als vergleichbare Gebrauchsgegenstände für nicht behinderte Menschen. Die behinderungsbedingten Mehrkosten müssen nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga durch die Krankenkassen erstattungsfähig werden.

### **Zu § 35 b SGB V-Entwurf**

Mit der Regelung wird die vorgesehene Nutzenbewertung durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen in eine Kosten-Nutzen-Bewertung erweitert.

Dabei muss nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga sichergestellt werden, dass bei alternativlosen Arzneimitteln die Kosten auf jeden Fall übernommen werden. Darüber hinaus muss sichergestellt werden, dass die Patientenbeteiligung nach § 139 a eine Einbeziehung der relevanten Organisationen für die jeweiligen Erkrankungen bei dieser Kosten-Nutzenbewertung direkt sicherstellt und nicht nur eine Einbeziehung der Dachverbände vorgesehen wird.

### **Zu § 37b SGB V-Entwurf**

Neu eingeführt wird mit dem Gesetzentwurf ein Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt die Aufnahme der ambulanten Palliativversorgung in den Versorgungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen. Für Menschen mit schwersten rheumatischen Erkrankungen, die in seltenen Fällen trotz medizinischer Behandlung zum Tode führen, ist die Sicherung der ambulanten Palliativbehandlung ein wesentlicher Fortschritt zur Verbesserung der Lebensqualität in den letzten Lebensmonaten.

## **Zu § 40 SGB V-Entwurf**

Versicherte können nach dem Gesetzentwurf bei einer Rehabilitationsmaßnahme auch eine zertifizierte Einrichtung wählen, mit der ihre Krankenkasse keinen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, müssen dann aber die dadurch entstehenden Mehrkosten tragen.

Bereits jetzt besteht nach § 9 SGB IX ein Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten im Hinblick auf die Entscheidung über die Leistungen und die Ausführung der Leistungen. Das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten wird bisher durch die Krankenkassen nicht angemessen umgesetzt. Immer noch werden Rheumapatienten entgegen deren Wünschen in nicht qualifizierte Einrichtungen zur Rehabilitation geschickt, nur weil die Krankenkasse mit der entsprechenden Einrichtung einen Vertrag hat.

Die Durchsetzung des Wunsch- und Wahlrechtes der Betroffenen ist nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga dringend erforderlich. Durch die nun vorgesehene Neuregelung im § 40 SGB V wird aber den Versicherten die Kostenpflicht für ggf. entstehende Mehrkosten bei einer Einrichtung, mit der kein Versorgungsvertrag besteht, auferlegt. Statt die Krankenkassen zu verpflichten, das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten tatsächlich umzusetzen, wird eine Quelle zusätzlicher finanzieller Belastungen für die Betroffenen eingerichtet, wenn diese sicherstellen, dass ihre Behandlung in einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung durchgeführt wird. Die Deutsche Rheuma-Liga fordert die Bundesregierung daher auf, die Kostenpflicht für die Nutzung geeigneter Einrichtungen nicht einzuführen.

Die Neuregelung des § 40 sieht außerdem vor, dass ambulante Rehabilitation nicht nur in wohnortnahen Einrichtungen, sondern auch als mobile Rehabilitationsleistung erbracht werden können.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt die Öffnung für die mobilen Rehabilitationsleistungen. Dieses Angebot wird vor allem nicht mobilen und pflegeabhängigen Betroffenen die Möglichkeit zu einer fachgerechten Rehabilitation ermöglichen. Dabei muss jedoch sichergestellt werden, dass nicht Leistungen, die in stationären Einrichtungen erbracht werden sollten, künftig im Rahmen der ambulanten aufsuchenden Rehabilitation erbracht werden. Dies muss im Gesetzentwurf ausgeschlossen werden, indem eine deutliche Nachrangigkeit der mobilen Rehabilitation gegenüber den beiden anderen Rehabilitationsformen vorgesehen wird.

## **Zu § 40 a SGB V-Entwurf**

Mit dem Gesetzentwurf wird ein Rechtsanspruch auf Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation eingeführt.

Nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga ist grundsätzlich zu befürworten, dass Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden. Für die rheumatischen Erkrankungen muss dies jedoch über den Bereich der geriatrischen Rehabilitation hinausgehen. Um Pflegebedürftigkeit bei rheumatischen Erkrankungen zu vermeiden bzw. hinauszuzögern und eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu erhalten, müssen Rehabilitationsleistungen

bereits wesentlich früher durchgeführt werden. Nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga sollte gerade aufgrund der Neugestaltung der Finanzierung und der absehbaren Versuche der Krankenkassen, auf jeden Fall die Erhebung eines Zusatzbeitrages zu vermeiden, die Rehabilitationsleistungen auch bei chronischen Erkrankungen als Pflichtleistung gefasst werden.

### **Zu § 52 SGB V-Entwurf**

Mit der Neuregelung des § 52 Abs. 2 wird ein Verschuldensprinzip für die Folgen medizinisch nicht indizierter Maßnahmen in die gesetzliche Krankenversicherung eingeführt. Dabei wird im Gesetzestext z. B. auf ästhetische Operationen, eine Tätowierung oder ein Piercing abgestellt.

Aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga ist die Aufnahme eines Verschuldensprinzips über den Vorsatz hinaus klar abzulehnen. Die Formulierung im Gesetzestext zeigt bereits, dass über die drei genannten Bereiche der ästhetischen Operationen, der Tätowierung und des Piercings hinaus weitere Maßnahmen einbezogen werden können. Die vorgesehene Regelung öffnet Tür und Tor für Versuche der Krankenkassen, die Regelung auch auf andere aus ihrer Sicht nicht indizierte Leistungen auszuweiten. Aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga darf eine Einführung des Verschuldensprinzips nicht erfolgen.

### **Zu § 53 SGB V-Entwurf**

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz sollen den Krankenkassen umfassende Möglichkeiten für Wahltarife eingeräumt werden. Hierzu gehören u.a. Selbstbehalte und das Kostenerstattungsprinzip.

Nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga dürfen keine Wahltarife eingeführt bzw. fortgeführt werden, die die solidarische Finanzierungsgrundlage der gesetzlichen Krankenversicherung durchbrechen. Hierzu gehören in erster Linie die vorgesehenen Selbstbehalte. Diese sollten ersatzlos gestrichen werden.

### **Zu § 62 SGB V-Entwurf**

Mit den Neuregelungen des § 62 SGB V sollen Versicherte zur Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen verpflichtet werden. Auch soll die Mitarbeit chronisch kranker Menschen an der Behandlung dadurch sichergestellt werden, dass die Überforderungsklausel nur dann greift, wenn der Arzt ein therapiegerechtes Verhalten des Versicherten feststellt. Dies kann z. B. durch die Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm nachgewiesen werden.

Die Deutsche Rheuma-Liga unterstützt grundsätzlich die Verpflichtung von Betroffenen, an ihrer Behandlung mitzuarbeiten und Vorsorgemaßnahmen wahrzunehmen. Aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga darf dies jedoch nicht dazu führen, dass Betroffene, die Vorsorgeuntersuchungen nicht wahrgenommen haben bzw. sich nicht in ein strukturiertes Behandlungsprogramm einschreiben, durch zusätzliche Kosten bestraft werden. Aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga müssten hier klare Bonusstrukturen eingeführt wer-

den. Eine Verpflichtung zur Wahrnehmung kostenpflichtiger Vorsorgeuntersuchungen darf auf keinen Fall erfolgen.

Mit der vorgesehenen Regelung würde das Arzt-Patienten-Verhältnis eine weitere hohe Belastung erfahren. Grundsätzlich widerspricht das vorgesehene Verfahren allen neueren Ansätzen des Shared-Decision-Making zwischen Arzt und Patient. Das Konzept stellt allein auf die Anweisung des Arztes und die Verpflichtung des Betroffenen, diese zu befolgen, ab. Nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga ist diese Regelung grundsätzlich nicht geeignet, um eine gemeinsame Entscheidungsfindung in der Behandlung und den Willen der Betroffenen zur Mitarbeit zu fördern.

### **Zu § 73 b SGB V-Entwurf**

Mit dem Gesetzentwurf wird festgelegt, dass die Krankenkassen ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung anzubieten haben. Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung soll für die Versicherten freiwillig sein.

Aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga ist sicherzustellen, dass die Angebote zur hausarztzentrierten Versorgung auch langfristig freiwillig bleiben. Hier ist kritisch anzumerken, dass auch die Einführung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) als freiwillig für die Versicherten deklariert wurde, jetzt aber mit dem Gesetzentwurf finanzielle Nachteile für die Versicherten eingeführt werden sollen, wenn sie nicht an den vorhandenen DMPs teilnehmen, da sie dann nicht auf die reduzierte Überforderungsklausel zurückgreifen können.

### **Zu § 73c SGB V-Entwurf**

Der neu gefasste § 73c SGB V ermöglicht den Krankenkassen den Abschluss von Selektivverträgen mit einzelnen Leistungserbringern, Gemeinschaften von Leistungserbringern oder Kassenärztlichen Vereinigungen.

Aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga ist grundsätzlich der Abschluss von speziellen Versorgungsverträgen zur Förderung des Qualitätswettbewerbes unter den Leistungserbringern positiv zu bewerten. Die mit dem Gesetzentwurf vorgesehene Ausrichtung auf einen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen wird nicht für sinnvoll erachtet, da auf diese Weise das System der Gesundheitsversorgung für chronisch kranke Menschen noch weiter unverständlich und unübersichtlich wird. Insgesamt ist festzustellen, dass das System der Gesundheitsversorgung für chronisch kranke Menschen kaum noch durchschaubar ist. Mit der jetzt geplanten Regelung würde diese Tendenz noch weiter verschärft, was vor allem zu Problemen für ältere und krankheitsbedingt stark eingeschränkte Versicherte führen wird.

Auch kann die Situation entstehen, dass Betroffene aufgrund spezieller Versorgungsangebote ihrer Krankenkassen nicht in der Lage sind, die Kasse aufgrund der Erhebungen des Zusatzbeitrages zu wechseln. Auf diese Weise wird speziell für chronisch Kranke der Wechsel zu einer günstigeren Krankenkasse mit Versorgungsdefiziten verbunden.

## **Zu § 73d SGB V-Entwurf**

Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass bei der Verordnung von besonderen Arzneimitteln ein speziell qualifizierter Arzt eine Zweitmeinung abgeben muss. In der Gesetzesbegründung wird ausdrücklich auf die bei Autoimmunerkrankungen eingesetzten Biologica verwiesen.

Aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga ist grundsätzlich gegen ein Zweitmeinungsverfahren bei besonders hochpreisigen Arzneimitteln nichts einzuwenden. Die Deutsche Rheuma-Liga befürchtet jedoch, dass aufgrund der fehlenden Zahl von Rheumatologen durch die geplante Neuregelung zusätzliche Engpässe in der Versorgung entstehen werden, da bereits jetzt die Wartezeiten für einen Termin beim Rheumatologen zum Teil über 6 Monate betragen. Wenn diese unhaltbare Situation noch durch Zweitmeinungsverfahren verschärft wird, wird dies der Versorgung weiteren Schaden zufügen. Auch muss sichergestellt werden, dass eine ausreichende Zahl von besonders qualifizierten Ärzten verfügbar ist, was für den Bereich der Rheumatologie kaum leistbar sein wird, da bereits jetzt in Teilen der östlichen Bundesländer kaum noch Rheumatologen praktizieren.

Darüber hinaus wäre bei der Einführung solcher Verfahren sicherzustellen, dass für die Patienten keine zusätzlichen Kosten, z. B. durch erneute Zahlungen von Praxisgebühren im neuen Quartal und zusätzliche Fahrtkosten anfallen.

Als positiv gewertet wird die Einbeziehung der besonderen Arzneimittel in die Praxisbesonderheiten, die bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit berücksichtigt werden. Hier hat es in der Vergangenheit immer wieder Probleme gegeben, die die Versorgung mit innovativen Medikamenten beeinträchtigt hat.

## **Zu §§ 85, 85 a und b SGB V-Entwurf SGB V-Entwurf**

Der Gesetzentwurf sieht auch eine Neuregelung im Hinblick auf die Gesamtvergütung vor. So wird eine Euro-Gebührenordnung eingeführt, bei der auch regionale Zu- und Abschläge aufgrund von Über-/Unterversorgung ermöglicht werden. Die Festlegung erfolgt auf Landesebene unter Einbeziehung der Vorgaben des Bewertungsausschusses des Spitzenverbandes der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Die Zu- und Abschläge können nur regional gegeben und nicht auf Arztgruppen bezogen werden.

Die Deutsche Rheuma-Liga unterstützt grundsätzlich eine gerechtere und den Versorgungsnotwendigkeiten angepasste Vergütung von Ärzten. Sie begrüßt alle Maßnahmen, die zum Abbau von regionaler Unterversorgung mit Ärzten führen kann.

Problematisch ist an den vorgesehenen Regelungen aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga jedoch, dass die Festlegung der Gesamtvergütung aufgrund der derzeit erfolgten Behandlungsfälle mit einer Einbeziehung der Änderung der morbiditätsbedingten Leistungsmenge festgelegt werden soll. Im Bereich der Rheumatologie ist eine massive Unterversorgung im fachärztlichen Bereich derzeit festzustellen. Mit der Festschreibung der Euro-Gebührenordnung auf das derzeitige Leistungsvolumen wird für diesen Bereich die Unterversorgung festgeschrieben. Hier müssen dringend Nachbesserungen vorgenommen werden.

Die Einbeziehung von Morbiditätsdaten in die Festlegung der Gesamtvergütung wird unterstützt. Hier ist jedoch nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga bei der Festlegung des Verfahrens zur Bestimmung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur eine Patientenbeteiligung an den Entscheidungen des Bewertungsausschusses dringend vorzuschreiben. Da der Bewertungsausschuss auch die Möglichkeiten zu regionalen Zu- und Abschlägen aufgrund unterschiedlicher Versorgungsstrukturen festlegt, ist eine Patientenbeteiligung elementar.

Bei der Festlegung von Regelleistungsvolumina müssen nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga über die Arztgruppen hinaus auch die Schwerpunktbereiche differenziert werden. Der Aufwand ist bei verschiedenen Schwerpunkten, z. B. im Bereich der inneren Medizin, unter Umständen wesentlich unterschiedlich. Wenn diese z. B. für allgemein tätige Internisten und Rheumatologen gleich sind und die Morbidität alleine aufgrund von Alter und Geschlecht bestimmt wird, sind hier erhebliche Verwerfungen zu befürchten, die sich negativ auf die Honorarsituation der Ärzte in einzelnen Schwerpunktbereichen auswirken wird, was in der Folge wiederum zu Versorgungsdefiziten der Versicherten führt.

Die für die Festlegung der Morbiditätsstruktur der Versicherten erforderliche Datenlage führt außerdem nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga zu nicht akzeptablen Weitergaben nicht anonymisierter Versichertendaten. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen im § 85a Abs. 6 sind nicht geeignet, die Daten der Versicherten zu schützen. Hier müssen dringend Nachbesserungen erfolgen.

### **Zu § 87 SGB V-Entwurf**

Mit dem Gesetzentwurf wird dem Bewertungsausschuss von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und dem Spitzenverband der Krankenkassen auf Bundesebene die Aufgabe zugeteilt, einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztliche Vergütung festzulegen. Dabei sollen auch unterschiedliche Orientierungswerte für die Leistungen im Regelfall, bei Unterversorgung oder bei Überversorgung erarbeitet werden.

Die Deutsche Rheuma-Liga hat bereits mehrfach darauf hingewiesen, dass die Feststellung von Unterversorgung, wenn sie allein auf die übergeordneten Arztgruppen und nicht auf die Schwerpunktbezeichnungen der Ärzte ausgerichtet sind, zu keinen verlässlichen Ergebnissen führt. Wenn mit dem neuen Gesetzentwurf auch die Vergütung der Ärzte an die Feststellung von Unter- bzw. Überversorgung geknüpft wird, würde die bereits jetzt katastrophale Versorgungssituation Rheumakranker, die unter anderem auch auf die fehlende Spezifizierung der Bedarfsplanung im Hinblick auf die Schwerpunkte der Ärzte zurückzuführen ist, noch weiter verschlechtert. Auch wenn grundsätzlich die Idee, durch Zu- und Abschläge Anreize für die Niederlassung in unterversorgten Regionen zu geben, positiv gesehen wird, ist bei der derzeitigen Anbindung an die Bedarfsplanung eine weitere Verschlechterung der Versorgungslage absehbar.

### **Zu § 91 SGB V-Entwurf**

Mit dem Gesetzentwurf wird eine Neuorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehen. Die ehrenamtlichen Mitglieder von KBV, DKG und Krankenkassen werden durch hauptamtliche Mitglieder im Beschlussgremium ersetzt.

Aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga ist die vorgesehene Professionalisierung der Entscheidungsstrukturen unter Beibehaltung der Ehrenamtlichkeit von Patientenvertretern nur dann akzeptabel, wenn die entsendenden Organisationen der Patientenvertreter eine strukturelle und finanzielle Unterstützung erhalten. Andernfalls wird das Informations- und Beteiligungsgefälle zwischen den hauptamtlichen Mitarbeitern und den Patientenvertretern noch weiter verschärft.

### **Zu § 101 SGB V-Entwurf**

Der Gesetzentwurf sieht keine Veränderung im Hinblick auf die Grundlagen zur Bestimmung von Überversorgung vor.

Die Deutsche Rheuma-Liga weist immer wieder darauf hin, dass die derzeitige Praxis der Bedarfsplanung einer angemessenen Versorgung rheumakranker Menschen nicht gerecht wird, da nicht die Schwerpunkte, sondern lediglich die Arztgruppen berücksichtigt werden. Hier müssen dringend Änderungen am Gesetzentwurf vorgenommen werden, die klarstellen, dass für alle Schwerpunkte von Ärzten eigene Verhältniszahlen festgelegt werden müssen.

### **Zu § 106 Abs. 5 a SGB V-Entwurf**

Der Gesetzentwurf sieht eine Neuregelung der Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung vor. Dabei soll u. a. auch das Verfahren zur Anerkennung von Praxisbesonderheiten klar gestellt und vereinfacht werden.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt diese geplante Änderung, da es in der Vergangenheit immer wieder regionale Probleme bei der Anerkennung von Praxisbesonderheiten gegeben hat.

### **Zu § 116 b SGB V-Entwurf**

Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass zukünftig die ambulante Behandlung in Krankenhäusern ermöglicht werden soll, wenn dies im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes vorgesehen ist. Hierfür soll eine einvernehmliche Bestimmung mit allen an der Krankenhausplanung beteiligten erreicht werden.

Aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga ist es zu begrüßen, dass die Bundesregierung die bisher unbefriedigende Umsetzung des § 116 b zum Anlass genommen hat, die Verfahren zu ändern. Es ist jedoch zu befürchten, dass die Beauftragung der Landeskrankenhauspläne erneut eine Zeitverzögerung mit sich bringen wird, da die Ländereinrichtungen bisher nur punktuell mit diesem Thema befasst waren. Auch ist auf jeden Fall sicherzu-

stellen, dass bei der Landeskrankenhausplanung eine angemessene Patientenbeteiligung realisiert wird.

### **Zu § 132 a-c SGB V-Entwurf**

Mit dem Gesetzentwurf wird für die Bereiche der häuslichen Krankenpflege, der Soziotherapie und der sozial-medizinischen Nachsorgemaßnahmen auf gemeinsame Richtlinien auf Bundesebene verzichtet. Dies wird nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga dazu führen, dass in den einzelnen Bundesländern und Regionen sehr unterschiedliche Regelungen angewendet werden, die nicht einer gleichmäßigen Versorgungsqualität dienen. Die Regelungen müssen daher nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga weiterhin auf Bundesebene festgelegt werden.

### **Zu § 133 SGB V-Entwurf**

Im Gesetzentwurf sind pauschale Abschläge für die Erbringer von Fahrdiensten vorgesehen.

Hier wird nicht überprüft, ob der Ausgabenanstieg im Bereich der Fahrtkosten aufgrund einer veränderten Versorgungssituation entstanden ist. Pauschale Abschläge ohne inhaltliche Begründungen können nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga kein geeignetes Mittel zur Steuerung der Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung sein.

### **Zu § 135 SGB V-Entwurf**

Mit dem Gesetzentwurf wird für den Gemeinsamen Bundesausschuss eine Frist von 6 Monaten gesetzt, innerhalb derer eine Beschlussfassung zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erfolgt sein muss. Wenn dies nicht der Fall ist, kann die Leistung nach Ablauf weiterer 6 Monate zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt die vorgesehene Regelung, da in der Vergangenheit immer wieder der Eindruck entstanden ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss die Entscheidung unnötig verzögert hat und damit neue Methoden nicht zügig in die Versorgung einbezogen wurden. Entsprechende Fristen sollten auch für die Bearbeitung des Gemeinsamen Bundesausschusses in anderen Versorgungsbereichen eingeführt werden, z.B. bei Präventionsmaßnahmen.

### **Zu § 139 SGB V-Entwurf**

Der Gesetzentwurf sieht eine Neuregelung des Hilfsmittelverzeichnisses und der Qualitätssicherung bei der Hilfsmittelversorgung vor. Dabei wird auch klargestellt, dass der Leistungsanspruch der Versicherten durch das Hilfsmittelverzeichnis nicht abschließend konkretisiert wird.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt diese Klarstellung, da in der Vergangenheit mit Verweis auf das Hilfsmittelverzeichnis notwendige Hilfsmittel nicht durch die Krankenkassen finanziert worden sind.

### **Zu § 139 a SGB V-Entwurf**

Der Gesetzentwurf sieht im Hinblick auf das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen vor, dass zukünftig über die Nutzenbewertung hinaus eine Kosten-Nutzen-Bewertung durchgeführt wird. Der Arbeitsauftrag wird außerdem auf die Diagnostik und Therapie von Krankheiten mit erheblicher epidemiologischer Bedeutung erweitert. Im Hinblick auf das Verfahren wird festgelegt, dass die Patientenorganisationen Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben wird.

Die Deutsche Rheuma-Liga weist darauf hin, dass die Ausweitung des Arbeitsauftrages des IQWiG dann mit erheblichen Problemen für die Versorgung verbunden sein wird, wenn das IQWiG weiterhin die Praxis beibehält, lediglich Studien mit sehr hohen Evidenzklassen in der Bewertung zu berücksichtigen. Dies wird der Versorgung in vielen Bereichen nicht gerecht, in denen randomisierte und kontrollierte Studien nicht oder nur unter Einschränkung möglich sind. Das Verfahren des IQWiG muss daher internationalen Gepflogenheiten angepasst werden, auch Erfahrungen aus der Versorgung und Versorgungsstudien mit einzubeziehen, die geringere Evidenzklassen aufweisen. Andernfalls ist mit erheblichen Problemen für die Versorgung zu rechnen. Bei der Patientenbeteiligung muss sichergestellt sein, dass hier nicht nur die Dachverbände bei der Anhörung beteiligt werden, sondern vor allem die diagnosespezifisch relevanten Organisationen gehört werden.

### **Zu § 140 a SGB V-Entwurf**

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass zukünftig Verträge der integrierten Versorgung eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen sollen.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt grundsätzlich die vorgesehene Regelung. Dabei muss jedoch sichergestellt werden, dass erfolgreiche kleinere Projekte zur Verbesserung der Versorgung rheumakrankter Menschen nicht aufgrund der Neuregelung eingestellt werden. Außerdem sollte sichergestellt werden, dass die Ziele der integrierten Versorgungsverträge sowie die darin vorgesehenen Maßnahmen öffentlich zugänglich gemacht werden, damit eine höhere Transparenz für die Betroffenen erreicht werden kann. Hierzu ist eine zentrale Aufbereitung dieser Informationen, z. B. im Internet, zu realisieren.

### **Zu § 140f SGB V-Entwurf**

Im Gesetzentwurf wird das Recht der Organisationen von Patienten, Anträge im Rahmen der Beteiligung an Entscheidungen im Gesundheitswesen zu stellen u. a. auf die Erweiterung der Liste von seltenen Erkrankungen, Erkrankungen mit speziellen Behandlungsverläufen und hochspezialisierten Leistungen sowie auf Qualitätssicherungsmaßnahmen ausgedehnt.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt die vorgesehene Ausweitung der Beteiligungsrechte. Nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga müssen darüber hinaus dringend Beteiligungen von Patientenorganisationen an der Landeskrankenhausplanung sowie an den Entscheidungen des Bewertungsausschusses realisiert werden. Dies gilt insbesondere, da dem Bewertungsausschuss durch die Festlegung der Kriterien für die Berechnung der Morbiditätsstruktur mit dem Gesetzentwurf neue Aufgaben zugewiesen werden. Hier muss dringend die Information der Patientenorganisationen zu den Versorgungssituationen mit berücksichtigt werden.

### **Zu § 242 SGB V-Entwurf**

Der Gesetzentwurf sieht eine neue Struktur der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung vor. Es wird ein Gesundheitsfonds eingerichtet, wobei für den allgemeinen Beitragssatz die Festlegung durch die Bundesregierung erfolgt. Darüber hinaus können die Krankenkassen einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag erheben, der auf maximal 1 % der beitragspflichtigen Einnahmen des Versicherten begrenzt ist. Sofern der monatliche Zusatzbeitrag den Betrag von 8 € nicht übersteigt, kann die Krankenkasse diesen ohne Prüfung der Höhe der Einnahmen des Mitglieds einziehen. Wenn die Zuweisungen aus dem Fonds den Finanzbedarf einer Krankenkasse übersteigen, kann die Krankenkasse Prämien an ihre Mitglieder auszahlen.

Die Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband wehrt sich entschieden gegen die Einführung eines allein von den Versicherten zu tragenden Zusatzbeitrages. Mit dem Zusatzbeitrag wird ein weiterer Schritt aus der Paritätischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung durch Arbeitgeber und Versicherte hinaus getan. Der Zusatzbeitrag würde außerdem insbesondere die Bezieher sehr kleiner Einkommen benachteiligen, deren Einkommen unterhalb von 800 € liegen. Ausgerechnet bei dieser Gruppe der Geringverdiener kann der Zusatzbeitrag oberhalb von 1 % der Einnahmen liegen.

Die Deutsche Rheuma-Liga weist außerdem darauf hin, dass es eine absehbare strukturelle Folge des Zusatzbeitrages ist, dass die Krankenkassen erhebliche Einsparanstrengungen ausüben werden, um die Erhebung eines Zusatzbeitrages zu vermeiden. Hierbei sind besonders die Kann-Leistungen, wie die Rehabilitation, gefährdet. Es ist daher zu befürchten, dass sich durch den Zusatzbeitrag auch die Versorgung chronisch kranker Menschen verschlechtern wird.

Für unverantwortlich hält die Deutsche Rheuma-Liga außerdem die Möglichkeit, dass Krankenkassen Prämien an ihre Mitglieder zahlen können, wenn sie mit geringeren Ausgaben auskommen. Auf diese Weise wird die solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen weiter untergraben.

### **Zu § 266 SGB V-Entwurf**

Aus dem Gesundheitsfonds erhalten die Krankenkassen nach dem Gesetzentwurf Zuweisungen zur Deckung ihrer Ausgaben. Die Zuweisungen setzen sich aus einer Grundpauschale sowie alters-, geschlechts- und risikoattestierten Zu- und Abschlägen zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen zusammen.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt grundsätzlich, dass mit dem Gesetzentwurf ein grundlegender morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich eingeführt wird.

### **Zu § 268 SGB V-Entwurf**

Die Gestaltung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich wird über die Frage entscheiden, ob gesetzliche Krankenversicherungen, die viele chronisch kranke Mitglieder haben, mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds auskommen werden oder ob diese Kassen einen Zusatzbeitrag erheben müssen. Bei der Festlegung der Morbiditätsgruppen sollen 50-80 Krankheiten, insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf, speziell berücksichtigt werden.

Experten bezweifeln, ob die Zahl der Erkrankungen ausreichend sein wird, um die Morbiditätsstruktur tatsächlich abdecken zu können. Die Deutsche Rheuma-Liga fordert die Bundesregierung daher auf, vor dem Beschluss über den Risikostrukturausgleich, der mit einer Rechtsverordnung erfolgen soll, die Organisationen der Patientenselbsthilfe anzuhören. Die derzeitige Konzeption birgt vor allem die Gefahr, dass Krankenkassen, die eine hohe Zahl von Betroffenen mit Krankheiten als Mitglieder haben, die im Hinblick auf die Kostenverursachen im mittleren Bereich liegen, erhebliche finanzielle Probleme bekommen werden. Dies könnte z.B. für Betroffene mit Arthrosen gelten.

### **Zu § 275 SGB V-Entwurf**

Der Gesetzentwurf sieht eine Neuregelung der Arbeit des medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) vor. U. a. wird für die Prüfung der Notwendigkeit von Rehabilitations- und Vorsorgemaßnahmen eine Stichprobenprüfung durch den MDK vorgesehen, statt der bisherigen regelmäßigen Prüfung.

Die Deutsche Rheuma-Liga unterstützt die Absicht der Bundesregierung, Bürokratie abzubauen und den Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen zu verbessern.

### **Zu § 15 SGB XI-Entwurf**

Mit dem Gesetzentwurf wird im Bereich der Pflegeversicherung die Berücksichtigung von Zeitaufwand für erforderliche Leistung der Behandlungspflege bei der Begutachtung vorgesehen.

Die Deutsche Rheuma-Liga kritisiert, dass nach der vorgesehenen Regelung kein Wahlrecht für die Betroffenen vorgesehen wird, das es ermöglicht zu wählen, ob die Behandlungspflege als Teil der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Pflegeversicherung erbracht werden soll. Es ist sicherzustellen, dass Betroffene die Leistungen der Behandlungspflege auf ihren Wunsch hin im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung weiter erhalten können. Dies ist vor allen Dingen für notwendige Leistungen im Anschluss an Rehabilitationsmaßnahmen und stationäre Aufenthalte von hoher Bedeutung, wenn durch die häusliche Krankenpflege die Notwendigkeit einer stationären Betreuung vermieden werden kann, aber die Eingangsvoraussetzung von einer mehr als sechs Monate bestehenden Pflegebedürftigkeit für die Pflegeversicherung nicht erfüllt

sind. Die vorgesehene Regelung bringt die Gefahr mit sich, dass weiterhin Pflegeversicherung und Krankenversicherung die Kostenträgungsverpflichtung jeweils mit Verweis auf die Leistungspflicht der anderen Versicherung von sich weisen.

### **Zu § 62b SGB XI-Entwurf**

Nach dem Gesetzentwurf können die Pflegeeinrichtungen den Verträgen zur Integrierten Versorgung beitreten bzw. eigene Verträge zur Integrierten Versorgung abschließen.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt diese Einbeziehung von Pflegebedürftigen in die Integrierte Versorgung.

### **Zu § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

Mit dem Gesetzentwurf sollen für Patienten mit außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen, die im DRG-System bisher zu extrem hohen Kostenunterdeckungen der Krankenhäuser führen, geeignete Vergütungsformen entwickelt werden.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt diese Regelung, da die DRG's in Einzelfällen keine geeigneten Kostendeckungspauschalen für schwerwiegende Fälle vorgesehen haben und dies insbesondere bei Universitätskliniken und Kliniken der Maximalversorgung zu erheblichen Finanzierungsproblemen geführt hat.

(14) Ausschuss für Gesundheit  
Ausschussdrucksache  
0130(20)  
Eingang am 6.11.2006  
  
16. Wahlperiode



Deutscher Evangelischer  
Krankenhausverband e.V.

DEKV e.V. | Reinhardtstraße 18 | 10117 Berlin

per E-Mail

Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages  
Frau Dr. Martina Bunge, MdB, Vorsitzende  
Herrn Dr. Hans-Georg Faust, MdB, stellv. Vorsitzender  
Platz der Republik I  
11011 Berlin

Geschäftsstelle  
Reinhardtstraße 18  
10117 Berlin  
Fon: +49 30.80 19 86 - 0  
Fax: +49 30.80 19 86 - 22  
sekretariat@dekv-ev.de  
www.dekv-ev.de

Berlin, 6. November 2006

Steuernummer  
27.663.56113

### Anhörung zum Entwurf des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes 13. November: Medizinische Versorgung / Krankenhäuser.

Sehr geehrte Frau Dr. Bunge, sehr geehrter Herr Dr. Faust,

mit Verwunderung und Unverständnis haben wir zur Kenntnis genommen, dass weder der Deutsche Evangelische Krankenhausverband noch einer der anderen Trägerverbände aus dem kirchlichen bzw. freigemeinnützigen Bereich zur o. a. Anhörung eingeladen worden ist.

Der Hinweis, die Deutsche Krankenhausgesellschaft könnte unsere spezifischen Anliegen mit vertreten, greift in diesem Fall nicht. Die DKG kann generell nur die gemeinsamen Interessen aller ihrer Mitgliedsverbände vertreten, nicht jedoch deren spezielle und untereinander divergierende Positionen. – Der Deutsche Evangelische Krankenhausverband trägt die in der Stellungnahme der DKG niedergelegten Positionen im Übrigen mit. Einige gerade für die kirchlichen Krankenhäuser wesentliche Aspekte bleiben dort jedoch unberücksichtigt.

Wir legen Wert darauf, diese Aspekte dem Ausschuss für Gesundheit vortragen zu können und möchten insbesondere zu folgenden fünf Aspekten Stellung nehmen:

Die vorgesehenen Regelungen

- gefährden die Trägervielfalt,
- belasten kirchliche Krankenhäuser unverhältnismäßig und ungerechtfertigt stärker als andere,
- greifen im Widerspruch zu Art. 140 GG i. V. m. Art 138 WRV enteignungsähnlich in kirchliches Vermögen ein,
- erschweren es kirchlichen Krankenhäusern unverhältnismäßig, durchaus im Widerspruch zu Art. 140 GG i. V. m. Art 137 III WRV, ihren kirchlichen Auftrag in der Versorgung kranker Menschen zu erfüllen,
- benachteiligen wirtschaftlich und kostengünstig arbeitende Krankenhäuser in besonderem Maße.

Im Verbund der  
**Diakonie**

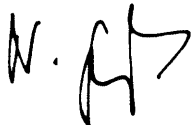
Zum anderen stellen wir fest, dass hinsichtlich der Mitgliedsverbände der DKG offenbar mit zweierlei Maß gemessen wird: Nicht nur sämtliche Trägerverbände kommunaler Krankenhäuser – Deutscher Landkreistag, Deutscher Städte- und Gemeindebund, Deutscher Städtetag sowie der Interessenverband kommunaler Krankenhäuser – der selbst nicht Mitglied der DKG ist, dessen Mitglieder aber sämtlich einem der genannten Verbände angehören -, sondern auch der Bundesverband Deutscher Privatkliniken sind zur Anhörung eingeladen.

Diese Ungleichbehandlung ist für uns nicht nachvollziehbar und nicht hinnehmbar. Wir bitten um eine einleuchtende Begründung, warum ausgerechnet die Vertreter der größten Trägergruppe - kirchliche und freigemeinnützige Träger stellen mehr als ein Drittel der deutschen Krankenhäuser und tragen den größten Anteil zur Krankenhausversorgung bei - nicht zu Wort kommen sollen? Die Nichtberücksichtigung der größten Trägergruppe wiegt auf dem Hintergrund der Einladung z. B. diverser Interessenverbände aus dem Bereich der Hersteller von Arzneimitteln und medizinischen Geräten umso schwerer, als diese nur mittelbar durch die vorgesehenen Regelungen betroffen sind.

Bitte geben Sie uns Gelegenheit, unsere Argumente in der Anhörung am 13. November vortragen zu können.

Mit freundlichen Grüßen

Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V.



Norbert Groß  
Verbandsdirektor

(14) Ausschuss für Gesundheit  
Ausschussdrucksache  
0130(12)  
Eingang am 3.11.06  
  
16. Wahlperiode



Stellungnahme des Deutschen Führungskräfteverbands  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs  
in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG)

Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD (BT-Drs. 16/3100)

1. Einleitung: Erwartungen des Deutschen Führungskräfteverbands  
an das GKV-WSG und Betroffenheit seiner Mitglieder

Der Deutsche Führungskräfteverband (ULA) ist mit rund 50.000 Mitgliedern die größte politische Vertretung von außertariflichen Angestellten und Leitenden Angestellten.

Seine Mitglieder sind mehrheitlich freiwillig gesetzlich krankenversichert. Ein mehr als nur geringfügiger Mitgliederanteil hat sich für eine private Krankenvollversicherung entschieden. Der Deutsche Führungskräfteverband betrachtet beide Systeme als gleichwertig und den Wettbewerb im Bereich der freiwillig Versicherten als ein positives und belebendes Element für das deutsche Gesundheitswesen und nicht als einen Teil seiner Probleme.

Für den Verband stehen bei der Beurteilung des Referenten-Entwurfs folgende verbandspolitische Ziele und Wunschvorstellungen im Vordergrund:

1. Erhaltung einer sinnvollen Abgrenzung zwischen GKV und PKV,
2. Erhöhung der Wahlfreiheit für Versicherte,
3. Verbesserung der Transparenz des Leistungsangebots und der Preise,
4. Mehr Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenversicherungen und den mit ihnen kontrahierenden Leistungsanbietern im Interesse einer wirtschaftlichen Verwendung der Beitragsmittel,
5. Neuordnung der Finanzierung der Krankenversicherung im Interesse einer Entlastung des Faktors Arbeit und einer Erhöhung der Einstellungsbereitschaft der Arbeitgeber,
6. Vorrang für staatsferne oder mittelbar staatliche und wettbewerblich angelegte Strukturen und Prozesse vor einer unmittelbaren staatlichen Steuerung.

2. Allgemeine verbandspolitische Bewertung

Der Gesetzentwurf wird den vorstehend skizzierten Erwartungen des Deutschen Führungskräfteverbands nur in Ansätzen gerecht.

Positiv ist vorherzuheben,

- dass die Regierung sich darauf verpflichtet, einen Versicherungsschutz für alle Einwohner sicherzustellen,
- dass in Teilbereichen, wie zum Beispiel der Kostenerstattung, die Wahlfreiheit der Versicherten erhöht wird,
- dass die Chancen auf mehr Transparenz auf der Ausgabenseite durch die Ankündigung der Einführung einer Euro-Gebührenordnung steigen

Über diese lobenswerten Teilaspekte hinaus geht der Referenten-Entwurf aber größtenteils an den Erfordernissen einer nachhaltig wirksamen Reform vorbei.

Das Ziel einer Entkopplung der Krankenversicherung von den Lohnnebenkosten wird verfehlt

Das Gesetz wird dem selbstformulierten Anspruch nicht gerecht, den Wettbewerb im Gesundheitswesen beziehungsweise im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung zu stärken. Aus Sicht des Deutschen Führungskräfteverbands droht vielmehr genau das Gegenteil, nämlich eine erhebliche Schwächung des Wettbewerbs.

Dies gilt insbesondere für die Festlegung eines einheitlichen Beitragssatzes im Zuge der Einführung des sogenannten "Gesundheitsfonds" sowie für die geplante Neuordnung des Verbandswesens. Die Neuordnung geht weit über das grundsätzlich zu befürwortende Ziel hinaus, *wettbewerbsneutrale* Aufgaben kassenartenübergreifend zu bündeln.

Der Gesetzentwurf instrumentalisiert das VVG und das VAG für eine "Sozialisierung" der PKV und belastet ihren Versichertenbestand überproportional

Kritik verdienen auch die geplanten Neuregelungen an der Schnittstelle zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung, zum Beispiel die Verlängerung der Wartezeiten für einen Wechsel in die private Krankenversicherung nach Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze.

Die Garantie des Bestandes der privaten Krankenvollversicherung als eine eigenständige Säule des Krankenversicherungswesens erweist sich darüber hinaus bei näherer Betrachtung als eine nahezu "leere Hülle".

Aus der Summe der neuen Regulierungsanforderungen an die Anbieter einer privaten Krankenvollversicherung könnte sich auf lange Sicht eine Abschaffung der privaten Vollversicherung in ihrer heutigen Form und ihre Ersetzung durch ein privatrechtlich organisiertes Imitat der gesetzlichen Krankenversicherung ergeben.

Die undifferenzierte Anwendung der neuen Regelungen auf Bestandsversicherte droht diesen massive finanzielle Belastungen aufzuerlegen, die auch durch einen - erzwungenen bzw. unfreiwilligen - Wechsel in den Basistarif nicht vollständig kompensiert werden können.

Zwar hält es der Deutsche Führungskräfteverband prinzipiell für vertretbar, dass auch Unternehmen der privaten Krankenversicherung dazu verpflichtet werden, diejenigen nichtversicherten Bevölkerungsgruppen einen Mindestversicherungsschutz anzubieten, die traditionell nicht zu den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung gehören.

Gleiches gilt für eine Öffnung der privaten Krankenversicherung für freiwillig Versicherte ohne Risikoprüfung beziehungsweise ohne Leistungsausschlüsse.

Unter den Rahmenbedingungen des vorliegenden Gesetzentwurfs hält der Deutsche Führungskräfteverband aber die angestrebte Öffnung der privaten Krankenversicherung für nicht akzeptabel.

Akzeptabel wäre die Öffnung nur unter der Bedingung einer massiven Reduzierung der jetzt geplanten Regulierungsintensität.

Zu kritisieren ist insbesondere die künstliche und viel zu niedrig bemessene Beitragsobergrenze von 100 Prozent des GKV-Höchstbetrags beziehungsweise von 150 Prozent des GKV-Höchstbeitrags für Ehepaare und Lebenspartner. Dies widerspricht den Prinzipien einer notwendigen risikobezogenen Beitragskalkulation

Der Deutsche Führungskräfteverband hält den Versuch, eine Systemkonvergenz zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und privater Krankenversicherung im Wege versicherungsaufsichts- und versicherungsvertragsrechtlicher Auflagen zu erzwingen, für falsch.

Die Systemvielfalt bei den Versicherungen ist aus Sicht des Verbands ein belebendes und die Stabilität erhöhendes Element des Gesundheitswesens. Die spezifischen Vorzüge der kapitalgedeckten und risikoäquivalent kalkulierenden privaten Krankenversicherung sollten daher nicht leichtfertig aufs Spiel gesetzt werden.

Schon gar nicht sollten Versicherungsaufsichts- oder Versicherungsvertragsrecht als Mechanismus eingesetzt werden, um Privatversicherten eine finanzielle "Bestrafung" für einen (irrigerweise) als unsolidarisch angesehenen Wechsel in ein privates Versicherungsverhältnis aufzuerlegen.

Die faktische Verstaatlichung der Krankenkassen und der Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung steht im Widerspruch zum Ziel der Wettbewerbsstärkung

Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung kritisiert der Deutsche Führungskräfteverband zentrale Reformbestandteile als eine Abkehr vom Organisationsprinzip der Selbstverwaltung und als einen Schritt in Richtung Verstaatlichung des Gesundheitswesens.

Ähnlich zentralistische Ansätze finden sich bei den geplanten Neuregelungen im Bereich der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen, etwa bei der Reform des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Eine Abkehr vom Prinzip der (gemeinsamen) Selbstverwaltung hält der Deutsche Führungskräfteverband für den falschen Weg, da dies zu einer Schwächung und nicht zu einer Stärkung des Wettbewerbs unter Versicherungen und Leistungsanbietern führen würde.

Wettbewerb ist dabei für den Deutschen Führungskräfteverband kein Selbstzweck. Vielmehr ist der Verband davon überzeugt, dass sozial- und gesundheitspolitische Teilhabeziele angesichts einer begrenzten Finanzierungsbasis nur erreicht werden können, wenn unnötige Wettbewerbsbeschränkungen im Gesundheitswesen aufgehoben und auf den Aufbau neuer verzichtet wird.

### 3. Zu den Gesetzesvorschlägen im Einzelnen<sup>1</sup>

Zu Nr. 2 a) aa) Ref-E: § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V (Zugang zur Krankenversicherung der Rentner)

Der Deutsche Führungskräfteverband begrüßt die überfällige Anpassung des Gesetzestextes an den seit 1. April 2002 geltenden Rechtsstand.

Zu Artikel 1 Nr. 2 a cc) Ref-E: § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V (Versicherungspflicht für Nichtversicherte, die der GKV zugerechnet werden können)

Der Deutsche Führungskräfteverband begrüßt die Zielsetzung des Gesetzgebers, einen lückenlosen Versicherungsschutz aller Bürger sicherzustellen. Die Abgrenzung zwischen denjenigen bislang Nichtversicherten, die der gesetzlichen und denjenigen bislang Nichtversicherten, die der privaten Krankenversicherung zugerechnet werden, ist jedoch nicht in allen Details überzeugend.

#### *Begründung:*

Zur Begründung wird beispielhaft auf die nachfolgenden Ausführungen zu Artikel 1 Nr. 2 b) Ref-E verwiesen.

Zu Artikel 1 Nr. 2 b) Ref-E: § 5 Abs. 5a SGB V (Einschränkung der Versicherungspflicht für Bezieher von Arbeitslosengeld II)

Der Deutsche Führungskräfteverband lehnt die geplante Ausnahmeregelung von der Versicherungspflicht für Bezieher von Arbeitslosengeld II ab.

#### *Begründung:*

In Anknüpfung an die Ausführungen zu Nr. 2 a cc) erscheint es dem Deutschen Führungskräfteverband grundsätzlich sachgerecht, dass bei bestimmten Personengruppen, etwa bei den Selbstständigen, kein neuer Versicherungspflichttatbestand eingeführt wird.

So erscheint es noch vertretbar, bei selbständig Tätigen die Verpflichtung zur Sicherstellung eines Krankenversicherungsschutzes den privaten Versicherungsunternehmen zu übertragen, sofern diese Selbstständigen nicht bedürftig sind.

Bei Beziehern von Arbeitslosengeld II sollte es jedoch ohne Ausnahmen bei der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben. Ein wirksamer Krankenversicherungsschutz und die Sicherstellung des Existenzminimums, zu dem auch ein ausreichender Krankenversicherungsschutz gehört, sind aus Sicht des Deutschen Führungskräfteverbands originär staatliche Aufgaben.

Gegen eine Übertragung auf private Unternehmen sprechen somit grundsätzliche Bedenken. Es widerspricht auch der Logik des Sozialversicherungsrechts, demzufolge eine Versicherungspflicht stets in engem Zusammenhang mit der individuellen Schutzbedürftigkeit steht, hier eine Ausnahmeregelung zu schaffen, die erkennbar lediglich der finanziellen Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung zu Lasten der privaten Versicherungsunternehmen dient.

---

<sup>1</sup> Die fortlaufende Aufzählung folgt chronologisch der des Referenten-Entwurfs mit Ausnahme der Artikel 1 und 2, die sich jeweils auf das SGB V beziehen. Hier folgt die Aufzählung der des SGB V.

Das im Referentenentwurf genannte Argument einer Neuregelung des Verhältnisses von privater und gesetzlicher Krankenvollversicherung vermag diesen Systembruch nicht überzeugend zu rechtfertigen.

Zu Artikel 1 Nr. 3 Ref-E: § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB V (Neue Voraussetzungen für Versicherungsfreiheit nach Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze)

Der Deutsche Führungskräfteverband lehnt die geplante Verschärfung der Voraussetzungen für eine Versicherungsfreiheit nach § 6 Abs. 1 ab. Angemessen wäre allenfalls eine Verdoppelung des Zeitraums, in dem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze bezogen werden müssen. Er sollte künftig zwei Jahre betragen.

*Begründung:*

Der Deutsche Führungskräfteverband kann das gesetzgeberische Anliegen insoweit nachvollziehen, als nicht allein vorübergehende oder auf Sonderfaktoren beruhende Gehaltsprünge dazu führen, dass ein Arbeitnehmer versicherungsfrei und zum Wechsel in eine private Krankenvollversicherung berechtigt wird.

Zwei Jahre sind als Prognosezeitraum für die Frage, ob das aus einer Beschäftigung erzielte Entgelt dauerhaft oberhalb der Bemessungsgrenze liegt, jedoch mehr als ausreichend.

Für Berufsanfänger, die in ihrer ersten Beschäftigung ein Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze beziehen, sollte im übrigen, entgegen der ausdrücklichen Absicht des Referenten-Entwurfs eine Ausnahmeregelung, etwa ein Befreiungstatbestand in § 8, geschaffen und die Ausnahmeregelungen in § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und Abs. 2 Nr. 3 beibehalten werden.

Ein erzwungener Wechsel von Berufsanfängern, die bereits vor Aufnahme ihrer Berufstätigkeit privat vollversichert waren und nicht freiwillig in die gesetzliche Krankenversicherung zurückkehren, lehnt der Deutsche Führungskräfteverband ab.

Es sollte auch hier das ungeschriebene Leitbild "Einmal privat, immer privat" gelten, demzufolge eine Entscheidung für die private Krankenvollversicherung im Regelfall lebenslang bindend ist und dem Versicherten unnötige Wechsel zwischen beiden Versicherungssystemen erspart.

Im vorliegenden Fall könnten den Betroffenen durch den Wegfall der Möglichkeit, nach Aufnahme der Berufstätigkeit nahtlos in einen Tarif für Erwerbstätige zu wechseln, finanzielle Nachteile entstehen, die sachlich nicht hinreichend gerechtfertigt sind.

Zu Artikel 1 Nr. 5 Ref-E: § 9 Abs. 1 Satz Nr. 3 und Abs. 2 Satz 3 SGB V (Begrenzung des Zugangs zur freiwilligen Versicherung)

Der Deutsche Führungskräfteverband lehnt die Streichung der Tatbestände für die freiwillige Versicherung ab.

*Begründung:* Auf die Begründung zu Artikel 1 Nr. 4 wird verwiesen.

Zu Artikel 1 Nr. 8 Ref-E: § 13 SGB V (Kostenerstattung als Alternative zur Sachleistung)

Der Deutsche Führungskräfteverband begrüßt ausdrücklich die Erleichterungen bei der Inanspruchnahme der optionalen Kostenerstattung, insbesondere, dass Versicherte künftig bei

jeder einzelnen Behandlung frei, individuell und flexibel darüber entscheiden können, ob sie die Leistung im Rahmen des Sachleistungsprinzips oder gegen Kostenerstattung in Anspruch nehmen.

*Begründung:*

Durch wiederholte gesetzgeberische Eingriffe, insbesondere durch das GKV-Modernisierungsgesetz, erweist sich die Kostenerstattungsoption in ihrer derzeit noch geltenden Fassung für Versicherte auf vielfältige Weise als unattraktiv und risikobehaftet.

Dadurch kann der mögliche Beitrag der Kostenerstattung zu mehr Kostentransparenz (für Anbieter und Versicherte gleichermaßen) und zu einem kostenbewussten und eigenverantwortlichem Verhalten der Versicherten nicht zum Tragen kommen.

Die geplanten Änderungen tragen demgegenüber den bereits in der Vergangenheit geäußerten Wünschen des Deutschen Führungskräfteverbands für eine möglichst freie Wahl der Versicherten zwischen Kostenerstattung und Sachleistungsprinzip weitgehend Rechnung.

Zu Artikel 1 Nr. 9 Ref-E: § 53 SGB V (Beitragsmodelle mit Selbstbehalt)

Der Deutsche Führungskräfteverband begrüßt das Vorhaben, allen Versicherten Beitragsmodelle mit einem Selbstbehalt zugänglich zu machen.

*Begründung:*

Insbesondere angesichts der fortbestehenden Konkurrenz zwischen privaten und gesetzlichen Krankenkassen im Bereich der freiwillig Versicherten handelt es sich hier um ein wichtiges Wettbewerbsinstrument der gesetzlichen Krankenkassen.

Zugleich könnte die Neuregelung Anreize für eine kostenbewusste Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen erzeugen. Die Obergrenzen für die Prämienzahlungen an Versicherte in § 53 Abs. 6 SGB V Ref-E sind angemessen und im Rahmen einer Sozialversicherung wohl auch notwendig.

Zu Artikel 1 § Nr. 45: § 73b SGB V (Hausarzt-Modelle)

Der Deutsche Führungskräfteverband begrüßt im Kern die geplante Regelung, derzufolge die von den Krankenkassen anzubietenden Hausarztmodelle aus dem gesamtvertraglichen Rahmen herausgelöst werden.

*Begründung:*

Eine stärkere Steuerung der Behandlung durch einen Hausarzt oder Allgemeinmediziner kann zu Kosteneinsparungen führen, wenn dadurch nicht indizierte und damit teure Besuche bei Fachärzten vermieden werden.

Aus Sicht des Deutschen Führungskräfteverbands sollte allerdings, wie derzeit im Referentenentwurf vorgesehen, die Teilnahme an Hausarztmodellen weiterhin freiwillig bleiben. In einer Gesamtabwägung zwischen Erhöhung der Wirtschaftlichkeit der Behandlung und dem Prinzip der freien Arztwahl gebührt letzterem Grundsatz weiterhin der Vorrang. Ein übermäßig paternalistisches Leitbild der medizinischen Behandlung steht im Widerspruch zum Grundsatz der Eigenverantwortung und unterschätzt die Befähigung des Versicherten, über die Angemessenheit einer medizinischen Behandlung ein eigenes Urteil zu bilden.

Besonders positiv bewertet der Deutsche Führungskräfteverband, dass die Vergütungen der Ärzte im Rahmen der Hausarztbehandlung aus der Gesamtvergütung herausgenommen werden. Dass insoweit auch der Sicherstellungsauftrag auf die Krankenkassen übergeht, ist folgerichtig.

Generell hätte es sich der Deutsche Führungskräfteverband gewünscht, dass bei der Erprobung von direkten Vertragsbeziehungen mehr Mut bewiesen wird, insbesondere zwischen einzelnen Krankenkassen und Krankenhäusern oder bei Preisverhandlungen zwischen einzelnen Krankenkassen und Pharmaunternehmen über die Arzneimittelpreise.

Was den Aspekt anbelangt, dass auf Grund der Verpflichtung, ihren Versicherten flächendeckend die Teilnahme an Hausarztmodellen anzubieten, kleinere Krankenkassen oder Krankenkassen mit lediglich regionalem Schwerpunkt unter einen erhöhten Fusionsdruck geraten könnten, wird auf die Ausführungen zu Artikel 1 Nummer 130 verwiesen.

#### Zu Artikel 2 Nr. 14 : § 91 SGB (Neuordnung Gemeinsamer Bundesausschuss)

Der Deutsche Führungskräfteverband lehnt die engere Anbindung des (für die Ausgestaltung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenkassen verantwortlichen) Gemeinsamen Bundesausschusses an die Bundesregierung ab, insbesondere das Benennungsrecht für dessen Vorstand durch das Bundesministerium für Gesundheit.

#### *Begründung:*

Aus Sicht des Deutschen Führungskräfteverbands hat sich die Verantwortlichkeit des (selbstverwalteten) Gemeinsamen Bundesausschusses für die Konkretisierung des Leistungskatalogs im wesentlichen bewährt. Wünschenswert für die Zukunft wären zwar Änderungen in Bezug auf die Transparenz der Entscheidungen, die Rechenschaftspflichtigkeit oder die Offenheit für fachliche Stellungnahmen anderer Akteure des Gesundheitswesens. Keinen Änderungsbedarf kann der Deutsche Führungskräfteverband jedoch hinsichtlich der Staatsferne erkennen, die durch den vorliegenden Gesetzentwurf deutlich reduziert zu werden droht.

Abgesehen von einzelnen Leistungsbereichen, die für eine konkrete gesetzgeberische Regelung geeignet sind, sieht der Verband Einzelentscheidungen über den Leistungskatalog als einen dynamischen Prozess an, der vor allem nach fachlichen und evidenzbasierten Kriterien erfolgen soll.

Eine Politisierung dieser Entscheidungsvorgänge birgt die Gefahr, dass nach sachfremden Kriterien entschieden wird und die Erstattungsfähigkeit von Leistungen im Ergebnis mehr denn je eine Frage des politischen Drucks auf die Entscheidungsträger wird. Dies würde letztlich auch die Beitragssatzstabilität gefährden.

#### Zu Artikel 1 Nr. 130: § 171a SGB V (Kassenartenübergreifende Fusionen)

Der Deutsche Führungskräfteverband begrüßt im Grundsatz die Zulassung kassenartübergreifender Vereinigungen von Krankenkassen. Allerdings muss die Gefahr der Entstehung einer marktbeherrschenden Stellung einzelner Krankenkassen wirksam ausgeschlossen werden.

#### *Begründung:*

Der Deutsche Führungskräfteverband sieht Krankenkassenfusionen nicht als Selbstzweck an. Unbeschadet möglicher Kosteneinsparungen aus einer Reduzierung der Zahl von derzeit rund 240 Krankenkassen sollte auch in Zukunft eine Mindestzahl von Krankenkassen bestehen bleiben, die sowohl im Bereich der Versorgungsqualität (Steuerungsparameter: Güte der

von den Krankenkassen ausgehandelten Verträge mit Leistungserbringern) als auch im Bereich der Beitragssätze (möglich nur bei einem Verzicht auf den Gesundheitsfonds) mit einander im Wettbewerb stehen.

Gleichwohl ist die gegliederte Struktur der Krankenkassenverbände, die im Kern noch eine längst überwundene ständische Gesellschaftsordnung widerspiegelt, für sich betrachtet nicht erhaltens- oder schützenswert.

Die in der Begründung des Referenten-Entwurfs wiedergegebene Einschätzung des Bundeskartellamts, derzufolge sich die Behörde auch bei Kassenfusionen zuständig sieht, wertet der Deutsche Führungskräfteverband als wichtiges Signal.

Sollten die Ressortabstimmung und die Anhörung der Experten Hinweise auf einen weitergehende Notwendigkeit für die Kontrolle von Krankenkassenfusionen ergeben, fordert auch der Deutsche Führungskräfteverband, diesem Bedarf durch geeignete gesetzliche Regelungen Rechnung zu tragen.

Zu Artikel 1 Nr. 149 Ref-E: § 217 f. (Gründung des Spitzenverband Bund)

Eine Ersetzung der bisherigen Spitzenverbände der Krankenkassen durch einen einheitlichen Spitzenverband Bund ist nur akzeptabel, wenn dieser sich auf wettbewerbsneutrale Aufgaben beschränkt.

*Begründung:*

Gegen einen allein für wettbewerbsneutrale Aufgaben zuständigen Bundesverband, der es ermöglicht, für wettbewerbsneutrale Aufgaben einheitliche Regelungen zu treffen, etwa im Bereich des Verfahrens, bestehen keine Einwände.

Es muss jedoch verhindert werden, dass der Gemeinsame Bundesausschuss zu einem Instrument einer zentralistischen Steuerung durch das Bundesministerium für Gesundheit wird. Dies stünde im Widerspruch zum Ziel einer Stärkung des Wettbewerbs zwischen den einzelnen Krankenkassen.

Zu Artikel 2 Nr. 29 Ref-E: § 221 SGB V (Beteiligung des Bundes an den Ausgaben der GKV)

Der Deutsche Führungskräfteverband lehnt die Kürzung der Beteiligung des Bundes an den Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen ab.

*Begründung:*

Eine Finanzierung der familienpolitischen Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen allein durch die Beitragszahler ist sachfremd und systemwidrig. Die Kürzung der Bundesmittel um über 1 Milliarde Euro belastet Arbeitgeber und Arbeitnehmer und läuft der Notwendigkeit einer Senkung der Lohnnebenkosten zuwider.

### Zu Artikel 1 Nr. 159 Ref-E: § 241 SGB V (Allgemeiner Beitragssatz)

Der Deutsche Führungskräfteverband lehnt die bundesweit einheitliche Festlegung eines Beitragssatzes durch eine Rechtsverordnung der Bundesregierung entschieden ab.

#### *Begründung:*

Die eigenständige Festlegung der Beitragssätze der Krankenkassen durch deren Verwaltungsräte ist ein Kernbestandteil der Selbstverwaltung und darüber hinaus eine wichtige Voraussetzung für den noch weiter ausbaubedürftigen Kassenwettbewerb. Durch die Verordnungsermächtigung würde nicht nur dieser Wettbewerbsparameter eliminiert, die Regierung wäre darüber hinaus ermächtigt, die den gesetzlichen Krankenkassen zur Verfügung stehenden Geldmittel exakt zu regulieren.

Auch hierdurch erhöht sich die Abhängigkeit der Krankenkassen von der Bundesregierung und deren Potential für eine zentralistische Steuerung.

Der Deutsche Führungskräfteverband kritisiert insbesondere, dass die Höhe des Beitragssatzes von einer durch Selbstverwaltungsgremien nach wirtschaftlichen Aspekten getroffenen zu einer politischen Frage wird. Hierdurch verringert sich auf Grund der vermehrten Ansatzpunkte für politische Interventionen die Chance auf mehr Beitragssatzstabilität. Der Umstand, dass zum Start des Gesundheitsfonds im Jahr 2009 im Interesse der Krankenkassen mit ungünstiger Risikostruktur die Angleichung des bundesweit geltenden Beitragssatzes "nach oben" stattfindet, ist bereits ein erster Beleg für diese These.

Der Verband empfindet daher den bundeseinheitlichen Beitragssatz als kontraproduktiv sowohl im Hinblick auf das Ziel einer Stärkung des Wettbewerbs als auch und im Hinblick auf das im Vorfeld der Regierungsbildung noch von allen Koalitionsparteien mitgetragene Ziel einer Entlastung der Lohnnebenkosten und einer Senkung der Beitragssätze der Krankenkassen.

### Zu Artikel 1 Nr. 161 Ref-E: § 242 SGB V (Kassenindividueller Zusatzbeitrag)

Der Deutsche Führungskräfteverband lehnt auch die geplanten Regelungen für den Zusatzbeitrag ab.

#### *Begründung:*

Der Zusatzbeitrag ist eine funktionale Ergänzung des bundeseinheitlichen allgemeinen Beitragssatzes. Insoweit wird auf die Begründung zu Artikel 1 Nr. 159 verwiesen.

### Zu Artikel 1 Nr. 182 Ref-E: § 271 SGB V (Errichtung des Gesundheitsfonds)

Der Deutsche Führungskräfteverband hält den Gesundheitsfonds für ein unnötiges Instrument und für ein Instrument einer zentralistischen Steuerung der Krankenkassen im vorgenannten Sinne. Er lehnt die Errichtung dieses Fonds demnach ab.

#### *Begründung:*

Zur Begründung wird auf die vorstehenden Ausführungen auf die Einleitung dieser Stellungnahme verwiesen.

#### Zu Artikel 35 Nr. 4: § 178f. VVG (Portabilität von Alterungsrückstellungen)

Der Deutsche Führungskräfteverband begrüßt dem Grunde nach die Schaffung der Portabilität von Alterungsrückstellungen für privat Vollversicherte. Soweit eine Geltung der Neuregelung auch für bereits abgeschlossene Verträge zu überproportionalen Beitragserhöhungen führen würde, sollte über Ausnahmeregelungen nachgedacht werden bis hin zu einer vollständigen Ausnahme des Bestands an Altverträgen von den Regelungen zur Portabilität.

##### *Begründung:*

Ob und in welcher Höhe für Versicherte in bereits bestehenden Vollversicherungsbeiträgen durch die Neuregelungen zur Portabilität der Alterungsrückstellungen Beitragserhöhungen dienen, vermag der Deutsche Führungskräfteverband aus eigener Anschauung heraus nicht beurteilen. Ein Eingriff in die Kalkulationsgrundlagen bestehender Verträge ist jedoch nicht von der Hand zu weisen.

Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes dienen nach dem Verständnis des Verbandes vorrangig dem Verbraucherschutz. Insoweit muss die Neuregelung sich an dem mutmaßlichen Interesse der Versicherungsnehmer orientieren. Hier steht zu vermuten, dass die Versicherten mit zunehmendem Alter bei der Abwägung zwischen stabilen Beiträgen einerseits und einer Verbesserung ihrer Rechtsposition durch die Schaffung der Portabilität ihrer Alterungsrückstellungen stets dem erstgenannten Aspekt, der Beitragssatzstabilität, den Vorrang einräumen werden.

Unter keinen Umständen dürfen Beitragserhöhungen bei Privatversicherten in Folge der Änderung des VVG bei den Betroffenen den Eindruck hervorrufen, es handle sich hier um eine nachträgliche Bestrafung privat Versicherter als "Solidaritätsverweigerer".

#### Zu Artikel 36 Nr. 5 ff. Ref-E: § 12 VAG (Verpflichtung der privaten Krankenversicherungsunternehmen, einen Basistarif anzubieten)

Der Deutsche Führungskräfteverband lehnt die Einführung eines Basistarifs

- für bislang nicht privat versicherte freiwillig gesetzlich Krankenversicherte
- sowie für Nichtversicherte, die der privaten Krankenversicherung zuzurechnen sind, nicht grundsätzlich ab.

In der vorliegenden Form sind die Regulierungsanforderungen jedoch weit überzogen und drohen zu einer nicht angezeigten "Sozialisierung" der privaten Krankenversicherung zu führen, das heißt zu einer Angleichung von gesetzlicher und privater in Richtung der gesetzlichen Krankenversicherung.

##### *Begründung:*

Durch den Basistarif in seiner derzeit vorgesehenen Form droht die Vertragsautonomie für die Ausgestaltung privater Krankenversicherungsverhältnisse so weit eingeschränkt zu werden, dass im Ergebnis die Versicherungsunternehmen gezwungen werden könnten, mit privatrechtlichen Instrumenten ein Sozialversicherungssystem in nahezu allen Details bis hin zu einem Risikostrukturausgleich nachzubilden.

Dies ist aus Sicht des Deutschen Führungskräfteverbands falsch und, da es sich bei den Betroffenen um nicht gesetzlich krankenversicherungspflichtige Personen handelt, auch unter dem Gesichtspunkt der Schutzbedürftigkeit nicht angezeigt.

Als Mindestforderung erhebt der Verband daher die Forderung:

- die viel zu niedrige, noch weit unter der des existierenden Standardtarifs liegende Beitragsobergrenze für Einzelpersonen, Ehepaare und Lebenspartner im Basistarif aufzuheben,
- den privaten Versicherungsunternehmen die Möglichkeit zu geben, den Basisschutz frei gestalten zu können und Marktmechanismen über die Ausgestaltung eines attraktiven Leistungsangebots entscheiden zu lassen.

Der Deutsche Führungskräfteverband kritisiert außerdem die dem Gesetzentwurf eingeschriebene Tendenz, den Basistarif auf längere Sicht zum Regelfall für Privatversicherte zu machen.

Finanzielle Belastungen aus dem Basistarif drohen ungeachtet des Risikoausgleichsmechanismus auch auf Bestandsversicherte in anderen Tarifen auszustrahlen. Beitragserhöhungen in diesen Tarifen könnten zu einem "Rutschbahneffekt" in Richtung Basistarif führen, der zu Lasten der Interessen der Versicherten ginge und im Widerspruch zum Prinzip der Vertragsautonomie stünde.

Die zeitliche Begrenzung der Zugangsmöglichkeit zum Basistarif für freiwillig gesetzlich Krankenversicherte ist aus Sicht des Deutschen Führungskräfteverbands nachvollziehbar. Der für das Mitgliedschaftsrecht prägende Gedanke, dass mehrfache Wechsel zwischen den Versicherungssystemen (Vorteilshopping) unterbunden werden sollten, gilt auch in Bezug auf einen privatrechtlichen Basistarif.

Gleichwohl hält der Deutsche Führungskräfteverband eine Verlängerung der Übergangsfrist von sechs Monaten auf ein Jahr angesichts der Tragweite der Entscheidung für geboten.

Darüber hinaus sollte in VVG oder VAG eine Ermächtigungsgrundlage für private Versicherungsunternehmen geschaffen werden, um ein Vorteilshopping von Nichtversicherten im Bereich des privaten Basistarifs zu unterbinden, etwa in Form eines kurzfristigen Eintritts im Vorfeld aufwändiger ärztlicher Behandlungen und einem anschließenden (Wieder-) austritt.

Auf die Einführung einer generellen Versicherungspflicht sollte jedoch weiterhin verzichtet werden, da diese einer (aus vorgenannten Gründen nicht angezeigten) Systemkonvergenz von gesetzlicher und privater Krankenversicherung weiteren Vorschub leisten würde.

---

Kontakt: Deutscher Führungskräfteverband (ULA) / Kaiserdamm 31 / 14057 Berlin  
Hauptgeschäftsführer: Ludger Ramme  
Ansprechpartner: Andreas Zimmermann (Geschäftsführer Sozialpolitik)  
Tel. (030) 30 69 63 - 0 / Fax (030) 30 69 63 13 / info@ula.de / www.ula.de

(14) Ausschuss für Gesundheit  
Ausschussdrucksache  
0130(4)  
Eingang am 1.11.2006

16. Wahlperiode



Berlin, 30. Oktober 2006

## ● Stellungnahme der eaf zur Gesundheitsreform 2006

Die eaf begrüßt, dass mit den vorgelegten Neuregelungen zukünftig **vermieden werden soll, dass Menschen aus dem System des Krankenversicherungsschutzes herausfallen**. Die Kontrahierungspflicht der PKV zum Basistarif ist dabei grundsätzlich ein geeignetes Mittel.

Der heutige **Arbeitsmarkt** ist einerseits durch die Verschiebung von sozialversicherungspflichtiger zu selbstständiger Tätigkeit und andererseits durch vielfach unterbrochene Erwerbsbiografien gekennzeichnet. Es gibt eine neue Vielfalt von Selbstständigen mit geringen Einkünften. Hier ist zu erwarten, dass weiterhin die Zahl verschuldeter Selbstständiger zunehmen wird, die auch Basisbeiträge nicht leisten können, dies insbesondere dann nicht, wenn sie zusätzlich Kinder eigenständig versichern müssen. Der „Zwang zur PKV“ ist für diesen wachsenden Personenkreis nicht hilfreich. Für diesen strukturellen Wandel bieten die geplanten Neuregelungen keine überzeugende Antwort.

Die eaf hält es für besonders wichtig, dass Familien durch ihre Kinder keine zusätzliche Beitragsbelastung haben – die Mitfinanzierung dieser Kosten ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Daher begrüßen wir es, dass die **Finanzierung der Kinderversicherung über Steuerbeiträge** erfolgen soll, denn damit wird die Krankenversicherung der Kinder zu einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe.

Allerdings stehen der bisher vorgesehenen Regelung, dass allein die Kinder in der GKV mit Hilfe eines Zuschusses aus allgemeinen Steuermitteln beitragsfrei versichert sind, verfassungsrechtliche Bedenken gegenüber: Die in der PKV Versicherten finanzieren mit ihren Steuerzahlungen die Beiträge für Kinder und Ehegatten in der GKV mit, die Kosten für ihre Kinder in der PKV hingegen müssen sie selbst tragen, ebenso die Versicherung des Ehegatten.

Hier ist daher aus **verfassungsrechtlichen Gründen der Gleichheit** (Art. 3 GG) einerseits und mit Blick auf das Förderungsgebot für (alle) Familien (Art. 6 GG) andererseits darauf hinzuweisen, dass für die **Kinder**, deren Eltern **in der PKV** versichert sind, ebenfalls Beitragsfreiheit bestehen müsste. Der dafür einzusetzende Steuerzuschuss hätte sich dabei jedoch auf den Basisbeitrag (analog dem Zuschuss in der GKV) zu beschränken. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass es für die meisten in der PKV Versicherten keine Wahlmöglichkeit zwischen den Versicherungssystemen gibt.

● Prof. Dr. Ute Gerhard  
Präsidentin

● Dr. Insa Schöningh  
Bundesgeschäftsführerin

Evangelische Aktionsgemeinschaft für Familienfragen e.V.

Auguststr. 80  
10117 Berlin

Telefon: 0 30 | 283 95 400  
Telefax: 0 30 | 283 95 450

info@eaf-bund.de  
www.eaf-bund.de

Stellungnahme

Eine **beitragsfreie Mitfinanzierung von Ehepartnern** in der GKV kann nach Überzeugung der eaf allerdings nur dann in Betracht kommen, wenn diese Kinder erziehen oder Angehörige pflegen. Bei diesem Systemwechsel sind längere Übergangsfristen für ältere Ehepaare zu berücksichtigen.

Fragen der Finanzierung insbesondere zur Verbesserung der Einnahmenseite des Krankenversicherungssystems stehen bei der Reform im Vordergrund. Insgesamt vermisst die eaf im Entwurf Lösungen, wie die derzeit schon mit Leistungseinschränkungen, Zuzahlungen und Eigenbeteiligung gekennzeichnete Situation der gesetzlich Versicherten – hier insbesondere der Geringverdienenden - durch **stärkere Kontrolle der Ausgabenseite** verbessert werden kann. Vielmehr ist zu befürchten, dass gerade zu Lasten von Menschen mit geringem Einkommen und finanziellen Problemen, oft Familien, weitere einschneidende Belastungen hinzukommen werden.

Grundsätzlich bewerten wir positiv, dass nunmehr ein **allgemeiner Risikoausgleich** geschaffen wird, der sich an der Morbidität und nicht an Alter und Gesundheit orientiert, obgleich wir die Faktoren, nach denen die Bewertung des Ausgleichs erfolgen soll, für nicht umfassend genug erachten.

Nach Auffassung der eaf sollten bei der Finanzierung der Krankenversicherung grundsätzlich alle Einkommensarten bei der Beitragsbemessung mit einbezogen werden. Dies muss dann allerdings auch bei der Ausgestaltung der Arbeitgeberbeteiligung Berücksichtigung finden; aus Sicht der eaf ist eine **ausgewogene Konstellation bei der Beitragsausgestaltung** unerlässlich.

Zukünftige Beitragserhöhungen dürfen keinesfalls allein zu Lasten der Arbeitnehmer gehen. Daher plädiert die eaf mit Nachdruck dafür, die Festsetzung des Arbeitgeberanteils mit einem Dynamisierungsanteil zu versehen.

Die eaf spricht sich grundsätzlich dafür aus, den **Kreis derjenigen, die zur Finanzierung der Gesundheitskosten beitragen, zu erweitern**: Die jetzt privat versicherten Selbstständigen und Beamten müssen langfristig zur Beitragsleistung der allgemeinen Krankenversicherung herangezogen werden.

Die eaf hält das von der Reform so hervorgehobene anvisierte Szenario des **Wettbewerbs zwischen den Krankenkassen**, der dann den Versicherten zugute käme, für nicht sehr realistisch angesichts der geplanten Vorgaben und Reglementierungen. Vielmehr befürchten wir dauerhafte Beitragserhöhungen und die kontinuierliche Erhebung von Zusatzbeiträgen.

Die erklärte Möglichkeit für die Versicherten, durch den vorgestellten Wettbewerb der Krankenkassen (sei es durch Nicht-Erhebung eines Zusatzbeitrages oder Rückzahlung von Beitragsanteilen) Kosten einzusparen, indem sie gegebenenfalls zu einer günstigeren Kasse wechseln, wird für gering erachtet.

Vielmehr befürchtet die eaf, dass **Zusatzbeiträge** nicht die Ausnahme, sondern die Regel sein werden. Wechselt dann eine Vielzahl von Versicherten in eine Kasse, die keine zusätzlichen Beiträge erhebt, wird dort das Kostenniveau ebenfalls im weiteren Verlauf durch das dann kostenintensivere Klientel verschlechtert. Als einziger wirksamer Steuermechanismus bliebe dann wiederum die Leistungskürzung.

Sollte überhaupt für einen effektiven Zeitraum zwischen den Kassen ein Wettbewerb zustande kommen, sind oft gerade diejenigen, die auf Beitragseinsparungen besonders angewiesen sind, von den organisatorischen Vorgaben überfordert und werden keinen Kassenwechsel vollziehen. Daher besteht aus unserer Sicht die große Gefahr, dass gerade die von vorneherein **besonders belasteten Bevölkerungsgruppen**, wie Sozialgeld-Empfänger, Geringverdienende, chronisch Kranke, Rentner/innen, die Verlierer der Reform sein werden.

Hier appelliert die eaf mit Nachdruck für eine Regelung, die diese besonders belasteten Gruppen von der Zahlung eines Zusatzbeitrages befreit.

Um langfristigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei Kindern oder sogar Folgen von Vernachlässigung durch mangelnde gesundheitliche Fürsorge oder Krankheitsverschleppung entgegenzuwirken, ist es nach Meinung der eaf dringend geboten, die bislang fakultativen **Vorsorgeuntersuchungen für Kinder** ab Geburt bis zum Alter von fünf Jahren **verpflichtend** durchzuführen. Hier ist mit den Institutionen und unterstützenden Personengruppen, die im (zeitlichen) Kontext der Geburt und frühesten Kindheit mit den Eltern in Kontakt sind, nach praktischer Handhabung zu suchen, wie die Informationen für Eltern, die konkrete Durchführung der Untersuchungen und die Maßnahmenergreifung im Falle unzulänglicher Ergebnisse ausgestaltet werden kann. (Dabei ist an Krankenhäuser, Kinderärzte, Hebammen, Kinderkrippen, -tagesstätten, Familienzentren, Familienbildung zu denken.)

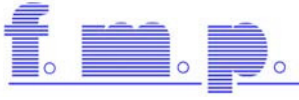
Es sind Maßnahmen/Sanktionen dafür vorzusehen, wenn Eltern die Pflichtvorsorge für ihre Kinder nicht wahrnehmen.

Als besonders begrüßenswert heben wir hervor, dass beabsichtigt ist, die - **Mütter- und Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen als Pflichtleistungen** zu gestalten, zu denen der Zugang dann gesichert ist. Hierbei ist allerdings darauf zu achten, dass die Inanspruchnahme nicht dadurch vereitelt wird, dass das Antrags- und Bewilligungsverfahren durch eine komplizierte Ausgestaltung zur Nicht-Inanspruchnahme führt.

Angesichts der wachsenden Bedeutung von vorsorgenden, vorbeugenden Gesundheitsmaßnahmen für unsere immer älter werdende Gesellschaft, ist das Ziel der Reform, Präventionsleistungen auszuweiten, besonders wichtig. Dementsprechend sollte die **Prävention** in einem eigenständigen Gesetz verankert werden.

Die eaf hält den geplanten **Ausbau der integrierten Versorgung** für sehr wichtig, denn durch die Vernetzung von Leistungserbringern ist eine deutliche Verbesserung der Versorgung zu erwarten (mehr Übersichtlichkeit, Effizienz, Qualität und Kostenersparnis durch Bündelung).

Der Mehrwertsteuersatz auf Medikamente ist (wie in fast allen EU-Staaten) zu ermäßigen.



Bundesverband des  
Sanitätsfachhandels e.V.

(14) Ausschuss für Gesundheit  
Ausschussdrucksache  
0130(22)  
Eingang am 6.11.2006  
16. Wahlperiode

## Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes – GKV-WSG)

der Verbände

f.m.p. – Fachvereinigung Medizin Produkte e.V.

sanum - Spitzenverband ambulante Nerven- und Muskelstimulation e.V.

ZMT – Zentralvereinigung medizin-technischer Fachhändler, Hersteller, Dienstleister und Berater e.V.

BVS – Bundesverband des Sanitätsfachhandels e.V.

Nach dem vorliegenden Gesetzentwurf sind durch § 127 SGB V

Hilfsmittelausschreibungen für die Krankenkasse verbindlich, wobei von einem Ausschreibungsgewinner ausgegangen wird.

Die bisherige Möglichkeit der anderen Leistungserbringer, ihre Leistungen dem Versicherten darzustellen und ggf. Aufzahlungen zu vereinbaren, sind faktisch ausgeschlossen, da nur auf den vom Versicherten zu begründenden Ausnahmefall abgestellt wird.

Das bedeutet konkret, dass die Leistungserbringer, die den Zuschlag bei einer Ausschreibung nicht erhalten, nicht mehr existenzfähig sind und somit die wohnortnahe Versorgung der Versicherten aufgehoben wird.

Die Bildung von Oligopolen und die Internationalisierung der Versorgungsanbietern wird erleichtert.

Eine Ausschreibung kann nur eine Option der Preisbildung sein.

Gerade in der Hilfsmittelversorgung hat sich in den letzten Jahren deutlich gezeigt, dass die Krankenkassen durchaus in der Lage waren, im Wege der freien Vertragsverhandlung den Preiswettbewerb zu forcieren und entsprechend günstigere Preise auszuhandeln. Die Krankenkassen müssen die Option erhalten, selbst zu wählen, welche Variante der Preisbildung umgesetzt wird.

Eine freie Vertragsgestaltung sichert den Wettbewerb und trägt den regionalen Unterschieden Rechnung.

Durch die Änderungen im § 33 SGB V wird das Wahlrecht des Versicherten drastisch beschnitten. Nur „ausnahmsweise“ und wenn ein „berechtigtes Interesse“ besteht, können GKV Versicherte einen anderen, als den Vertragspartner der Krankenkasse, wählen. Es ist sicher nicht zumutbar, dem Versicherten die Nachweispflicht „des berechtigten Interesses“ aufzuerlegen.

Versicherte müssen die Möglichkeit haben, Hilfsmittellieferungen oder Hilfsmittelleistungen auch dann in Anspruch zu nehmen, wenn das Maß des Notwendigen überschritten wird und die Versicherten die Mehrkosten tragen.

Nur so ist das Wahlrecht des Versicherten zwischen den Leistungserbringern gewährleistet.

### § 139 Hilfsmittelverzeichnis, Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln

*„Künftig gilt der Nachweis der Funktionstauglichkeit und der Sicherheit eines Medizinproduktes durch die CE - Kennzeichnung grundsätzlich als erbracht. Zusätzliche Prüfungen sind in begründeten Fällen möglich.“*

Das CE Zeichen dokumentiert einen technischen Zustand eines Medizinproduktes. Es sagt nichts über den therapeutischen Nutzen aus. Somit erbringt es nur den Nachweis der Sicherheit, keinesfalls aber des therapeutischen Nutzens, der in vielen Fällen erst die notwendige Produktqualität ausmacht und daher im Hilfsmittelverzeichnis als Qualitätsanforderung festgeschrieben wurde. Es ist zu erwarten, dass die Versorgungsqualität – wie in den Nachbarländern, die den Weg der Ausschreibungen ohne Qualitätssicherung schon gegangen sind – drastisch sinkt. Wenn dies in der GKV akzeptabel ist, sollte der Patient frei entscheiden dürfen, welche Versorgung er sich für seine Gesundheit wünscht!

Fazit:

Mit den vorgesehenen Maßnahmen im Hilfsmittelbereich wird dem Medizinproduktehandel- und Dienstleistungssektor mit einem Markt mit ca. 2.500 Leistungserbringerbetrieben und rund 50.000 Mitarbeitern der Marktzugang faktisch verwehrt, da für jeden Versorgungsbereich der 33 Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses nach den vorgesehenen Ausschreibungsmodalitäten nur wenige Ausschreibungsgewinner übrig bleiben.

Die vorgesehenen Maßnahmen, die einen Bereich von rd. 3 % der GKV Ausgaben ausmachen, aber von einer Vielzahl mittelständischer Unternehmen getragen werden, sind nach unserer Auffassung unverhältnismäßig und mittelstandsfeindlich.

**Kontakt:**

f.m.p. – Fachvereinigung Medizin Produkte e.V.  
Unnauer Weg 7a  
50767 Köln  
Tel.: 02 21 / 2 40 91 02  
Fax: 02 21 / 2 40 86 70  
Email: [fmp@verbandsbuero.de](mailto:fmp@verbandsbuero.de)

(14) Ausschuss für Gesundheit  
Ausschussdrucksache  
0130(2)  
Eingang am 1.11.2006

16. Wahlperiode

Stellungnahme  
der PATRICK EHRING GmbH

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung  
des Wettbewerbs in der GKV

(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV/WSG)

(Regierungsentwurf)

Unsere Stellungnahme befasst sich mit den §§ 33, 126 und 127. Mit diesen §§ werden K.o.- Ausschreibungen in die Hilfsmittelversorgung als Instrument erster Wahl eingeführt und das Vertragsverhältnis zu den Leistungserbringern neu geregelt.

Wir werden darlegen, dass in Folge der gesetzlichen Neuregelung binnen kürzester Zeit eine Vielzahl Klein- und mittelständischer Unternehmen ihre Existenzgrundlage verlieren werden und das Gesetz nicht einmal mehr Übergangsfristen vorsieht. Die Entstehung monopolistischer Strukturen ist zwangsläufig zu erwarten, während bei Klein- und mittelständischen Unternehmen tausende von Arbeitsplätzen verloren gehen.

Einführung:

Am Beispiel meiner Firma will ich Ihnen die Situation verdeutlichen. Seit 17 Jahren versorgen wir Patienten aller gesetzlichen Krankenkassen in Bonn und Umgebung mit Hilfsmitteln bei Inkontinenz, Stoma, enteraler Ernährung, usw. Die Patienten werden zu Hause beraten, erhalten Muster und werden anschließend bedarfsgerecht versorgt. Die Abrechnung erfolgt mit den gesetzlichen Krankenkassen, für die wir 90 Prozent unserer gesamten Geschäftstätigkeit erbringen. Von den Krankenkassen haben wir vor 17 Jahren eine Zulassung für genau diese Tätigkeit erhalten. Die Krankenkassen wollten in diesem Bereich hochspezialisierte Leistungserbringer etablieren, um auch langfristig einer Kostensteigerung entgegenzuwirken. Diese Aufgabe haben wir und viele andere Homecareunternehmen erfolgreich erfüllt.

Inkontinenzhilfsmittel beispielsweise sind heute viel billiger, als sie selbst vor 17 Jahren waren. Apotheken wurden von den Krankenkassen schließlich auf Preise festgelegt, zu denen wir schon längst lieferten.

In der Folge haben sich Apotheken, einzelne Sanitätshäuser und sogar Homecareunternehmen aus dem Hilfsmittelbereich ganz oder teilweise zurückgezogen, weil sie zu den gesetzlichen Festbeträgen oder Vertragspreisen nicht mehr lieferfähig waren. Kurz gesagt, der Wettbewerb funktioniert.

#### § 127: Einführung von Ausschreibungen für Hilfsmittel

Mit der Einführung von K.o.-Ausschreibungen wird ein Lieferant das alleinige Recht zur Versorgung aller Versicherten einer Krankenkasse in einer Region erhalten. Dies gilt für eine Laufzeit der Ausschreibung von z. B. zwei Jahren. K.o.-Ausschreibungen sollen bundesweit, mindestens bundeslandweit erfolgen. Dies sind die Erwartungen der Krankenkassen an Ausschreibungen, nachzulesen in einem Referat von Herrn Klaus Vick, Referent für Hilfsmittel der Techniker Krankenkasse, veröffentlicht in der Fachzeitschrift MTD 9/2006.

Der BKK-Landesverband Niedersachsen-Bremen, handelnd für 16 Betriebskrankenkassen, ist noch einen Schritt weiter gegangen. Hier hat man in Vorwegnahme der Gesundheitsreform die exklusive Versorgung der Versicherten mit Inkontinenzhilfsmitteln zum 01.01.2007 bereits ausgeschrieben. Die Ausschreibung ist im Europäischen Amtsblatt veröffentlicht unter:

<http://ted.europa.eu/udl?uri=TED:NOTICE:188564-2006:TEXT:DE:HTML>

Eine Aufteilung in mehrere Lose findet nicht statt. Zuschlagskriterien sind bundesweite Versorgung und der günstigste Preis.

Das Instrument der bundesweiten K.o.-Ausschreibung wird von den Krankenkassen, inklusive der im folgenden beschriebenen Auswirkungen, also bereits zu einem Zeitpunkt eingeführt, zu dem die Gesetzeslage dies noch nicht einmal gestattet. Das dokumentiert anschaulich, dass die Krankenkassen aus einer Vielzahl zur Verfügung gestellter Vertragsvarianten nur das Instrument der K.o.-Ausschreibung auswählen und zur Anwendung bringen werden. Der Vorgang zeigt, dass für die Zukunft keine verantwortliche Handhabung dieses Instrumentes durch die Krankenkassen erwartet werden darf.

Dem Bundesministerium für Gesundheit sind die im Referat des Herrn Vick präzise formulierten Erwartungen der Krankenkassen an Ausschreibungen bekannt. Auch die erwähnte Ausschreibung ist dem BMG bekannt.

Dennoch kommt Herr Prof. Will, zust. Referatsleiter des BMG in einem Vortrag am 19.10.2006 zu dem Schluss, dass die Krankenkassen mit dem Instrument der Ausschreibung verantwortungsvoll umgehen werden. Schließlich hätten die Kassen auch kein Interesse an der Entstehung monopolistischer Strukturen.

Wie das BMG, bei exakt gegenteiligen Absichterklärungen der Kassen und faktisch gegenteiligem Verhalten durch die bereits erfolgte Ausschreibung diesen Standpunkt aufrechterhalten will, erschließt sich nicht.

Klein- und mittelständische Unternehmen bei Ausschreibungen chancenlos!

Das Instrument der K.o.-Ausschreibung bevorzugt einseitig diejenigen bundesweit tätigen Großhändler und auch Hersteller, die schon in der Vergangenheit über Direktabsprachen mit einzelnen Krankenkassen versucht haben, direkten und exklusiven Zugriff auf deren Versicherte zu erhalten. Diese Unternehmen verdienen ihr Geld durch die palettenweise Belieferung von Altenheimen und Krankenhäusern mit Putzmitteln und Hygieneartikeln. In der ambulanten Versorgung, die vor Ort Präsenz erfordert, waren sie nie erfolgreich, weil sie diesen Aufwand gescheut haben. Auch waren die den Kassen angebotenen Konditionen im Hinblick auf eine Marktberreinigung vielfach knapp kostendeckend kalkuliert.

Nach einer Ausschreibungslaufzeit von zwei Jahren sind die derzeitigen Anbieterstrukturen vernichtet, weil man das Instrument der K.o.-Ausschreibung zunächst für eine Marktberreinigung einsetzen wird. Wenn uns beispielsweise die Möglichkeit zur Versorgung der Versicherten einer der großen Krankenkassen (AOK, BEK, DAK) pauschal entzogen wird, gibt es keine Möglichkeit das zu kompensieren. Auf einen Schlag würden wir mindestens 20% unserer Geschäftsgrundlage verlieren. Bereits eine verlorene Ausschreibung bei einer dieser drei großen Krankenkassen ist geschäftlich definitiv das Ende. Unser Unternehmen mit vier Festangestellten, einem hiervon schwer behindert, würde von den laufenden Kosten ruiniert, während wir zeitgleich die mühsam erhandelten Einkaufskonditionen verlieren.

Die Folge der K.o.-Ausschreibung ist eine Monopolisierung, bei der in kurzer Zeit nur noch eine sehr geringe Zahl von Leistungsanbietern übrig bleibt. Sanitätshäuser werden das Problem, entsprechend ihrer Leistungsvielfalt, in allen Hilfsmittelbereichen gleichzeitig bekommen.

Kann das staatliche Gesundheitswesen seinen Dienstleistern gegenüber, die sich in absoluter Abhängigkeit von ihm befinden, ein Instrumentarium zur Anwendung bringen, in dessen Folge eingeführte Strukturen absehbar und auf einen Schlag sofort vernichtet werden? Ist das noch verhältnismäßig?

Das Instrument der Ausschreibung ist in der freien Wirtschaft absolut üblich. Dieser Wirtschaftsbereich ist jedoch durch eine Vielzahl potentieller Nachfrager für eine Dienstleistung oder ein Produkt gekennzeichnet. Wir im Gesundheitsbereich können unsere Leistung niemand anderem als dem staatlichen Gesundheitssektor in unserem Einzugsbereich anbieten. Hier gibt es nur drei große Krankenkassen. Wenn ein Unternehmen für diese nicht mehr tätig sein kann, entfällt die Geschäftsgrundlage.

Deshalb entfalten Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich diese fatale Wirkung. In der freien Wirtschaft führt eine verlorene Ausschreibung niemals zum Konkurs eines etablierten Unternehmens. Ist das Instrument der Ausschreibung vor diesem Hintergrund wie beabsichtigt überhaupt übertragbar?

§ 33 widerspricht der Übergangsfrist in § 126

§ 33 Abs. 6 gibt den Krankenkassen das Recht, die Versicherten zur Versorgung mit Hilfsmitteln an Lieferanten zu verweisen, die Gewinner der Ausschreibungen nach § 127 Abs. 1 sind.

§ 126 Abs. 2 bestimmt, dass Lieferanten, die über eine Zulassung verfügen, bis zum 31.12.2008 zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind.

Hieraus folgt, dass entweder keine korrekten Ausschreibungen möglich sind, weil die Kassen die Lieferanten mit einer Zulassung bis zum 31.12.2008 nicht von der Belieferung ausschließen dürfen, oder diese Übergangsfrist ist aber durch § 33 außer Kraft gesetzt und faktisch bedeutungslos, weil jede Krankenkasse ihre Versicherten dem Ausschreibungsgewinner zuweisen wird.

Da derzeit faktisch alle Lieferanten über Zulassungen verfügen, können die Kassen gar keine realistischen Ausschreibungskriterien benennen und Ausschreibungen würden unter falschen Voraussetzungen abgehalten. Angebote würden aufgrund von Kontingenten erstellt, über welche die Krankenkassen bei Einhaltung einer Übergangsfrist schlicht nicht frei verfügen können. Bei diesem Verfahren werden zunächst die Ausschreibungsteilnehmer Angebote abgeben, die Sie in Kenntnis dieses Sachverhaltes sicher nicht vorgelegt hätten. Nach § 33 Abs. 7 sollen diese, unter falschen Voraussetzungen entstandenen Preise, wiederum dann auch für die Unternehmen gelten, die eine Zulassung haben und deswegen grundsätzlich lieferberechtigt sind.

Für den Fall jedoch, dass die Übergangsfrist entfällt, sind sofort alle Arbeitsplätze bei Klein- und mittelständischen Unternehmen in den Hilfsmittelbereichen augenblicklich vernichtet, für die Ausschreibungen platziert wurden.

Etablierte Unternehmen werden ohne jede Frist und ohne jede Möglichkeit, sich umzustellen, binnen weniger Monate Ihre Existenzgrundlage verlieren, wenn hier keine eindeutige Regelung erfolgt.

Fazit:

Mit der Einführung von K.o.-Ausschreibungen wird gegen den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit verstoßen. Unser Grundrecht auf freie Berufsausübung und der Schutz unseres Eigentums werden nicht respektiert. Etablierten Unternehmen werden nicht einmal Fristen zur Umstellung auf die neue Gesetzeslage eingeräumt.

Wir erwarten keine Besitzstandswahrung. Wir erwarten jedoch, dass Preisfestlegungen über wettbewerbsrechtliche Mechanismen erfolgen, die uns die Chance lassen den Beweis zu erbringen, dass wir die Versicherten aller Kassen wirtschaftlich versorgen können. Diese kommen zu uns, weil wir uns in 17 Jahren harter Arbeit hinsichtlich Qualität und Service einen guten Ruf erworben haben. Wenn durch staatliche Eingriffe wettbewerbsfähige Unternehmen ruiniert werden und die für einen funktionierenden Wettbewerb erforderliche Vielfalt der Anbieter nicht mehr vorhanden ist, dann sind die beabsichtigten Maßnahmen die falschen.

Wettbewerb durch Festbeträge, Vertragspreise und Qualitätsanforderungen zu fördern ist sinnvoll und hat in der Vergangenheit gut funktioniert. Bei gleichzeitig fallenden Erträgen haben die Unternehmen die Möglichkeit gehabt, ihren Betrieb kaufmännisch zu optimieren. Das Instrument der K.o.-Ausschreibung lässt uns nicht einmal mehr diese Chance.

Lösungsvorschlag:

Die Krankenkassen haben über die Ermittlung von Festbeträgen und Höchstpreisen in der Vergangenheit die Leistungserbringer gezwungen, ihre Strukturen ständig zu optimieren. Unternehmen, die nicht mehr leistungsfähig waren, sind nicht mehr vorhanden. Die Zahl der Geschäftsaufgaben bei Sanitätshäusern war in den letzten Jahren beachtlich. Der Wettbewerb funktioniert.

Wenn von den Krankenkassen weitere Einsparpotentiale gesehen werden, sollen sie diese in einer Senkung der Festbeträge mit den Leistungserbringern aushandeln. Einem gut begründeten Vorschlag zu Preissenkungen können und werden sich die Leistungserbringer nicht verschließen. Schlicht auf Verdacht hin, das Instrument der Ausschreibung anzuwenden um herauszufinden, ob es möglicherweise ein Einsparpotential in sich birgt, ist wegen der Folgen unverantwortlich und nicht mehr verhältnismäßig. Dieses Verfahren einmal in Gang gesetzt, ist definitiv irreversibel.

Wenn von den Leistungserbringern ein solidarischer Beitrag zur Kostenreduzierung erwartet wird muss dieser in der Höhe benannt, auf die einzelnen Hilfsmittelbereiche umgelegt und dann in Abzug gebracht werden.

Ausschreibungen dürfen nur dort zum Einsatz kommen, wo andernfalls eine privatanteilsfreie Versorgung durch die Leistungserbringer nicht gewährleistet wird.

(Patrick Ehring)

Bonn, 25. Oktober 2006

(14) Ausschuss für Gesundheit  
Ausschussdrucksache  
0130(10)  
Eingang am 2.11.2006

16. Wahlperiode

An die  
Vorsitzende des Ausschusses für Gesundheit  
des Deutschen Bundestages  
Frau Dr. Martina Bunge  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

DW: -82 83  
Fax: -98 283  
E-Mail: doris-ulrike.meyer@gsk.com  
2. November 2006  
DUM/ihu

### **Stellungnahme der Impfstoffhersteller zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz**

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,

gemäß dem vorgelegten Gesetzentwurf eines GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes wird in § 20d SGB V die Erstattung von Impfungen künftig auf eine neue Basis gestellt, wobei der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) als zentrales Entscheidungsgremium fungieren soll.

Unseres Erachtens führt diese Konstruktion – Pflichtleistungen auf Beschluss des G-BA – nicht zwangsläufig zu dem politisch angestrebten Ziel einer Verbesserung der Impfraten in Deutschland. Grundsätzlich stellt sich für uns die Frage, inwieweit der G-BA für die Anerkennung von Leistungen der Primärprävention eine Erweiterung seiner bisherigen Entscheidungskompetenz erhalten sollte. Vielmehr wäre es sinnvoll, diese Entscheidungskompetenz bei der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) sozialrechtlich zu verankern.

Ungeachtet dieser Grundhaltung müsste bei dem vorliegenden Gesetzentwurf darauf geachtet werden, dass die fachliche Expertise der STIKO durch den Gesetzgeber eindeutig zugewiesen wird.

In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, dass eine Zunahme von Impfleistungen auch davon abhängt, dass Impfungen keinerlei Budgetrestriktionen ausgesetzt sein dürfen.

Zur Verdeutlichung unseres Anliegens verweisen wir auf die beigefügte Stellungnahme, die von den 5 führenden Impfstoffherstellern in Deutschland erarbeitet wurde. Wir betrachten die

dort vorgeschlagenen Änderungen als derzeit umsetzbare Mindestanforderungen. Die Berücksichtigung dieser Vorschläge sehen wir als sinnvolle Ergänzung an, um die politisch gewollte Förderung von Schutzimpfungen erfüllen zu können.

Mit freundlichen Grüßen

GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG

ppa

Dr. Walter Geike  
Leiter Geschäftsbereich Impfstoffe

i. V.

Roger Jaeckel  
Leiter Gesundheitspolitik

Anlage

Stellungnahme Impfstoffhersteller GKV-WSG

## Stellungnahme der Firmen

**GlaxoSmithKline, Novartis Behring, Sanofi Pasteur MSD, Solvay Arzneimittel und Wyeth**

GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG  
Entwurf der Bundesregierung vom 25.10.2006

Schutzimpfungen sind für die Versicherten, die Krankenkassen und die Gesellschaft von hohem Nutzen: Sie schützen den Geimpften vor Erkrankung, können die Weiterverbreitung von Krankheitserregern innerhalb der Bevölkerung verhindern und Krankheitskosten vermeiden.

Mit dem vorgelegten Entwurf zur Gesundheitsreform 2006 wird das Ziel verfolgt, eine hohe Impfbeteiligung unter den Versicherten sicherzustellen und Unsicherheiten innerhalb der Ärzteschaft hinsichtlich der Kostenübernahme der Impfstoffverordnungen und der Impfleistungen zu beseitigen.

Die oben genannten Firmen haben sich bereits in einer Stellungnahme zum 4. Arbeitsentwurf des GKV-WSG zur Budgetierung von Leistungen geäußert.

Weiterführende Gespräche mit Experten des Impfwesens zum Gesetzentwurf haben die beteiligten Firmen veranlasst, die Rolle des Gemeinsamen Bundesausschusses bei der Entscheidung über die Aufnahme von Impfungen in den Leistungskatalog der Krankenkassen zu hinterfragen. Die vorliegende Stellungnahme beinhaltet daher die Vorschläge der Hersteller zur

- Regelung des Anspruches von Versicherten auf Impfleistungen,
- zur Budgetierung von Impfstoffverordnungen und
- zur Anwendung der Regelleistungsvolumina auf Schutzimpfungen



Solvay  
Arzneimittel



**Wyeth**  
Pharmaceuticals

## Artikel 1 – Änderung des SGB V

### Art. 1, § 20d Primäre Prävention durch Schutzimpfungen

Der Gesetzentwurf sieht in Art.1 § 20d SGB V vor, Schutzimpfungen von Satzungsleistungen in Regel- und Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) zu überführen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) soll in seinen Richtlinien die erstattungsfähigen Schutzimpfungen auf Basis der STIKO-Empfehlungen festlegen. Darüber hinaus können zusätzliche Schutzimpfungen als Satzungsleistungen angeboten werden. Zur Unterstützung des öffentlichen Gesundheitsdienstes sollen sich die Krankenkassen an den Kosten für Impfungen, die auf Grund des Infektionsschutzgesetzes verabreicht werden, beteiligen.

#### § 20d Abs.1

Die Empfehlungen zu Schutzimpfungen werden von der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO) auf der Grundlage medizinischer und epidemiologischer Erfordernisse in Deutschland ausgesprochen und entsprechen dem Stand der Medizin (BGH, 2000, VI ZR 48/99). Bei der Entscheidung stehen der medizinische Nutzen, die Notwendigkeit und die Erreichbarkeit der Patienten im Vordergrund. Es erscheint unzweckmäßig, die Bewertung des wirtschaftlichen Nutzens von der Bewertung des medizinischen Nutzens abzukoppeln. Die Bewertung beider Komponenten sollte in einer Hand liegen und daher bei Bedarf ausschließlich von einem Gremium beurteilt werden; die STIKO ist wegen ihrer wissenschaftlichen Expertise dafür prädestiniert. Sollte daher eine Kosten-Nutzen-Bewertung im Einzelfall zur Entscheidung über die Aufnahme einer Impfung in den Leistungskatalog der Krankenkassen für notwendig erachtet werden, sollte der GBA die STIKO mit der Erstellung dieser Bewertung beauftragen.

Die Hersteller schlagen vor, Satz 3 wie folgt zu ändern :

***„... Der Gemeinsame Bundesausschuss soll die Entscheidung über die Leistung von Schutzimpfungen auf Grundlage der jeweiligen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes aussprechen....“***

und nach Satz 4 zwei weitere Sätze einzufügen:

***„ ... Die Ablehnung einer Leistung darf nicht auf Kostenaspekte gestützt werden. Auf Antrag des Gemeinsamen Bundesausschusses bewertet die Ständige Impfkommission den Nutzen und die Kosten von Impfungen und leitet dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Arbeitsergebnisse als Empfehlung zu....“***

## Weiterführende Begründung

Es muss gewährleistet sein, dass die von der STIKO empfohlenen Schutzimpfungen im Regelfall vom GBA in den Pflichtleistungskatalog der GKV übernommen werden und nicht rein finanzielle Aspekte zu einem Ausschluss dieser Leistungen führen. Letzteres würde nämlich dem Ziel des Gesetzgebers, die Impfquote bei wichtigen Schutzimpfungen zu erhöhen, gerade zu wider laufen.

Medizinischer und epidemiologischer Nutzen von Impfungen stehen in engem Zusammenhang mit ihrem ökonomischen Nutzen: Durch die Verhütung von Infektionskrankheiten und ihren Komplikationen werden unmittelbar Krankheitskosten und Arbeitsausfallkosten vermieden. Bei entsprechend hohen Impfquoten stellt sich über den individuellen Schutz der geimpften Personen hinaus der epidemiologische Schutz ein (Herdenimmunität). Durch die Unterteilung der Impfeempfehlungen in verschiedene Kategorien trifft die STIKO nicht nur eine Entscheidung über den medizinischen Nutzen, sondern berücksichtigt bereits epidemiologische Aspekte und die Zweckmäßigkeit, also den medizinischen Nutzen, von Impfungen. So steht in den Kategorien „Standard- und Auffrischimpfung“ sowie der „postexpositionellen Impfung“ der epidemiologische Nutzen im Vordergrund, bei Indikationsimpfungen auf Grund eines medizinisch begründeten Risikos steht der individuelle Nutzen für den Patienten im Vordergrund. Auch wirtschaftliche Überlegungen spielen bereits eine Rolle.

Als oberstes Organ der Gemeinsamen Selbstverwaltung im Sozialversicherungssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung wird der GBA naturgemäss die Perspektive der GKV stärker berücksichtigen als die gesamtgesellschaftliche. Dabei steht die aktuelle (jährliche) finanzielle Situation der Krankenkassen mit im Vordergrund. Die Vermeidung von Krankheitsfolgekosten findet somit oftmals bei der Entscheidung über die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln keine Berücksichtigung.

Impfungen sind hingegen langfristig angelegte Maßnahmen; der wirtschaftliche Nutzen stellt sich erst nach mehreren Jahren ein.

Schließlich ist zu berücksichtigen, dass gemäß dem Urteil des Bundesgerichtshofes vom 15. Februar 2000 (AZ.: VI ZR 48/99) die jeweils aktuellen Empfehlungen der STIKO dem medizinischen Standard entsprechen und daher Versicherten im Regelfall zur Verfügung gestellt werden sollten. Dies gilt insbesondere auch deshalb, weil es alternative Prophylaxe- bzw. Behandlungsmaßnahmen, anders als bei herkömmlichen Therapien, nicht gibt.

**Eine Einschränkung oder ein Ausschluss von durch die STIKO empfohlenen Impfungen aus dem Leistungskatalog der GKV muss daher die Ausnahme bleiben. Rein wirtschaftliche Überlegungen des GBA dürfen nicht zu einer Ausgrenzung des medizinischen Standards führen. Eine im Einzelfall erforderliche Kosten-Nutzen Bewertung sollte unbedingt durch ein neutrales Gremium wie die STIKO vorgenommen werden.**

Die STIKO ist aus ausgewiesenen Experten der Bereiche Medizin, Infektiologie und Epidemiologie zusammengesetzt. Die Ergänzung der STIKO durch einen Experten für Gesundheitsökonomische Evaluation kann die STIKO in die Lage versetzen, ne-

ben dem medizinischen auch den wirtschaftlichen Nutzen von Impfungen umfassend zu bewerten. Bei der Empfehlung von Impfungen kann damit festgelegt werden, inwieweit die Krankenkassen die Impfkosten obligatorisch übernehmen oder ob dies eine freiwillige Leistung im Rahmen der Satzung bleibt.

## § 20d Abs.2

Die bisherige Regelung der Erstattung von Impfleistungen im Rahmen der Satzungsleistungen weist eine Reihe von Vorteilen auf, die auch künftig gesichert sein sollten.

Für den Fall, dass eine STIKO-Empfehlung nicht besteht oder der Leistungsanspruch eingeschränkt bzw. ausgeschlossen wurde, muss es auch künftig möglich sein, dass Krankenkassen Impfungen, die medizinisch sinnvoll sind, im Rahmen ihrer Satzungsleistungen erstatten können.

Deshalb schlagen die Hersteller vor, die Formulierung in Absatz 2 zu präzisieren:

**„Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung zusätzlich zu den nach Abs.1 Satz 2 zu erstattenden Impfungen weitere Schutzimpfungen (als freiwillige Satzungsleistungen) vorsehen. ...“**

### Weiterführende Begründung:

Durch einen einheitlichen Leistungskatalog für Impfungen wird der Wettbewerb zwischen Krankenkassen eingeschränkt. Es besteht die Gefahr, dass die Kasse mit der schlechtesten Finanzlage im Verbund der GKV das Impfspektrum definieren kann (Minimalprinzip). Nach den bisher vorgeschlagenen Regelungen des SGB V ist es einer Kasse nicht möglich, ausgeschlossene Leistungen als Satzungsleistung zu gewähren. Dies steht im Widerspruch zum Ziel, die Impfsituation in Deutschland zu verbessern und dazu beizutragen, dass möglichst viele Personen von einer Impfung profitieren können.

Erfahrungsgemäß lassen sich Empfehlungen im Rahmen von Satzungsleistungen schneller durchsetzen, weil der Wettbewerb der Kassen die Umsetzung beschleunigt. Durch die Möglichkeit, Impfungen auch als Satzungsleistungen in den Leistungskatalog der Kassen aufzunehmen, kann ein schneller Zugang der Versicherten zu Impfungen sichergestellt werden. Dies gilt insbesondere in den Fällen, in denen der GBA über die Erstattungsfähigkeit einzelner Impfungen noch nicht entschieden hat.

Satzungsleistungen erlauben es bislang den Kassen, sich individuell zu positionieren und Impfungen, für die keine explizite Empfehlung der STIKO vorliegt, die aber dennoch medizinisch sinnvoll sind, zu erstatten. So wird z.B. in einigen KV-Bezirken die Gripeschutzimpfung für alle Personen erstattet, weil es sich um eine epidemiologisch sinnvolle Maßnahme handelt. Ein weiteres Beispiel ist die Erstattung der Hepatitis B-Impfung für Erwachsene durch die Krankenkassen in Baden-Württemberg, weil nicht nur für Kinder und Jugendliche, sondern auch für die Gruppe der 20- bis 50-Jährigen ein günstiges Nutzen-Kosten-Verhältnis für die Hepatitis B-Impfung besteht.

(Beske F., Ralfs D., 2003; Die aktive Schutzimpfung in Deutschland, Stand – Defizite – Möglichkeiten; Fritz Beske Institut für Gesundheits-Systemforschung Kiel (Hrsg.), ISBN 3-88312-288-2 ; S. 65-69 und S. 101-108).

Es sollte daher den Krankenkassen auch in Zukunft möglich sein, über den Katalog der Pflichtleistungen hinaus, medizinisch sinnvolle Maßnahmen wie Impfungen als Satzungsleistung zu erstatten. So können die Vorteile der bisherigen Erstattungsregelung auch künftig erhalten und Rückschritte gegenüber dem derzeitigem Versorgungsniveau vermieden werden.

Regionale Besonderheiten können im Satzungsleistungssystem optimal berücksichtigt werden. Dies kann sich sowohl auf die Erstattung von Impfungen gegen regional unterschiedlich verbreitete Erreger beziehen - wie die FSME-Impfung in Süddeutschland - als auch auf die besondere Förderung von einzelnen Impfungen, bei denen es infolge von Impflücken immer wieder zu regionalen Ausbrüchen kommt. Aktuelle Beispiele liefern die Masernepidemien in Bayern, Nordrhein-Westfalen oder Niedersachsen.

Ein Pflichtleistungsanspruch allein führt nicht zwingend zu einer Verbesserung der Impfraten. Dies lässt sich an Hand der stagnierenden Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen trotz Pflichtleistung im Rahmen der Krebsfrüherkennungsrichtlinie leicht belegen. Erst durch Anreizsysteme wie spezielle Bonusprogramme, wie sie bei Satzungsleistungen möglich sind, können sowohl Ärzte als auch Patienten zur verstärkten Inanspruchnahme z. B. der Masernimpfung motiviert werden.

### **Art. 1, § 84 Arznei- und Heilmittelbudget, Richtgrößen**

In der Systematik des SGB V führt der Anspruch von Versicherten auf Leistungen zu einer Reihe von Regelungen, die eine Leistungsausweitung und Ausgabensteigerung begrenzen sollen. Dazu gehören u.a. die Budgetierungen von Arzneimitteln im Rahmen der Arzneimittelvereinbarungen und der Arzneimittelrichtgrößen nach § 84 SGB V. Budgetierte Leistungen können zu einem Rückgang der Verordnung von Impfstoffen und damit von Impfungen führen, die bisher den Vorteil hatten, außerhalb der Arzneimittelbudgets zu liegen. Die Einbeziehung von Impfstoffen in die Budgetierungen steht der mit § 20d Abs.1 SGB V beabsichtigten Erhöhung der Impfraten in der Bevölkerung entgegen.

Deshalb ist es notwendig, solange die für den Infektionsschutz notwendigen Impfraten nicht erreicht sind, Impfstoffkosten von einer reinen Budgetierung auszunehmen. Unter Berücksichtigung der genannten Kritikpunkte plädieren die o.g. Hersteller dafür, § 20d um einen Absatz 4 zu ergänzen:

**„ (4) Auf nach § 20d Abs. 1 und 2 verordnete Impfstoffe findet § 84 SGB V keine Anwendung.“**

### Weiterführende Begründung:

Eine Budgetierung von Impfstoffkosten stünde konträr zu den in der Begründung zum Gesetzentwurf genannten Zielen der Überführung der Schutzimpfungen in Regelleistungen, um hierdurch die Impfrate in der Bevölkerung zu erhöhen.

Die Verunsicherung der Ärzteschaft über die Erstattung von Impfstoffen durch die Krankenkassen wurde in der Begründung zum Gesetzentwurf als eine der Hauptursachen für die geringen Impfraten in Deutschland identifiziert. Die mit der Budgetierung bezweckte Begrenzung von Arzneimittelverordnungen ist bei Impfstoffen korraproduktiv, würde zu einer Reduzierung von Verordnungen bei Schutzimpfungen führen und daher dem Gesetzeszweck gerade zuwider laufen.

Eine Verknüpfung von Arzneimittelverordnungen zur Behandlung von Erkrankungen mit präventiv wirkenden Schutzimpfungen birgt das Risiko, dass Impfstoffverordnungen bei Erreichen des Arzneimittelbudgets oder der Arzneimittelrichtgröße reduziert werden, um Regressen zu entgehen. Aus Sicht des Leistungserbringers ist dies nachvollziehbar, weil der individuelle Bedarf eines Versicherten nach einer Präventionsleistung eher aufschiebbar erscheint, als die Behandlung einer Erkrankung. Jedoch bedeutet bereits die Verschiebung einer Impfstoffverordnung in das Folgequartal, dass Impfungen nicht zeit- und altersgerecht durchgeführt würden und somit die betroffenen Versicherten zwischenzeitlich (behandlungsbedürftig) erkranken sowie zur Weiterverbreitung der Infektion beitragen können.

Ein besonderes Problem stellen saisonal zu verabreichende Impfungen dar wie die Schutzimpfung gegen Influenza. Die Impfsaison gegen Influenza konzentriert sich auf das 3. und 4. Quartal eines Jahres, also vor Beginn der jährlichen Infektionswelle. Eine Verschiebung infolge von Budgetrestriktionen könnte den Sinn der Impfung unterlaufen.

### **Art. 1, § 85b SGB V**

Die Vergütung der Vertragsärzte für Satzungsleistungen wird im Rahmen von Vereinbarungen nach § 73 Abs. 3 SGB V ausgehandelt. Die in solchen Vereinbarungen festgelegten Honorare sind nicht Teil der budgetierten Gesamtvergütung. Gegenwärtig bestehen in den Bundesländern Impfvereinbarungen auf Basis des § 73 Abs. 3 SGB V, die das Impfhonorar festlegen. Bei einer Überführung der Schutzimpfungen aus dem Katalog der Satzungsleistungen in den Katalog der Regelleistungen finden die Impfvereinbarungen keine Anwendung mehr, die Honorierung der Impfungen würde im Rahmen der budgetierten Gesamtvergütung als Teil der ärztlichen Regelleistungsvolumina erfolgen.

Eine Budgetierung von Impfleistungen wirkt dem Ziel des vorliegenden Gesetzentwurfes entgegen, die Impfraten zu erhöhen und den Schutz der Versicherten vor Infektionserkrankungen zu verbessern. Die o.g. Hersteller setzen sich daher dafür ein, § 85b Abs. 2 um folgende Formulierung zu ergänzen:

**„Satz 1 gilt nicht für Impfleistungen, für die gemäß § 20d ein Anspruch des Versicherten besteht. Die Partner der Gesamtverträge schließen hierzu Vereinbarungen nach § 73 Abs. 3 ab.“**

Weiterführende Begründung:

Arztbezogene Regelleistungsvolumina sind ein Instrument zur Begrenzung der individuellen Leistungsmenge eines Vertragsarztes. Ihre Höhe hängt im Wesentlichen vom Alter, Geschlecht und der Morbidität der vom Arzt betreuten Patienten und der im Vergleichszeitraum erbrachten Leistungsmenge ab. Diese Menge ist für kurative Behandlungen und Früherkennungsuntersuchungen mit hoher Sicherheit in 1 - Jahreszeiträumen kalkulierbar, weil die Bevölkerungszahl und das normale Krankheitsgeschehen wie z.B. die Zahl der Diabetesfälle keinen allzu starken Schwankungen unterworfen sind.

Bei Infektionserkrankungen kann es in einer nur unzureichend geimpften Bevölkerung immer wieder zu Ausbrüchen kommen. Um die Zahl der Infektionen gering zu halten, werden in solchen Fällen Riegelungsimpfungen durchgeführt. Solche Ereignisse sind jedoch nicht vorhersehbar und daher kaum budgetierbar.

Hinzu kommt, dass durch Riegelungsimpfungen schnell das Regelleistungsvolumen erschöpft sein kann. Für die Erbringung weiterer Impfleistungen, auch gegen andere impfpräventable Erkrankungen, muss der Arzt folglich empfindliche Honorareinbußen hinnehmen. Dies kann dazu führen, dass Impfungen in einen späteren Abrechnungszeitraum verschoben werden. Die Wahrnehmung einmal verschobener Impftermine durch die Bevölkerung lässt erfahrungsgemäß jedoch nach. Durch die so entstandenen Impflücken ist der nächste Ausbruch einer Erkrankung sozusagen vorprogrammiert.

Saisonal zu verabreichende Impfungen wie die Schutzimpfung gegen Influenza stellen ein weiteres Problem dar. Die Impfsaison gegen Influenza konzentriert sich auf das 3. und 4. Quartal eines Jahres, also vor Beginn der jährlichen Infektionswelle. Eine Verschiebung infolge von Budgetrestriktionen könnte den Sinn der Impfung unterlaufen.

Daher ist eine Budgetierung von Impfleistungen ein ungeeignetes Instrument, um einerseits das Infektionsgeschehen selbst und andererseits die Ausgaben für Infektionserkrankungen unter Kontrolle zu bringen.

Ein weiterer Aspekt ist, dass Impfeempfehlungen gegen bis dahin nicht impfpräventable Infektionserkrankungen nur mit großen Unsicherheiten kalkuliert werden können. Hier spielen der Zulassungszeitpunkt eines Impfstoffes, der davon abhängige Zeitpunkt der STIKO-Empfehlung und der Zeitpunkt der Entscheidung des GBA über die Erstattung der Impfung eine große Rolle. Ist eine neue Empfehlung nicht in ausreichendem Maße bei der Festlegung des Regelleistungsvolumens berücksichtigt worden, kann es dadurch zu einem Budgetengpass und in der Folge zur Unterversorgung bei Impfleistungen kommen.

(14) Ausschuss für Gesundheit  
Ausschussdrucksache  
0130(13)  
Eingang am 3.11.2006

16. Wahlperiode

1  
2  
3  
4  
5 **Anmerkungen zum Gesetzentwurf „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der**  
6 **GKV“, Kategorie „Medizinische Leistungserbringung“**

7 Univ.-Prof. Dr. Dr. h. c. Peter Oberender  
8

9 Unbestritten ist, dass es Rationalisierungspotenziale im Gesundheitswesen gibt und es ein  
10 legitimes Ziel einer Gesundheitsreform sein muss, Maßnahmen zu entwickeln, diese zu beför-  
11 dern. Die Frage, die es jedoch zu beantworten gilt, ist jedoch, welche institutionellen Anreiz-  
12 systeme für einen adäquaten Umgang mit knappen Ressourcen vorhanden sein müssen. Nur  
13 lässt sich nicht am grünen Tisch ergründen, in welcher Höhe dies realisiert werden kann. Im  
14 deutschen Gesundheitswesen gilt es, die fehlerhaften Anreizeffekte zu eliminieren. Eine Ur-  
15 sache für die Verschwendung liegt in der unzureichenden Abstimmung der Sektoren begrün-  
16 det. Mit den Ansatzpunkten der Integrierten Versorgung nach den §§ 140 a-d SGB V wurde  
17 schon ein Schritt in die richtige Richtung getan. Es gilt aber, die ökonomische und medizini-  
18 sche Verantwortung neu zu organisieren. Mit der Übertragung der finanziellen Verantwortung  
19 ist jedoch den Akteuren auch ein entsprechender Handlungsspielraum zu gewährleisten. Dar-  
20 unter können Möglichkeiten des selektiven Kontrahierens wie auch der unterschiedlichen  
21 Ausgestaltung von Honorierungs- und Leistungsangeboten subsumiert werden. Zur Sicher-  
22 stellung der Qualität muss jedoch dem Patienten –unterstützt durch einen geeigneten Sachwal-  
23 ter in Form einer Krankenversicherung – die Wahl zwischen verschiedenen Versorgungsmod-  
24 dellen möglich sein.

25 An dieser Stelle wird deutlich, dass es eines Versorgungswettbewerbs im Gesundheitswesen  
26 die Unterstützung durch adäquate Systeme der Informationsstandardisierung und des Quali-  
27 tätsbenchmarkings bedarf. Die Regelungen, die im Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in  
28 der GKV (GKV-WSG) vorgesehen sind bezüglich einer qualitätsgerichteten Strategie in der  
29 Versorgung mehr als ambivalent zu beurteilen. So ist es einerseits zu begrüßen, dass Kran-  
30 kenversicherungen künftig stärker davon Gebrauch machen können, über selektive Verträge  
31 nach den §§ 140 a-d SGB V Verträge mit Leistungserbringern abzuschließen. In diesem Kon-  
32 text passt auch der Hinweis, dass die Anschubfinanzierung im Grundsatz eine „bevölkerungs-  
33 bezogene Komponente“ einnehmen soll. Andererseits werden die Aufgabenzuweisungen an

1 den bundeseinheitlichen Spitzenverband der Krankenkassen und in dieser Konsequenz die  
2 „einheitlichen und gemeinsamen“ Vorgaben für die Regelversorgung – von Ausnahmen der  
3 Hilfsmittelversorgung abgesehen – wieder an Bedeutung gewinnen.

4 Es bleibt so die Frage offen, ob der Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen hiermit  
5 nur Ausdruck eines Kostendämpfungsmechanismus einnimmt und die Idee einer „Suchstrate-  
6 gie“ durch den Wettbewerbsprozess nicht weiter verfolgt wird. Insgesamt gilt es zu kritisie-  
7 ren, dass die Systemzusammenhänge zwischen den einzelnen Reformansätzen ungenügend  
8 verknüpft werden, ein stetiges Trennen der eigentlich interdependenten Zusammenhänge för-  
9 dert aber nicht konsistente Gesetzesentwicklungen.

10 Die Konzentration auf den Gesundheitsfonds hat erhebliche Konsequenzen in alle Bereiche  
11 der Gesundheitsversorgung. Der Fonds schafft nicht nur einen Einheitsbeitrag, der weiterhin  
12 einkommens- und damit lohnbezogen bleibt und die Abkoppelung der Krankenkassenbeiträge  
13 von Lohnnebenkosten nicht realisiert und darüber hinaus weiterhin nicht nachhaltig ist (kein  
14 Kapitaldeckungselement), sondern er zwingt die Krankenkassen in einen fatalen Kostendämp-  
15 fungswettbewerb. Es wird gemäß der Fondslogik die Kasse erfolgreich sein, der es gelingt,  
16 den als „homogen“ angesehenen Leistungskatalog am kostengünstigsten zu administrieren  
17 und möglichst keinen Zusatzbeitrag („kleine Prämie“) zu erheben. Gerade im Bereich der  
18 chronischen Erkrankungen, Diabetes, Osteoporose aber auch bei der Umsetzung alternativer  
19 Versorgungsmethoden, haben die graduellen Freiheitsgrade in den letzten Jahren (Modellvor-  
20 haben und Integrationsversorgung) die Kassen zusehends ermutigt, in neue Versorgungsvari-  
21 anten zu investieren. Eine derartige Investition benötigt zunächst aber finanzielle Aufwen-  
22 dungen, die auch dazu führen können, den Beitrag nicht zu senken. Ziel im Wettbewerbspro-  
23 zess sollte es nicht sein, Billigmedizin anzubieten, sondern aus Sicht der Versicherten und  
24 Patienten ein gutes Beitrags-Leistungsverhältnis zu erzielen. In diesem Sinne wirkt der Fonds  
25 innovationsbremsend, was auch noch durch die Umsetzung des projektierten morbiditäts-  
26 orientierten Risikostrukturausgleichs gefördert wird.

27 Wichtig ist, dass im Krankheitsfall jeder Bürger gegen das Risiko versichert ist, das seine  
28 finanzielle Situation übersteigt. Insofern bleibt es ein wichtiges und richtiges Ziel einer adä-  
29 quaten Gesundheitspolitik, dass tatsächlich jedem – unabhängig vom Alter – Zugang zur mo-  
30 dernen Medizin garantiert wird. Jedoch gilt es, die Fortentwicklung des Leistungskatalogs mit  
31 anderen Perspektiven zu betrachten. Zunächst stellt sich die Frage, was wirklich als notwen-  
32 dige Leistung im Sinne der Existenzbedrohung angesehen werden und daher eine solidarische

1 Finanzierung erfahren muss. Hierbei gilt es bereits heute, Korrekturen an den Ansprüchen  
2 vorzunehmen. Beispielsweise müssen der Zahnbereich und die Arzneimittel komplett heraus-  
3 genommen werden, dies gilt auch für Heil- und Hilfsmittel. Selbstverständlich ist es wichtig,  
4 eine Sozialklausel und eine Härtefallregelung zu behalten. Jedoch wird nicht jeder alles wei-  
5 terhin unabhängig vom Einkommen und auch von seiner Mitverantwortung erhalten können.  
6 So sind Ansatzpunkte der höheren Selbstbeteiligung bei verhaltensabhängigen Erkrankungen  
7 durchaus eine sinnvolle Strategie, die patientenseitige Verantwortung zu stärken. Es bleibt  
8 jedoch die Frage offen, ob es zielführend kann undifferenziert eine höhere Selbstbeteiligung  
9 für alle Patienten einzufordern, die wenn sie an Krebs erkranken, eine adäquate Vorsorgean-  
10 strengung nicht konsistent nachweisen können. Eine wettbewerbliche Lösung läge beispiels-  
11 weise in einem Wettbewerb unterschiedlicher Versorgungsprogramme gerade für chronisch  
12 Kranke.

13 Über den Umfang, in dem die Bürger bereit sein werden, auf einen die Regelversorgung er-  
14 gänzenden Versicherungsschutz zu verzichten und damit Risiken aus dieser Ebene in den Be-  
15 reich der Selbstbeteiligung zu verlagern, sind gegenwärtig zuverlässige Aussagen zwar nicht  
16 möglich, wohl aber vorsichtige Prognosen über die Entwicklung des Gesundheitsbewusstseins  
17 der Bevölkerung und über die Kaufkraft bestimmter Bevölkerungsschichten. Schätzungen gehen  
18 davon aus, dass bei fortbestehenden Trends bis zum Jahr 2020 der deutsche Gesundheitsmarkt  
19 voraussichtlich um 80 % auf 540 Mrd. € und einen BIP-Anteil von 17 % wachsen wird.

20 Es ist abzusehen, dass die bestehenden Mängel und die zukünftigen Herausforderungen die  
21 inneren Widersprüche des Systems der sozialen Krankenversicherung immer wieder aufbre-  
22 chen lassen, wenn es nicht gelingt, die gegenwärtigen Probleme ursachenadäquat zu lösen und  
23 die zukünftigen Herausforderungen angemessen zu berücksichtigen. Angesichts der vielfälti-  
24 gen Probleme müssen der Krankenhausbereich, die ambulante Versorgung sowie die Organi-  
25 sationsstruktur reformiert werden. Die Wahl- und Handlungsfreiheit der Versicherten muss  
26 einerseits gestärkt, andererseits im Bereich der Solidargemeinschaft eingeschränkt werden.  
27 Die Lösung des Schnittstellenproblems ist aber nur über integrierte Versorgungskonzeptionen  
28 möglich, die sich an einer sektorübergreifenden Vergütungs- und Kontrollstruktur orientieren.  
29 Eine vernetzte Versorgungsstruktur inklusive spezialisierte Rehabilitationseinrichtungen  
30 könnte sich an Formen der Managed-Care-Versorgung orientieren.

31 Ein besonderer Ansatzpunkt liegt in der Ausgestaltung einer adäquaten Vergütungsstruktur.  
32 Deren Ziel ist die Übernahme der finanziellen Verantwortung über alle Behandlungsstufen

1 hinweg, um den Anreiz des „Herausüberweisens“ in einen anderen Sektor zu reduzieren. Die  
2 Rehabilitationseinrichtungen der Zukunft werden sich in integrierten Systemen wieder finden,  
3 die regional oder/und indikationsspezifisch organisiert sind und vor allem mit einer sektor-  
4 übergreifenden Vergütung ausgestattet sind. Die jeweiligen regionalen Versorgungssysteme  
5 werden wiederum mit anderen Integrationssystemen konkurrieren oder gegebenenfalls auch  
6 kooperieren. Bei Annahme eines Wettbewerbs zwischen verschiedenen integrierten Versor-  
7 gungsformen sind folglich Behandlungsziele und Vergütung für das jeweilige Versorgungsar-  
8 rangement festzusetzen, d. h. auf dezentraler Ebene zu vereinbaren. Ein regionales Versor-  
9 gungsarrangement hätte beispielsweise die Kriterien für den Behandlungserfolg, die Über-  
10 nahme der Vergütungsverantwortung und die Vergütungskriterien festzulegen.

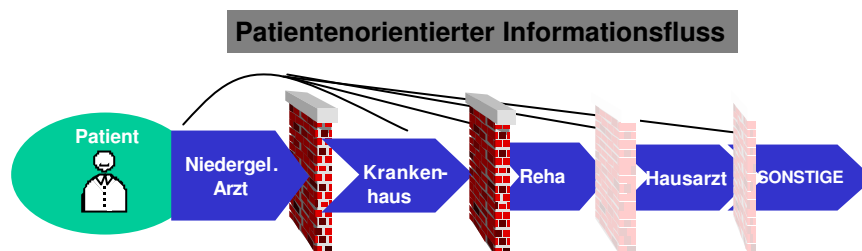
11 Vor diesem Hintergrund sind die Reformüberlegungen zur Veränderung der ambulanten Ver-  
12 gütung zu begrüßen, die den Ärzten eine größere Kalkulationssicherheit gewährleisten.  
13 Gleichwohl ist darauf hinzuweisen, dass die intendierte bundesweite Kalkulation von Vergü-  
14 tungsregelungen, die auf Landesebene wieder nach oben und unten korrigiert werden können,  
15 ein möglicherweise falsches Signal an die Organisations- und Wettbewerbsentwicklung selek-  
16 tiver Verträge darstellt. Wenn die Qualitäts- und Sicherstellungsaufgabe zusehends durch  
17 Krankenversicherungen und Leistungserbringern kombiniert erbracht werden soll, gilt es hier  
18 größere Flexibilisierungsräume für die eine adäquate Vergütung – wie grundsätzlich in den  
19 Verträgen der Integrierten Versorgung vorgesehen – zu entwickeln.

20 Da bei prospektiven Vergütungssystemen häufig der Einwand der Qualitätsverschlechterung  
21 diskutiert wird, ist es wichtig zu betonen, dass sektorübergreifende Versorgungseinrichtungen  
22 nur dann Anreize zur Erbringung guter medizinischer Qualität haben, wenn sie in Konkurrenz  
23 zu anderen Versorgungseinrichtungen stehen. Dabei spielt die Ausgestaltung der Schnittstelle  
24 zwischen den Versorgungssektoren eine entscheidende Rolle. Nur wenn es gelingt, eine ge-  
25 meinsame Budgetverantwortung über die Sektorengrenzen hinweg zu gestalten, beispielswei-  
26 se über entsprechende sektorale Vertragsstrategien einer integrierten Versorgung, werden  
27 Rationalisierungsprozesse greifen können.

# 1 **Abbildung: Integrationsprozesse als Schlüssel effizienter Leistungserstellung**

## Versorgungsmanagement und adäquate Honorierung

Prozessorientierung statt Sektorentrennung – Kooperationen fördern  
die Effizienz der Mittelverwendung im Gesundheitswesen



2

3 Ein weiterer Ansatz, dem Problem der Qualitätseinbußen entgegenzusteuern, besteht darin,  
4 die Vergütung an Outcome-Parametern zu orientieren. Eine derartige ergebnisorientierte Ver-  
5 gütung könnte beispielsweise darin bestehen, die Vergütung an Patientenbeschwerden oder an  
6 vereinbarte Zielhypothesen „anzuhängen“. So könnte z. B. bei manchen Rehabilitationsfällen,  
7 wie etwa bei Rückenleiden, vereinbart werden, den Erfolg an der Reduktion der Fehltag  
8 während eines bestimmten Zeitraums nach Ablauf der Rehabilitationsmaßnahme zu knüpfen.

9 Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich aufgrund der vielfältigen Gestal-  
10 tungsmöglichkeiten im Bereich außerhalb der gesetzlich vorgeschriebenen Regelversorgung  
11 die individuellen Präferenzen weitaus stärker durchsetzen können als bisher. Vor allem aber  
12 bietet der mit der Reduzierung des Regelversorgungsbereichs verbundene partielle Rückzug  
13 des Staates für die Leistungsanbieter auf dem Markt für Gesundheit einen größeren Schutz  
14 vor willkürlichen und überhasteten staatlichen Eingriffen in das Gesundheitswesens, die bis-  
15 her längerfristige Planungen unmöglich machten. Das deutsche Gesundheitswesen ist grund-  
16 sätzlich gerüstet, wenn es seine ordnungspolitischen Hausaufgaben erfüllt. Vor dem Hinter-  
17 grund einer kontinuierlichen Arbeitslosigkeit kann es keine dauerhafte Lösung sein, einen  
18 potenziellen Beschäftigungsmarkt weiterhin mit Kostendämpfungsmaßnahmen zu regulieren  
19 oder gar einem steuerfinanzierten Gesundheitswesen das Wort zu reden. An dieser Stelle  
20 bleibt der Gesetzgeber aufgefordert, den Gesetzesentwurf „gegen den Strich zu bürsten“ und  
21 noch mögliche Verbesserungsoptionen zu berücksichtigen.

(14) Ausschuss für Gesundheit  
Ausschussdrucksache  
0130(6)  
Eingang am 1.11.2006

16. Wahlperiode



Vereinigung Analytischer Kinder- und  
Jugendlichen-Psychotherapeuten  
in Deutschland e.V. gegr. 1953

VAKJP e.V. · Sybelstraße 45 · D - 10629 Berlin

Deutscher Bundestag  
Ausschuss für Gesundheit  
Frau Dr. Martina Bunge  
Platz der Republik 1

11011 Berlin

per eMail an: [marianne.steinert@bundestag.de](mailto:marianne.steinert@bundestag.de)

Ort	Datum	Unser Zeichen / Ihre Mitgliedsnummer
Berlin	30. 10. 2006	

## GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz Stellungnahme zum Entwurf der Bundesregierung

Sehr geehrte Frau Dr. Bunge,

zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT) und der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung stellen wir die Vertretung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). In dieser Eigenschaft möchten wir zum Entwurf der Bundesregierung für das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz Stellung nehmen, soweit damit Vergütungsregelungen betroffen sind. Wir wären dankbar, wenn unsere Vorstellungen bei den weiteren Beratungen in Ihrem Hause Berücksichtigung fänden.

1. **§ 85b Abs. 1 Satz 2 SGB V** (arztbezogene Regelleistungsvolumina) ist zu **ergänzen:**

„Satz 1 gilt nicht für **psychotherapeutische und vertragszahnärztliche Leistungen.**“

### **Begründung:**

Sollte der Gesetzgeber an Regelleistungsvolumina festhalten, so ist zu bedenken, dass psychotherapeutische Leistungen bereits in mehrfacher Hinsicht mengenbegrenzt sind und eine darüber hinausgehende Mengenbegrenzung

Vorsitzender

Dipl.-Soz. Päd.  
Peter Lehdorfer  
Bräuhausstraße 4c  
82152 Planegg  
Telefon 0 89 / 8 59 53 82  
Telefax 0 89 / 89 53 09 24  
Lehdorfer@VAKJP.de

Stellvertretende Vorsitzende

Dipl.-Mus. Päd.  
Kristiane Göpel  
Hainbuchenweg 29  
72076 Tübingen  
Telefon 0 70 71 / 64 03 64  
Telefax 0 70 71 / 64 03 65  
Goepel@VAKJP.de

Stellvertretende Vorsitzende  
(Pressesprecherin)

Dipl.-Soz. Päd.  
Dipl.-Supervisorin  
Helene Timmermann  
Sophienallee 24  
20257 Hamburg  
Telefon 0 40 / 4 01 46 20  
Telefax 0 40 / 4 01 43 44  
Timmermann@VAKJP.de

Vorstandsmitglied  
(Vertreter des Beirats)

Uwe Keller  
Carl-Offt-Straße 1  
71069 Sindelfingen  
Telefon 0 70 31 / 38 19 24  
Telefax 0 70 31 / 41 62 56  
Keller@VAKJP.de

Vorstandsmitglied  
(Vertreterin der StäKo)

Dipl.-Soz. Päd.  
Christine Röpke  
Bruderstraße 2  
80538 München  
Telefon 0 89 / 2 28 56 36  
Roepke@VAKJP.de

Geschäftsführer / Justitiar

Rechtsanwalt  
Jörn W. Gleiniger  
Sybelstraße 45  
10629 Berlin  
Telefon 0 30 / 32 79 62 60  
Telefax 0 30 / 32 79 62 66  
Geschaeftsstelle@VAKJP.de

Geschäftszeiten

nicht erforderlich ist. Dazu hat der 6. Senat des Bundessozialgerichts in seinem Urteil vom 28.1.2004 ausgeführt (B 6 KA 52/03 R):

*„Die **Psychotherapeuten unterscheiden sich** bezogen auf die Leistungserbringung **von der Mehrzahl der Arztgruppen** dadurch, dass sie fast nur Leistungen erbringen dürfen, die zeitgebunden sind und ganz überwiegend vorab von den Krankenkassen genehmigt werden müssen (vgl. BSGE 84, 235, 238, 243 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 33 S. 253, 259). Deshalb können sie im Kernbereich ihrer Tätigkeit die Menge der berechnungsfähigen Leistungen nicht bzw. kaum vermehren. Insbesondere die Festlegung einer starren Zeitvorgabe für die einzelne Leistung (50 Minuten je Leistung nach Nr. 871/872 EBM-Ä <tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie>, 877 EBM-Ä <analytische Psychotherapie> und 881/882 EBM-Ä <Verhaltenstherapie>) setzt der Ausweitung der Leistungsmenge sehr enge Grenzen. Infolgedessen führte ein Absinken des Verteilungspunktwertes bei den Psychotherapeuten unmittelbar zu niedrigeren Honorarüberschüssen. Diese Sondersituation gebot es, die Gruppe der Psychotherapeuten vor einem von ihr nicht aufzufangenden Punktwertverfall zu schützen und ihr im Wege der Honorarverteilung Punktwerte in einer Größenordnung zu garantieren, die ihr Überschüsse aus vertragsärztlicher Tätigkeit auf einem Niveau ermöglichte, das ungefähr demjenigen anderer Arztgruppen entspricht.“*

2. In **§ 87 Abs. 2 SGB V** ist nach Satz 2 - analog der bisherigen Regelung im § 85 Abs. 4 Satz 4 - ein **neuer Satz 3 einzufügen**:

*„Im Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen sind Regelungen zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Psychotherapeutische Medizin) sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten.“*

**Begründung:**

Der Passus übernimmt die derzeit in § 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V getroffene Bestimmung, die zum 1.1.2009 entfallen soll. Die Vergütung der genannten Psychotherapeuten bedarf aber weiterhin des gesetzlichen Schutzes. Bei vergleichbarem Arbeitseinsatz dürfen sie nicht signifikant schlechter vergütet werden als ihre fachärztlichen Kollegen. Auch hierzu verweisen wir auf das bereits oben zitierte BSG-Urteil.

3. In **§ 87 Abs. 2c SGB V** ist als Satz 2 folgender **neuer Satz einzufügen**:

„Psychotherapeutische Leistungen werden als Einzelleistungen vergütet.“

**Begründung:**

Das Wettbewerbsstärkungsgesetz sieht auch für den fachärztlichen Bereich eine weitgehende Pauschalierung der Leistungen vor, Einzelleistungsvergütung soll auf Fälle des medizinisch Erforderlichen beschränkt bleiben. Hier bedarf es der Klarstellung, dass dazu grundsätzlich auch die psychotherapeutischen Leistungen gehören. Denn einerseits sind sie strikt zeitgebunden, andererseits kann der psychotherapeutische Behandlungsaufwand trotz gleicher Diagnose stark variieren, weil psychosoziale Bedingungen und die Motivation des Patienten eine wichtige Rolle spielen. Ein Pauschalensystem wird dem nicht gerecht. Aus diesem Grund sind im Fallpauschalensystem in Krankenhäusern auch Leistungen der Psychotherapie und Psychosomatik nicht nur in Deutschland (s. § 17 Abs. 1 Krankenhausgesetz), sondern weltweit ausgenommen. Die Abrechnung als Einzelleistung ist gegenüber Krankenkassen und Patienten auch transparenter und nachprüfbarer als jede Form der Pauschalierung.

4. **§ 12 Abs. 1a Satz 1 Versicherungsaufsichtsgesetz** ist wie folgt zu präzisieren:

„Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, **Umfang** und Höhe den Leistungen.....“

**Begründung:**

Der Umfang psychotherapeutischer Leistungen in der PKV ist im Vergleich zur GKV bisher bei vielen Versicherern geringer. Es ist zu begrüßen, dass nach dem Regierungsentwurf Versicherte bei psychischen Erkrankungen vergleichbare Leistungsansprüche haben sollen. Dabei sollte aus Gründen der Klarstellung in der Begründung des Gesetzentwurfs (vgl. dort Seite 566 f.) folgender Satz eingefügt werden:

„Die Behandlung im Basistarif wird nach Art und Umfang auch durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gewährleistet.“

Mit freundlichen Grüßen

  
Peter Lehndorfer  
Vorsitzender

  
Jörg Gleiniger, Rechtsanwalt  
Justitiar und Geschäftsführer



(14) Ausschuss für Gesundheit

Ausschussdrucksache

130(17)

Eingang am 3.11.06

16. Wahlperiode

03.11.2006

## **Stellungnahme der Volkssolidarität Bundesverband e.V. zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) - Bundestags- Drucksache 16/3100 -**

### **I. Zur Bewertung des Gesetzentwurfs im Rahmen der Gesundheitsreform**

Der vorgelegte Gesetzentwurf bildet den Kern der von der Großen Koalition mit der Koalitionsvereinbarung vom November 2005 angekündigten Gesundheitsreform. Mit ihm wird der Anspruch erhoben, dass „auch in Zukunft soziale Sicherheit im Krankheitsfall für alle gewährleistet“ wird. Dazu sehen eine Reihe von Maßnahmen vor, „vor allem auf Kassenseite“ den Wettbewerb zu intensivieren und so Qualitäts- und Effizienzsteigerungen zu bewirken, die den Versicherten mit Hinblick auf den medizinischen Fortschritt und die Anforderungen der demographischen Entwicklung zugute kommen sollen.

Der Gesetzentwurf steht in einem engen Zusammenhang mit anderen Entscheidungen von Bundesregierung und Bundestag, insbesondere mit

- der mit dem Haushaltsbegleitgesetz beschlossenen Kürzung des Bundeszuschusses für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) für das Jahr 2007 von 4,2 auf 1,5 Milliarden Euro sowie der Anhebung der Mehrwertsteuer ab 01.01.2007 von 16 auf 19 Prozent, die die GKV mit ca. 900 Millionen Euro mehr belastet
- weiteren, bereits beschlossenen gesetzlichen Regelungen, insbesondere dem Gesetz für mehr Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (AVWG) und dem Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz (VÄndG), das ab 01.01.2007 in Kraft tritt.

Grundsätzlich befürwortet die Volkssolidarität Bundesverband e. V. die Notwendigkeit von Reformen zur Sicherung eines zukunftsfähigen Gesundheitssystems. Anforderungen an eine sozial ausgewogene und sozial gerechte Gesundheitsreform wurden auf dem 2. Gesundheitstag der Volkssolidarität am 6. Mai 2006 in Magdeburg öffentlich vorgelegt<sup>1</sup>.

Aus Sicht der Volkssolidarität würde die Verabschiedung des Gesetzentwurfs in der vorliegenden Form in Verbindung mit den o. a. Entscheidungen, die die finanzielle Situation der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) negativ beeinflussen, zu einem **Bruch mit bisherigen Grundlagen einer weitgehend solidarisch finanzierten und gestalteten gesundheitlichen Versorgung** führen. Daher bestehen nicht nur erhebliche Zweifel, dass

die im Gesetzentwurf genannten Zielstellungen überhaupt erreicht werden können, sondern grundsätzliche Bedenken gegen wesentliche Elemente, die diesen Bruch verkörpern.

Im Vordergrund stehen dabei für uns:

- das weitere Abgehen von einer paritätischen Finanzierung der Gesundheitskosten durch die vorgesehene Einführung eines Gesundheitsfonds und von Zusatzbeiträgen für die gesetzlich Versicherten (Artikel 1, Nr. 177 ff.) sowie die ausdrückliche Beibehaltung der Privaten Krankenversicherung (PKV) als Vollversicherung;
- eine unzureichende Ausgestaltung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, die mit ungünstigen Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen verbunden ist und die Einschränkung von Leistungen begünstigt (Artikel 1 Nr. 178, 180, Artikel 38 Nr. 6);
- die Folgen dieser Entwicklung für die gesetzlich Versicherten, die vor allem Menschen mit geringen und mittleren Einkommen, chronisch Kranke und Ältere einseitig belasten und insbesondere für diese Gruppen auch weitere Probleme in der gesundheitlichen Versorgung mit sich bringen.

Die soziale Schieflage, die für die Gesundheitsreform prägend ist, bedroht das bewährte Solidarprinzip in der gesundheitlichen Versorgung und begünstigt die weitere Verfestigung einer „Zwei-Klassen-Medizin“.

**Vor diesem Hintergrund lehnt die Volkssolidarität den Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) ab und setzt sich für einen Neuanfang bei der Reform des Gesundheitswesens ein.**

Die Volkssolidarität bestreitet nicht einzelne positive Punkte im Gesetzesvorhaben, die bei entsprechender gesetzlicher Ausgestaltung und finanzieller Untersetzung Verbesserungen für die Patienten bringen können und von uns befürwortet werden (siehe Abschnitt II. und III.).

Sie stellen jedoch nicht das Wesen der Gesundheitsreform und des hier zu erörternden Gesetzentwurfs dar. Das Wesen der Reform besteht in den zusätzlichen Belastungen für Versicherte und Patienten der GKV sowie in der Perspektive von Beeinträchtigungen für deren gesundheitliche Versorgung, die mit der Einführung des Gesundheitsfonds, der damit einhergehenden Zusatzbeiträge sowie mit einem mangelhaften Risikostrukturausgleich verbunden sind. Damit werden die Probleme nicht gelöst, sondern unnötig verschärft.

## **II. Zu den wesentlichen Elementen des Gesetzentwurfs**

Die Volkssolidarität schätzt ein, dass mit dem Gesetzentwurf Konstruktionsfehler der Gesundheitsreform rechtlich verankert werden, die aus unserer Sicht nicht akzeptabel sind. Die mit dem Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen sollten daher unter folgenden Gesichtspunkten überprüft werden, um einen Neuanfang für eine Gesundheitsreform zu ermöglichen.

### **(1) Keine weitere Privatisierung gesundheitlicher Leistungen**

Die Umsetzung des vorliegenden Gesetzentwurfs wird dazu beitragen, dass gesetzlich Versicherte in noch stärkerem Maße als bisher Gesundheitskosten privat zu tragen haben. Damit wird eine Entwicklung fortgesetzt, die bereits mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) seit 2004 den Versicherten umfangreiche Mehrkosten aufgebürdet hat – durch Streichungen im Leistungskatalog der GKV, durch die Erhebung der Praxisgebühr, durch

erhöhte Zuzahlungen, die Einführung eines Sonderbeitrags für die gesetzlich Versicherten ab 01.07.2005 in Höhe von 0,9 Prozent sowie durch zusätzliche Belastungen für Rentnerinnen und Rentner (Tragung des vollen Beitrags zur Pflegeversicherung, Belastung von Betriebsrenten mit dem vollen GKV-Beitragssatz).

Die Hauptbelastungen für die gesetzlich Versicherten entstehen künftig daraus, dass

- der Bund durch die o. a. haushaltspolitischen Entscheidungen die GKV mit 3,6 Milliarden Euro zusätzlich belastet und somit Mitverantwortung für den ab 2007 zu erwartenden Beitragssatzanstieg um 15 bis 20 Prozent (von heute durchschnittlich 14,3 Prozent auf durchschnittlich ca. 16 Prozent bis Anfang 2009) trägt
- der Bund auch 2008 und 2009 mit 1,5 bzw. 3,0 Milliarden Euro gesellschaftlich wichtige Leistungen, die nur teilweise aus dem Beitragsaufkommen erbracht werden können, unzureichend finanziert, so dass steigende Kosten bei einer Unterfinanzierung entweder durch höhere Beiträge oder/und die vorgesehenen Zusatzbeiträge aufgefangen werden müssen
- mit der Einführung der Zusatzbeiträge ab 2009 für die Versicherten neben ihren Beiträgen zur GKV und neben ihren schon heute privat zu tragenden Gesundheitsaufwendungen eine dritte Belastungskomponente anfällt, von der nur ein relativ begrenzter Personenkreis ausgenommen werden soll.

Die im Gesetzentwurf zum Ausdruck kommende Absicht, mit Ausnahmeregelungen<sup>2</sup> soziale Härten zu mildern, ist zwar zu begrüßen. Die dafür vorgesehenen Regelungen ändern jedoch nichts am falschen Grundansatz der Zusatzbeiträge. Sie sind unbefriedigend (z. B. für Bezieher von Arbeitslosengeld II) und verschieben die Probleme, ohne sie wirklich zu lösen.

Angesichts weiterhin hoher Arbeitslosigkeit, stagnierender Löhne und Gehälter sowie real sinkender Alterseinkünfte trägt eine weitere Privatisierung der Gesundheitskosten dazu bei, ein wichtiges Kriterium für die Finanzierung von Gesundheitskosten in den Hintergrund zu drängen – den Zusammenhang zwischen Beitragsleistung und individueller wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit. Gesundheitliche Leistungen drohen mehr und mehr zu einer gewöhnlichen Ware zu werden, die sich nur jene kaufen können, die über ausreichend Kaufkraft verfügen. Dieser Prozess verschärft Differenzierungen bei der gesundheitlichen Versorgung zu Lasten der unteren Einkommenschichten. Besonders betroffen sind vor allem Arbeitslose und allein erziehende Frauen<sup>3</sup>, aber zunehmend auch ältere Menschen mit geringen Alterseinkommen.

Wir weisen darauf hin, dass die wachsenden Belastungen für viele ältere Menschen, die ihre Alterseinkünfte fast ausschließlich aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen (wie z. B. in den neuen Bundesländern, aber nicht nur dort), angesichts der seit 2003 anhaltenden Renten-„Nullrunden“ immer öfter zu Überforderungssituationen führen. Im Hinblick auf die ältere Generation steht die Anhäufung der Belastungen im Kontrast zu der Empfehlung des 5. Altenberichts der Bundesregierung, bei einem „integrierten Ansatz in der Alterssicherungspolitik“ für die Einkommenslage im Alter „wichtige – und politisch gestaltbare – Entwicklungen zu berücksichtigen, wie insbesondere Höhe und Struktur von Sozialversicherungsleistungen im Falle von Krankheit und Pflegebedürftigkeit, was aus den laufenden Alterseinkommen (wegen Zuzahlungen, Begrenzungen des Leistungskatalogs u. a. m.) zu finanzieren ist.“<sup>4</sup>

So ist mittlerweile auch nachgewiesen, dass z. B. die Einführung der Praxisgebühr 2004 vor allem bei armen und kranken Menschen zu weniger Arztbesuchen führt<sup>5</sup>. Immer öfter erleben wir in unserer eigenen sozialen und pflegerischen Betreuungstätigkeit, dass Menschen mit geringen Einkommen „Vermeidungsstrategien“ entwickeln, weil sie wachsende Gesundheitskosten nicht mehr tragen können. Damit werden Bemühungen konterkariert,

Gesundheit und gesunde Lebensweisen zu fördern und – mittel- und langfristig – höhere Krankenbehandlungskosten erzeugt.

Nach Ansicht der Volkssolidarität ist es sozialpolitisch nicht verantwortbar, diesen Weg weiter fortzusetzen. Stattdessen ist eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung für alle Bürgerinnen und Bürger erforderlich - unabhängig von ihrem jeweiligen Einkommen, von ihrem Geschlecht und Alter sowie ggf. von Art und Schwere ihrer Erkrankung oder gesundheitlichen Beeinträchtigung. Maßstab bleibt für uns, dass es für die gesundheitliche Versorgung keine sozial bedingten Zugangsbeschränkungen geben darf. Jeder soll im Bedarfsfall die Hilfe bekommen, die für die Erhaltung und Förderung seiner Gesundheit notwendig ist.

Zur Realisierung dieser Zielstellung bedarf es keines Gesundheitsfonds und keiner Zusatzbeiträge, sondern einer Fortentwicklung der paritätischen Finanzierung der GKV unter Einbeziehung aller Bürger und zusätzlicher Einkunftsarten. Gleichzeitig müssen wieder stärkere Vorkehrungen dafür getroffen werden, dass Menschen mit Einkommen unterhalb der Armutsrisikoschwelle – d. h. mit einem verfügbaren Haushaltseinkommen von 938 Euro pro Monat<sup>6</sup> und weniger – durch unkomplizierte Härtefallregelungen von höheren Belastungen ausgenommen werden.

## (2) Finanzierungs- bzw. Einnahmebasis der GKV sichern und erweitern

Mit dem vorgelegten Gesetzentwurf erfolgt zwar eine deutliche Umstellung bei den Finanzierungsmechanismen der GKV, insbesondere durch die Einführung des Gesundheitsfonds. Diese Umstellung ändert jedoch nichts an den Ursachen für die Einnahmeschwäche der GKV, d. h.

- am Rückgang der versicherungspflichtigen Beschäftigung (von 29 Mio. im Jahre 1993 auf 26 Mio. im Jahre 2006) durch Massenarbeitslosigkeit und die systematische Förderung von versicherungsfreien Minijobs und eines Niedriglohnssektors.
- an der von mehreren Bundesregierungen initiierten Politik der „Verschiebebahnhöfe“, die der GKV über Jahre hinweg Mittel entzogen hat, um den Bundeshaushalt zu entlasten und von Experten für die Jahre 2006 und 2007 mit 10,5 bzw. 10,6 Milliarden Euro veranschlagt wird<sup>7</sup> (dieser Betrag entspricht einem vollen Beitragssatzpunkt). Die Kürzung des Bundeszuschusses für 2007 ordnet sich in diese Politikrichtung ein.
- an der anhaltenden Aufspaltung des gesundheitlichen Versorgungssystems in die GKV für die Bezieher unterer und mittlerer Einkommen und die PKV mit der dadurch gegebenen und genutzten Möglichkeit, dass sich Bezieher hoher Einkommen dem Solidarsystem entziehen können.

Der Gesetzentwurf sieht in diesen Punkten keine wesentlichen Änderungen vor, die geeignet wären, der Einnahmeschwäche der GKV wirksam zu begegnen. Der Gesundheitsfonds leistet keinen Beitrag, um dieses Problem zu lösen, sondern schafft lediglich eine zusätzliche „Stellschraube“, um die Versicherten über die Zusatzbeiträge stärker finanziell heranzuziehen. Während abhängig Beschäftigte, Erwerbslose und Rentner somit höher belastet werden, bleiben die Versicherten der PKV weitgehend verschont.

Für kritikwürdig und nicht akzeptabel halten wir, dass die paritätische Finanzierung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber weiter ausgehöhlt und geschwächt wird. Während die Höhe der Arbeitgeberbeiträge und Arbeitnehmerbeiträge ab 01.01.2009 durch Verordnung von der Bundesregierung festgelegt wird, sollen die Arbeitnehmer mit privat zu leistenden Zuzahlungen und den Zusatzbeiträgen überwiegend allein Kostensteigerungen tragen.

Nach Auffassung der Volkssolidarität ist dieser Weg weder sozial gerecht noch dauerhaft geeignet, die Finanzierungsbasis der GKV zu sichern.

Wir halten längerfristig die Einbeziehung weiterer Bevölkerungskreise in die Finanzierung der GKV auf der Grundlage einer allgemeinen Versicherungspflicht (Bürgerversicherung) für notwendig<sup>8</sup>. Die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze, die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze sowie die Einbeziehung von Einnahmen aus Kapitalvermögen, Mieten und Pachten in die Finanzierung der Krankenversicherung sind dazu unumgänglich. Die private Krankenversicherung als Vollversicherung sollte langfristig aufgehoben und in eine Zusatzversicherung übergeleitet werden. Mit diesen Schritten wäre eine maßgebliche Entlastung des „Faktors Arbeit“ möglich, die auch den Versicherten zugute käme.

Mit Blick auf die kurzfristige Entwicklung im Zeitraum 2007-2009 fordert die Volkssolidarität, angesichts der nunmehr abschätzbaren Steuermehreinnahmen die Kürzung des Bundeszuschusses für 2007 rückgängig zu machen. Für die Folgejahre halten wir einen deutlich höheren Bundeszuschuss für erforderlich, als er gegenwärtig vorgesehen ist. Darüber hinaus schlagen wir vor, wie in den meisten EU-Mitgliedsstaaten üblich für Arzneimittel nur einen ermäßigten Mehrwertsteuersatz zu erheben.

Mit diesen Schritten könnte die Finanzlage der GKV spürbar verbessert, somit der Beitragssatz-Anstieg für die Versicherten deutlich abgebremst und auch die Arbeitgeber entlastet werden.

### (3) Versorgungsqualität nicht gefährden, sondern verbessern

Der vorliegende Gesetzentwurf beinhaltet widersprüchliche und teilweise kontraproduktive Weichenstellungen für die gesundheitliche Versorgung. Das verbal bekundete Ziel, den Wettbewerb in der GKV zu stärken und zu intensivieren, muss vor dem Hintergrund der beabsichtigten Veränderungen nach den Folgen für die Versicherten bzw. Patienten der GKV hinterfragt werden.

Die Anlage des Gesundheitsfonds, der Zusatzbeiträge, der unzureichenden steuerfinanzierten Zuschüsse durch den Bund sowie die vorgesehene Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs lassen begründete Zweifel aufkommen, dass sich ein Wettbewerb entwickeln kann, der primär auf eine bessere Qualität der gesundheitliche Versorgung gerichtet ist und entsprechende Wirkungen zum Vorteil der Patienten zeitigt.

Dagegen ist zu befürchten, dass sich der Wettbewerb auf die niedrigsten Kosten für die Leistungserbringung sowie auf die Bindung der jungen, gesunden und eher einkommensstarken Versicherten konzentriert. Daraus erwächst die Gefahr eines Unterbietungswettbewerbs zu Dumpingkonditionen, der die Qualität der Leistungserbringung in Frage stellt.

Im Ergebnis dieser Entwicklung ist verstärkt damit zu rechnen, dass Kassen ihre Leistungen auf ihre jungen und einkommensstarken Mitglieder ausrichten und zugleich teure Leistungen für chronisch kranke und ältere Menschen reduzieren oder – offen oder verdeckt – verweigern. Damit drohen bereits heute festzustellende Erscheinungen von Rationierung und Formen der Selektion, die sich an Alter, Gesundheitszustand und ggf. Behinderung orientieren, zu einer alltäglichen Praxis zu werden.

Für chronisch Kranke und für ältere Patienten, die auf ein zuverlässiges Leistungsangebot ihrer Krankenkasse angewiesen sind und z. B. entsprechende Chroniker-Programme nutzen, ist das Angebot zum Kassenwechsel wegen zu hoher Zusatzbeiträge kontraproduktiv. Sie geraten in die Zwickmühle, zwischen der „billigeren“ Kasse mit geringeren Leistungen und der „teuren“ Kasse mit den für sie notwendigen Leistungsangeboten wählen zu müssen.

Diese, aus unserer Sicht für die gesundheitliche Versorgung der Patienten nachteilige Wirkung wird durch Mängel in der Bestimmung der für einen krankheitsorientierten Risikostrukturausgleich maßgeblichen Kriterien (insbesondere Artikel 1 „Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Nr. 180 „Morbiditätsgruppen“ § 268 SGB V sowie Artikel 38 „Änderung der Risikostrukturausgleichsverordnung, Nr. 6) verschärft.

Zur Kritik an diesen Regelungen verweisen wir auf die im Auftrag der Volkssolidarität und des Sozialverbandes Deutschland (SoVD) erstellte Expertise von Dr. Klaus Jacobs „Abschätzung der Auswirkungen der Gesundheitsreform der Großen Koalition und Empfehlungen im Interesse von Versicherten und Patienten der GKV“, die am 17.10.2006 in der Bundespressekonferenz vorgestellt wurde<sup>9</sup>.

Die Volkssolidarität unterstützt die in der Expertise getroffene Empfehlung:

„Wettbewerb um junge, gesunde und einkommensstarke Versicherte darf sich nicht lohnen, sondern allein erfolgreiches Bemühen um eine bessere Versorgung von Kranken. Dafür müssen die Handlungsanreize bei den Kassen noch stärker geschärft werden – insbesondere durch einen möglichst vollständigen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Dieser lässt sich – genauso wie vollständiger Finanzkraftausgleich – problemlos im bestehenden System ohne die Einrichtung eines zentralen Gesundheitsfonds umsetzen.“

Unter diesen Voraussetzungen halten wir weitere Schritte für mehr Qualität und Effizienz in der gesundheitliche Versorgung für notwendig: den Ausbau einer integrierten, ganzheitlichen gesundheitlichen Versorgung durch eine bessere Verzahnung ambulanter, teilstationärer und stationärer Leistungen. Solche strukturellen Änderungen sollen zugleich dazu beitragen, Über-, Unter- und Fehlversorgung abzubauen und Reserven zu erschließen. Dazu gehören aber auch deutlichere Schritte gegenüber der Pharmaindustrie.

In diesen Bereichen enthält der Gesetzentwurf nur unzureichende Ansätze.

#### (4) Gesundheitssystem auf demographische Anforderungen einstellen

Der Gesetzentwurf berücksichtigt demographische Anforderungen an das Gesundheitssystem der Bundesrepublik vorrangig unter dem Gesichtspunkt, dass eine wachsende Zahl älterer Menschen einen zusätzlichen Finanzbedarf erfordert. Dies ist zwar ein wichtiger Gesichtspunkt, der die Notwendigkeit eines solidarischen Systems der Finanzierung und Organisation der gesundheitlichen Versorgung zusätzlich verstärkt. Der Gesetzentwurf geht jedoch in dieser Hinsicht in die Gegenrichtung.

Darüber hinaus besteht die Herausforderung aber gerade darin, dass „zukünftig immer mehr ältere Menschen mit chronischen Krankheiten eine gute Behandlung und Pflege benötigen“<sup>10</sup>. Nach Einschätzung der Volkssolidarität wird der vorliegende Gesetzentwurf dieser Anforderung nur ungenügend gerecht.

Wir begründen diese Einschätzung mit den unter (1) und (2) dargestellten Wirkungen, aber auch daraus resultierenden weitergehenden Fragestellungen, z. B.

- ? Wie wirkt sich ein stärkerer Kostenwettbewerb künftig auf die gesundheitliche und pflegerische Betreuung älterer Menschen aus, wenn sie Krankenkassen angehören, die ggf. aus wirtschaftlichen Gründen in die Insolvenz gehen könnten?
- ? Was bedeutet ein stärkerer Kostenwettbewerb für die gesundheitliche und pflegerische Betreuung älterer Menschen in dünn besiedelten ländlichen Räumen?
- ? Welche Auswirkungen hat ein stärkerer Kostenwettbewerb auf die gesundheitliche und pflegerische Betreuung älterer Menschen, die in städtischen Ballungsräumen wie

Berlin oder Hamburg großen „Versorgerkassen“ wie AOK und BARMER, d. h. mit aus rein wirtschaftlicher Sicht ungünstigen Versichertenstrukturen angehören?

Bei dem Versuch einer Beantwortung solcher Fragen gelangen wir eher zu negativen Ergebnissen, die künftig auch die soziale und pflegerische Tätigkeit der von der Volkssolidarität betreuten älteren Menschen erschweren könnten.

Positiv steht dem gegenüber, dass zukünftig

- die *geriatrische Rehabilitation* (Artikel 1, Nr. 27) durch den neuen § 40 a im SGB V als Regelleistung zu erbringen ist (einschließlich in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 SGB XI)
- die Möglichkeiten für die *häusliche Krankenpflege* erweitert werden (Artikel 1, Nr. 22) durch eine Neufassung des § 37 SGB V. Damit soll der Bedarf des zu pflegenden Menschen und nicht der Ort der Leistungserbringung in den Vordergrund gestellt werden.
- die Möglichkeiten für die *Palliativversorgung* ausgeweitet werden (Artikel 1, Nr. 23 und Nr. 102) durch die neuen § 37 b und 132 d.
- die *Pflegeversicherung in die integrierte Versorgung einzubeziehen* (Art. 8, Nr. 40) ist und damit eine bessere Verzahnung von Leistungen der GKV und der Pflegeversicherung möglich werden soll.

Weil diese Neuregelungen ausdrücklich zu befürworten sind, wäre es jedoch umso bedauerlicher, wenn der jetzt mit dem GKV-WSG ausgeübte Kostendruck auf die Leistungserbringung dazu führen würde, dass diese Regelungen in der Praxis keine oder nur geringe Wirkung entfalten. Der Gesetzentwurf ist aus den genannten schwerwiegenden Gründen nach unserer Auffassung nicht geeignet, entsprechende Zweifel auszuräumen.

Ziel von Gesundheitspolitik muss es sein, die gestiegene Lebenserwartung, das Phänomen der Hochaltrigkeit, die zunehmend größere Differenzierung der geschlechtsspezifischen Alterserkrankungen, einschl. der wachsenden Zahl von Demenzkranken, bei der medizinischen und pflegerischen Versorgung der Menschen zu berücksichtigen.

Die von uns befürworteten Neuregelungen müssen daher im Zusammenhang mit einer Reform der Pflegeversicherung so wirksam werden können, dass sie es real ermöglichen, gesundheitliche Betreuung und Pflege der zu pflegenden Menschen zu verbessern. Nur wenn dies gesichert werden kann, sind auch die gesundheitspolitischen Herausforderungen für eine älter werdende Gesellschaft zu bewältigen.

### **III. Zu Einzelfragen des Gesetzentwurfs**

Ausgehend von der dargelegten Gesamtwertung des Gesetzentwurfs für ein GKV-WSG trifft die Volkssolidarität folgende Einschätzungen zu weiteren Einzelfragen:

#### **1. Versicherungsschutz**

Die Volkssolidarität begrüßt, dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf künftig für alle Bürger ein Krankenversicherungsschutz ermöglicht werden soll (Artikel 1, Nr. 2). Dies entspricht einer langjährigen Forderung, die auch von der Volkssolidarität erhoben wurde – insbesondere im Hinblick auf den Verlust des Krankenversicherungsschutzes bei einer Ablehnung von Anträgen zum Bezug von Leistungen nach dem SGB II sowie in vielen Fällen einer prekären Selbständigkeit.

## 2. Überforderungs- bzw. Ausnahmeregelungen

Wie bereits ausgeführt, lehnt die Volkssolidarität die an den Gesundheitsfonds gekoppelte Einführung von „kassenindividuellen Zusatzbeiträgen“ (Artikel 1, Nr. 161) grundsätzlich ab. Der Versuch, Härten durch Überforderungs- bzw. Ausnahmeregelungen zu mildern, könnte zwar als Ausdruck einer guten Absicht interpretiert werden, da insbesondere Anspruchsberechtigte auf Leistungen nach dem SGB XII durch eine Neuregelung des § 32 SGB XII zu Lasten der Träger der Sozialhilfe von den Zusatzbeiträgen verschont werden können. Darüber hinaus ist dieser Versuch jedoch insgesamt und unter dem Gesichtspunkt seiner Wirkungen als misslungen anzusehen.

Erstens macht die Beschränkung der Zusatzbeiträge auf maximal ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens die Belastung nicht an sich „sozialverträglich“. Mit dieser Regelung werden die Belastungen zwar anfänglich bei den unteren Einkommen gemildert, aber tendenziell in die darüber liegenden Einkommensgruppen verschoben. Außerdem ist zu befürchten, dass diese Grenze vom Gesetzgeber später auch höher angesetzt werden kann, um wachsende Kosten in der GKV abzufangen, ohne die Beiträge erhöhen zu müssen. Dafür sprechen verschiedene Äußerungen aus Regierungskreisen (z. B. von Kanzleramtsminister de Maiziere), die ab 2009 von der Bundesregierung per Verordnung festzulegenden Beiträge von Arbeitgebern und Arbeitnehmern über mehrere Jahre festzuschreiben. Somit können aus anfänglich kleinen Zusatzbeiträgen später große „Kopfpauschalen“ werden – je nach politischer Entscheidung.

Zweitens ist die für die Bezieher von Arbeitslosengeld II vorgesehene Regelung nicht akzeptabel, dass ihnen lediglich die Möglichkeit einer Minderung ihrer Belastungen durch einen Kassenwechsel in Aussicht gestellt wird (bei Übernahme des Zusatzbeitrages bis zur Versicherung in einer neuen Krankenkasse). Die zu niedrigen Regelsätze (345 Euro monatlich) sichern – wie z. B. vom PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband (Gesamtverband) mehrfach nachgewiesen – das soziokulturelle Existenzminimum bereits heute nicht ab. Die Erhebung von Zusatzbeiträgen durch Krankenkassen konnte aber bei der Festlegung der Regelsätze nicht berücksichtigt werden und führt daher zu einer weiteren Einkommenskürzung, wenn sie nicht erlassen wird. Darüber hinaus ist es für ALG-II-Bezieher, die sich eigentlich auf neue Perspektiven für eine Erwerbstätigkeit konzentrieren sollen, eine Zumutung, sie in ein Kassen – Hopping zu treiben, das auf längere Sicht zu keinem Ergebnis führen kann, weil über kurz oder lang alle Kassen Zusatzbeiträge erheben müssen. Da sich viele ALG-II-Bezieher bereits existentiell in Frage gestellt sehen und oft unter psychosomatischen Störungen leiden, ist die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung völlig ungeeignet, den Betroffenen wirklich zu helfen. Stattdessen wäre es notwendig, dass auch für ALG-II-Bezieher der Leistungsträger die Zusatzbeiträge übernimmt.

Drittens führen die weiteren Regelungen zur Begrenzung des Zusatzbeitrages auf ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens und zur möglichen Erhebung eines Zusatzbeitrages bis zur Höhe von acht Euro ohne Einkommensprüfung längerfristig zu einer Ausweitung der Zusatzbeiträge auf alle Krankenkassen. Es entsteht damit zugleich, wie in der Expertise von Dr. Jacobs nachgewiesen, eine „Überforderungsfalle“, die einen Mechanismus ständiger Erhöhungen der Zusatzbeiträge auslöst.<sup>11</sup>

## 3. Regelungen für chronisch Kranke

Die Absicht, die stärkere Nutzung von Vorsorgeuntersuchungen zur frühzeitigen Erkennung und Vermeidung chronischer Erkrankungen sowie therapiegerechtes Verhalten zu fördern, ist grundsätzlich zu unterstützen. Dies sollte jedoch nicht durch „Strafregelungen“ für chronisch Kranke erfolgen, denen vorrangig Einsparbestrebungen bei den Betroffenen zugrunde liegen, sondern vor allem über den Weg der Information und Aufklärung, über frühzeitig einsetzende Vorsorgemaßnahmen sowie über positive Anreize für die Versicherten, entsprechende Möglichkeiten wahrzunehmen.

Im Unterschied zur ursprünglichen Regelung, die in bestimmten Fällen bei chronischen Erkrankungen die Anwendung der Belastungsgrenze von einem Prozent ausschlossen, ist die jetzt im Gesetzentwurf enthaltene Regelung – sofern man sich an die Begründung für die Neufassung des § 62 SGB durch den Artikel 1, Nr. 37 hält – klarer umrissen und stärker eingegrenzt. Dennoch sehen wir die Gefahr, dass in der praktischen Anwendung der Ansatz des Strafens die Oberhand über die Setzung positiver Anreize gewinnt.

#### 4. Verschuldensprinzip

Die Volkssolidarität lehnt die Einführung eines Verschuldensprinzips, das in bestimmten Fällen Versicherte vom Anspruch auf Leistungen ausschließt, als ein Einfallstor für mögliche weitergehende Leistungskürzungen ab.

Die in Artikel 1, Nr. 31 vorgesehene Änderung des § 52 SGB V bezieht sich zwar auf einen begrenzten Kreis von Fällen (ästhetische Operation, Tätowierungen, Piercing), die als solche in der breiten Öffentlichkeit ohne nähere Betrachtung der Folgen auf Verständnis stoßen.

Es ist aber abzusehen, dass diese Fallkonstellationen – wie auch bereits gefordert – künftig ausgeweitet werden könnten, z. B. auf Sportunfälle. Dies würde eine Entwicklung begünstigen, bei der gesetzlich Versicherte verstärkt gezwungen werden, auf eine Absicherung zu verzichten oder private Versicherer in Anspruch zu nehmen.

#### 5. Leistungsausweitung

Die Volkssolidarität begrüßt und befürwortet im Gesetzentwurf enthaltene Leistungsausweitungen, was jedoch nicht als Zustimmung zum Gesetzentwurf insgesamt interpretiert werden kann.

Neben der erweiterten Absicherung des Krankenversicherungsschutzes und den bereits unter Punkt II, Abschnitt (4) dieser Stellungnahme genannten Maßnahmen bewerten wir insbesondere folgende Punkte positiv:

- den Anspruch auf *Leistungen des Impfschutzes* als Pflichtleistung der GKV in Artikel 1, Nr. 12 durch § 20 d SGB V
- den Anspruch auf *Vorsorgeleistungen im Rahmen von Mutter/Vater-Kind-Kuren* als Pflichtleistung der GKV in Artikel 1, Nr. 15 durch § 24 SGB V

Auch hier gilt jedoch, dass der Kostendruck auf die Leistungserbringer nicht zu einer restriktiven Gewährung der Leistungen führen darf.

#### 6. Prävention – gesundheitliche Förderung

Die Volkssolidarität begrüßt die in Artikel 1, Nr. 12 vorgesehene Erweiterung des § 20 SGB V im Sinne einer Weiterentwicklung von Prävention und gesundheitlicher Förderung.

Erweiterte Möglichkeiten für die betriebliche Gesundheitsförderung (§§ 20 a und 20 b) sollten dazu beitragen, dass ältere Arbeitnehmer mehr Chancen erhalten, gesund im Berufsleben zu verbleiben und nicht aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig ausscheiden zu müssen.

Die Regelungen zur Förderung der Selbsthilfe (§ 20 c) enthalten wichtige Präzisierungen und Vorgaben. Aus unserer Sicht ist jedoch darauf zu achten, dass der Charakter der Selbsthilfe nicht durch eine wachsende Abhängigkeit von Entscheidungen der Krankenkassen unterlaufen wird. Ferner besteht die Gefahr, dass Selbsthilfearbeit mit formalen und teilweise übermäßig bürokratischen Anforderungen überfordert wird.

Aus Sicht der Volkssolidarität sind über die im Gesetzentwurf enthaltenen Ansätze hinaus weitere Anstrengungen erforderlich, um Defizite bei der Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung abzubauen. Die Verstärkung des Präventionsansatzes im Gesundheitswesen sollte auch vorbeugende Maßnahmen gegen die erhebliche Zunahme

psychosomatischer Erkrankungen beinhalten. Für Kinder, Frauen, ältere, behinderte sowie sozial benachteiligte Menschen sind mehr und wirksamere spezifische Präventions- und Betreuungsangebote erforderlich. Dafür sollten in einem Präventionsgesetz Rahmenbedingungen geschaffen werden. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen können ein solches umfassendes Präventionsgesetz nicht ersetzen.

#### 7. Schnittstellen zwischen SGB V und SGB XI

Die Volkssolidarität anerkennt das Bemühen, mit dem Gesetzentwurf zu einer Klärung von bisher problematischen Schnittstellen zwischen SGB V und SGB XI beizutragen.

Allerdings erscheinen die dazu im Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen nicht immer klar. Ferner ist zu berücksichtigen, dass konkrete Festlegungen unter dem Vorbehalt entsprechender Entscheidungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss stehen.

#### 8. Gesundheitliche Versorgung in den neuen Ländern

Eine Gesundheitsreform sollte nach Ansicht der Volkssolidarität helfen, strukturelle Unterschiede in der Versorgungsqualität zwischen alten und neuen Bundesländern zu überwinden und sich abzeichnendem Ärztemangel in einigen ostdeutschen Regionen durch geeignete Maßnahmen entgegenzuwirken.

Die Volkssolidarität begrüßt entsprechende Neuregelungen, die mit dem Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz eingeführt werden und ab 01.01.2007 in Kraft treten. Aus unserer Sicht wird dies jedoch nicht ausreichen, um Versorgungsdefizite – vor allem in der ambulanten Versorgung in ländlichen Räumen – zu verhindern.

Nach wie vor sehen wir die Notwendigkeit, die Vergütung ärztlicher Leistungen in den neuen Ländern der in den alten Ländern anzugleichen, wobei vor allem dem deutlich höheren Arbeitsvolumen und krankheitsbedingten Faktoren im Patientenbestand Rechnung getragen werden muss. Wir befürworten ferner eine stärkere regionale Vernetzung von Gesundheitsleistungen, die auch mit einer besseren Verzahnung von Leistungen nach SGB V und SGB XI einhergehen sollte.

#### 9. Strukturen und Organisationsform der GKV

Nach Ansicht der Volkssolidarität muss eine Gesundheitsreform die Reformierung der Strukturen und Funktionsweisen der Selbstverwaltungsorgane des Gesundheitswesens, der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen einschließen. Strukturen müssen überschaubarer, Verwaltungsapparate verschlankt und Patientenrechte gestärkt werden.

Der Gesetzentwurf sieht dagegen eine deutliche Beschneidung der Selbstverwaltung bei den Krankenkassen vor (Entzug der Finanzautonomie). Befördert wird die Umwandlung der Krankenkassen von öffentlich-rechtlichen Körperschaften zu Unternehmen, die dem Recht des Handelsgesetzbuches – bis hin zur Insolvenz – unterworfen werden sollen. Dieser Weg zur „Verschlankung“ des Kassensystems dürfte kaum im Interesse der Versicherten liegen.

Gleichzeitig werden Entscheidungen verstärkt in die Kompetenz der Politik und eines von ihr in hohem Maße abhängigen Gemeinsamen Bundesausschusses verlagert. Diese Entwicklung lässt ernsthafte Zweifel aufkommen, ob damit den Interessen der Versicherten und Patienten gedient ist.

Der Gesundheitsfonds und der mit der Erhebung von Zusatzbeiträgen entstehende Aufwand schaffen mehr statt weniger Bürokratie. Für die Versicherten wird das Gesundheitssystem komplizierter statt einfacher. Auch hier zeigt sich, dass ein Reform-Neuansatz dringend notwendig wäre.

---

## **Anmerkungen**

<sup>1</sup> Forderungen der Volkssolidarität für eine sozial gerechte Gesundheitsreform 2006, Magdeburg, 6. Mai 2006, siehe [www.volkssolidaritaet.de](http://www.volkssolidaritaet.de)

<sup>2</sup> Siehe die im Auftrag der Volkssolidarität und des Sozialverbandes Deutschland (SoVD) vorgelegte Expertise von Dr. Klaus Jacobs *Abschätzung der Auswirkungen der Gesundheitsreform der Großen Koalition und Empfehlungen im Interesse von Versicherten und Patienten der GKV* vom 16.10.2006

<sup>3</sup> Gesundheit in Deutschland, Bericht des Robert-Koch-Instituts, Berlin 2006, S. 83 ff.

<sup>4</sup> Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland, Bundestags-Drucksache 16/2190 vom 6.7.2006, Seite 271

<sup>5</sup> Datenreport 2006 des Statistischen Bundesamtes in Zusammenarbeit mit dem WZB für Sozialforschung, dem Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA) und der Bundeszentrale für Politische Bildung, siehe auch Ärzte Zeitung vom 14.09.2006

<sup>6</sup> Dies ist laut 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung vom März 2005 der Betrag für einen Alleinstehenden.

<sup>7</sup> Nach Angaben des Fritz-Beske-Instituts für Gesundheits- und Systemforschung Kiel. Dazu zählen z. B. diverse Absenkungen bei Beiträgen von Arbeitslosengeld-, Arbeitslosenhilfe- (bis 2004) und Arbeitslosengeld-II-Beziehern.

<sup>8</sup> Für die Einführung einer Bürgerversicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – Positionen des Bundesvorstandes der Volkssolidarität (Beschluss vom 4. September 2004)

<sup>9</sup> Siehe dort S. 7 ff. Die Expertise bezieht sich zwar auf den Referentenentwurf vom 11. Oktober 2006, die dort angesprochenen Regelungen wurden jedoch aus dem Referentenentwurf in den vorliegenden Gesetzentwurf übernommen.

<sup>10</sup> Gesundheit in Deutschland (Zusammenfassung), Robert-Koch-Institut, Berlin 2006, S. 6

<sup>11</sup> Siehe Expertise von Dr. Klaus Jacobs, a. a. O., Seite 13 f.