

Stellungnahme des **Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte** (VDÄÄ) zum Gesetzesentwurf der Bundesregierung – GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

Allgemeiner Teil

Die Bundesregierung hat es mit den Regelungsvorschlägen im Kabinettsentwurf (BT-DS 16/3100) nicht geschafft, die drängenden Probleme des Gesundheitswesens auch nur annähernd zu lösen. In der Öffentlichkeit wird dieser Entwurf deshalb zu Recht heftig kritisiert. Auch VDÄÄ hat Kritik an dem Gesetzesentwurf, die im Folgenden begründet wird. Der gefundene Kompromiss kann weder die Finanzierungsfrage kurz-, mittel- oder langfristig klären. Der Gesundheitsfonds ist ohne Einbindung der Privatversicherten sinnlos und verursacht zusätzlichen administrativen Aufwand. Wesentliche Elemente der Reform indes, die Vergütung der niedergelassenen Ärzte, die Einführung eines morbiditätsorientierten Risikoausgleichs zwischen den Krankenkassen und vor allem eines Gesundheitsfonds, wurden auf 2009 verschoben.

Der VDÄÄ sieht in diesem Entwurf eine Fortsetzung einseitiger Kostendämpfungspolitik. Wie bei Rot-Grün geht es der Bundesregierung um das vorrangige Ziel, die Arbeitgeber nicht mehr an der Kostenentwicklung in der GKV zu beteiligen. Dazu wurde der Gesundheitsfonds erfunden: Dieser beseitigt die Finanzautonomie der GKV. Per Rechtsverordnung wird den Kassen zukünftig vorgegeben, in welchem Umfang ihnen Mittel für die Versicherungsleistungen ihrer Mitglieder zur Verfügung stehen. Die Grundvoraussetzung für die Angleichung der Beiträge in der GKV ist zunächst einmal die Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Dieser Risikostrukturausgleich hätte eigentlich zum 01.01.2007 in Kraft treten sollen.

Der VDÄÄ sieht in der Einführung von Elementen einer Kopfpauschale und von Elementen der Privaten Krankenversicherung in die GKV einen weiteren Schritt der Transformation des auf Sozialausgleich beruhenden Gesundheitswesens in Deutschland. Der VDÄÄ fordert die Bundesregierung auf, die GKV jetzt zu reformieren, wenn die Leistungsfähigkeit erhalten und zukunftssicher gemacht werden soll. Besondere Aufmerksamkeit muss dabei den Menschen zukommen, die aufgrund ihres geringen Einkommens, ihres schlechten Gesundheitszustandes und ihrer gesellschaftlich niedrigen Stellung ganz besonders einen freien und nichtdiskriminierenden Zugang zu allen Gesundheitsleistungen benötigen.

Zu den einzelnen Punkten:

Finanzierung

Die Notwendigkeit einer Verbreiterung der Einnahmebasis ist zwar erkannt worden, allerdings sind die jetzt geplanten Maßnahmen weder ausreichend noch sozial ausgeglichen. Durch den Gesundheitsfonds werden die Beiträge zur Krankenversicherung per Rechtsverordnung festgelegt. Den Kassen wird die Möglichkeit eingeräumt, zur Deckung ihres Mehrbedarfs Zusatzbeiträge bei ihren Versicherten zu erheben. Diese entweder als Kopfpauschalen oder prozentuale Beteiligung erhobenen Zusatzbeiträge entlasten die Arbeitgeber. Der Betrag ist allein von den Versicherten aufzubringen. Im Gesetzesentwurf ist festgehalten, dass bis zu einer Höhe von 8 Euro ein Zusatzbeitrag erhoben werden darf, ohne dass die Überforderungsklausel von 1 Prozent des Haushaltseinkommens greift. Das führt zu weiteren sozialen Verwerfungen. Ein Wechsel in eine zusatzbeitragsfreie Kasse ist nur dann als Lösung zu erwarten, wenn es überhaupt noch Kassen gibt, die keinen Zusatzbeitrag erheben. Durch die geplante Regelung, bereits im zweiten Jahr die Kosten des Gesundheitswesens nur noch zu 95 Prozent über den Fonds abzudecken, werden mittelfristig aber alle Kassen gezwungen sein, den Zusatzbeitrag zu erheben.

Der VDÄÄ sieht aber auch den Fortbestand der GKV in Gefahr: Insbesondere die großen Versorgerkassen mit einem hohen Anteil an Rentnerinnen und Rentnern sowie auf Transferleistungen angewiesene Versicherte verursachen höhere Kosten, als durch deren Beiträge abgedeckt werden könnte. Wenn die Versorgerkassen im Rahmen der Gesundheitsreform Mitglieder verlieren, werden vor allem die jüngeren und gesünderen Versicherten wechseln. Dadurch wird der finanzielle Mehrbedarf dieser Kassen steigen, aber nicht über die Zusatzprämie abgedeckt werden können, solange die Überforderungsklausel Bestand hat. Der VDÄÄ lehnt die Vorschläge zur Finanzierung des Gesundheitswesens aus den genannten Gründen entschieden ab.

Wir fordern, auf den Zusatzbeitrag für die Versicherten zu verzichten. Die entstehenden Kosten müssen durch das allgemeine und paritätisch finanzierte Beitragsaufkommen gedeckt werden. Die Bundesregierung muss an der paritätischen Finanzierung im Gesundheitssystem festhalten. Einseitige Belastungen sind unsozial und können von Millionen Menschen nicht aufgebracht werden.

Die Mehrheit der Bevölkerung steht zum solidarischen Ausgleich innerhalb der GKV. Diese Prinzipien müssen ausgebaut und weiterentwickelt werden. Bisher macht die Solidarität an der Beitragsbemessungsgrenze halt. Gleichzeitig wird die Bereitschaft zur Solidarität der Beschäftigten weiter strapaziert, weil neben den Erwerbseinkommen andere Einkommen aus Kapitalerträgen nicht zur Berechnung der Beiträge herangezogen werden. Der VDÄÄ fordert die Einführung einer Bürgerversicherung, in der diese Finanzierungsgrundlage Berücksichtigung findet.

Privatversicherung

Das Modell der privaten Vollversicherung wird außer in Deutschland in keiner anderen Industrienation neben einer öffentlichen Krankenversicherung praktiziert. Die Privatversicherungen dürfen weiterhin private Vollversicherungen anbieten und werden am sozialen Ausgleich nicht beteiligt werden. Das heißt, sie können sich weiterhin die „besten Risiken“, junge, gesunde Besserverdienende, auswählen. Zusätzlich können sie durch den „Basistarif“ als „Quasi-GKV“ einen neuen Geschäftsbereich aufbauen.

Die PKV wird durch die Einführung des Basistarifes zwar gezwungen, endlich eine Portabilität der Altersrückstellungen zu ermöglichen. Diese gilt allerdings nur für den Wechsel innerhalb der PKV und nur „auf Höhe des Basistarifs“. Leider wird es Privatversicherten auch weiterhin verwehrt, unter Mitnahme der Altersrückstellung in die GKV zu wechseln.

Gesundheitsfonds

Der von der Regierung geplante und nun auf 2009 verschobene Gesundheitsfonds ist ein Konstrukt, das langfristig alle Krankenkassen gleichschalten soll. Gesetzlich festgelegte Beitragssätze, kassenartübergreifende Fusionen und die Zwangsvereinigung der Kassen zerstören dabei das Fundament der Selbstverwaltung.

Es gäbe durchaus Gründe, um einen Fonds einzuführen, beispielsweise im Rahmen einer Bürgerversicherung. In einen Fonds gehören dann aber auch weitere Elemente:

- eine Festlegung auf den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (morbiRSA)
- Einbeziehung der Privatversicherten
- Kontrahierungszwang für alle Kassen
- Beitragserhebung auf alle Einkommen
- Anteilige Steuerfinanzierung für die so genannten versicherungsfremden Leistungen

All diese Punkte sind im Reform-Entwurf der Bundesregierung nicht zu finden, deshalb findet dieses Vorhaben auch nicht die Zustimmung unseres Vereins. Ohne Risikostrukturausgleich ist aber an einen fairen Wettbewerb nicht zu denken, viele Kassen werden deshalb vom Markt verschwinden, ohne dass je gleiche Ausgangspositionen für die verschiedenen Kassen geherrscht hätten.

Weiterhin ist am Fonds zu kritisieren, dass er unmittelbar an die Erhebung von Sonderbeiträgen, also einer unsozialen und unparitätischen Kopfpauschale, und die Einführung von Wahltarifen gekoppelt ist. Beide Schritte widersprechen dem Charakter der GKV und sind in ihrer Wirkung entsolidarisierend.

Einführung privatwirtschaftlicher Elemente in die GKV

Kassen, die defizitär arbeiten, sollen neben der Option, Sonderbeiträge zu erheben, besondere Tarife anbieten. Vorschläge zur Kostenreduzierung wie Bonusmodelle, Kostenerstattung oder Selbstbehalte können keinesfalls die Unterfinanzierung beheben. Diese Programme verschärfen die soziale Ungleichheit:

- Mit der Kostenerstattung wird der Grundstein gelegt für die nur noch partielle Übernahme der entstehenden Gesundheitskosten, wie bereits bei zahnmedizinischer Behandlung.
- Der Selbstbehalt kommt nur für solche Menschen in Frage, die über genügend Mittel verfügen, sich gegebenenfalls privat zu versichern. Da sich diese Tarife nur für junge und gesunde Versicherte rechnen, sind sie in ihrer Wirkung entsolidarisierend.
- Durch eine Beitragsrückerstattung werden dringend benötigte Mittel aus dem System heraus genommen.

Eine Besserstellung der Gesunden gegenüber den Kranken per Gesetz ist fragwürdig und widerspricht dem sozialen Ausgleichsgedanken der GKV. Eine solidarische Krankenversicherung braucht auch weiterhin eine solidarische und soziale Finanzierung!

Der VDÄÄ fordert deshalb die Bundesregierung auf, stattdessen die Beitragsbemessungsgrenze und die Versicherungspflichtgrenze anzuheben. Das Gesundheitswesen braucht eine Einbeziehung aller Einkommen, wenn eine Überforderung der Erwerbseinkommen vermieden werden soll.

Ergänzende Steuerfinanzierung

Steuermittel zur Finanzierung der Behandlungskosten von Kindern und Jugendlichen sollen erstmalig 2008 mit 1,5 Milliarden Euro der GKV zugeführt werden. Bereits die Erhöhung der Tabaksteuer 2004 sollte zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen in der GKV dienen. Die 4,2 Milliarden Euro, die in diesem Jahr noch zur Verfügung stehen, wurden aber von der Bundesregierung bereits wieder zurückgefahren.

Es gibt detaillierte Studien darüber, welche gesamtgesellschaftlichen Aufgaben der GKV übertragen worden sind. Die Krankenkassen tragen Lasten im zweistelligen Milliardenbereich durch nicht kostendeckende Absenkungen der Beiträge für Empfängerinnen und Empfänger von Transferleistungen, Rentnerinnen und Rentner sowie für Mini-Jobber.

Der VDÄÄ fordert deshalb den Beibehalt des Bundeszuschusses aus der Tabaksteuer und die Finanzierung der Kosten für ALG II-Empfänger und Mini-Jobber aus dem Bundeshaushalt!

Zuzahlungsregelungen

Die Zuzahlungen sollen durch die geplante Reform „wasserdicht“ gemacht werden: Dazu werden alle Befreiungstatbestände überprüft und evaluiert. Die Überforderungsregel, die besagt, dass chronisch Kranke nur 1% ihres Haushaltseinkommens für Gesundheitsleistungen zuzahlen müssen, soll für Patienten, die bei einer „adäquaten Therapie nicht hinreichend mitwirken“, entfallen. Diese ungehorsamen Menschen werden deshalb mit der „regulären“ Zuzahlung von 2 Prozent bedacht. Von dieser Regelung werden selbst Krebskranke erfasst, die sich nicht regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen (ihrer Krebsart) beteiligt haben. Der VDÄÄ hält diese Regelung für nicht zielführend. Die Ursachen für die geringe Beteiligung der Bevölkerung an Vorsorge- und Früherkennungsprogrammen kann nicht über die finanzielle Sanktionierung erreicht werden. An dieser Stelle verweist der VDÄÄ auf das lange fällige Präventionsgesetz und die fehlenden Möglichkeiten in der ärztlichen Honorierung, individuell auf das Gesundheitsverhalten der Patientinnen und Patienten hinwirken zu können.

Bereits im GMG 2004 sind für die Versicherten eine ganze Reihe von Zuzahlungen eingeführt worden. Diese hält der VDÄÄ für unsozial. Menschen müssen unabhängig von ihrem Einkommen die Chance auf eine gute medizinische Versorgung haben! Eine höhere Beteiligung an den Vorsorgeuntersuchungen sollte mit Verstand, also Aufklärung, und nicht über den Geldbeutel erreicht werden.

Krankenversicherungsschutz für alle

Die Regierung sieht zwar formal vor, dass diejenigen, die durch Beitragsrückstände ihren Krankenversicherungsschutz verloren haben, wieder aufgenommen werden müssen. Für sie wird der Basistarif angeboten, der nicht höher sein darf als der höchste GKV-Tarif. Außerdem muss die PKV diese Versicherten aufnehmen, ohne anhand ihres Risikoprofils einen individuellen Beitragssatz festlegen zu können. Versicherte, die sich für dieses Modell entscheiden, verlieren jedoch in der Praxis und der Klinik ihre Privilegien. Für Bedürftige reduziert sich der Beitrag auf den halben Satz. Die Regelung ist zu begrüßen, allerdings bleibt es weiterhin möglich, in Deutschland ohne Krankenversicherung zu leben. Abgesehen für wirklich wohlhabende Bürgerinnen und Bürger entsteht dadurch ein beträchtliches Risiko, das durch die GKV abgefangen werden sollte. Das Problem, dass Menschen, die nicht die nötigen Mittel haben, um ihre Beiträge zu bezahlen, weiterhin ohne Krankenversicherung bleiben müssen, ist dadurch nicht gelöst.

Der VDÄÄ regt deshalb an, eine Zusammenlegung von privater und gesetzlicher Krankenversicherung voranzutreiben. Erst dann kann der Staat tatsächlich einen Versicherungsschutz für Alle versprechen!

Arzneimittelbereich

In diesem Bereich gibt es seit Jahren den höchsten prozentualen Kostenanstieg. Die von Experten geforderte Positivliste lässt weiter auf sich warten. Für die Verschreibung besonders teurer Medikamente wird demnächst eine Zweitmeinung eines anderen Arztes erforderlich.

Der Gesetzentwurf sieht eine unverbindliche Kosten-Nutzen-Prüfung von Präparaten durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vor. Dieser Schritt ist richtig. Aber solange eine Neuzulassung von Arzneimitteln nicht zwingend an eine solche Kosten-Nutzen-Analyse gebunden ist, bleibt er wirkungslos.

Apotheken, denen erst mit dem Arzneimittelverordnungswirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) im März dieses Jahres die Aushandlung von Naturalrabatten verboten wurde, sollen nun jährlich Einsparungen durch Rabattverträge mit den Großhändlern in Höhe von 500 Mio. Euro realisieren. Sollte ihnen das nicht gelingen, werden sie bis zu dieser Höhe haftbar gemacht. Diese Regelung ist ähnlich wie die einseitige Belastung der Kliniken durch nichts zu begründen und wird von uns abgelehnt.

Ambulante Versorgung

Zur ambulanten Versorgung werden wir uns im Rahmen einer Stellungnahme zum Vertragsarztänderungsrecht äußern.

Stationäre Versorgung

Die generelle Öffnung der Kliniken für ambulante Versorgung wurde weiter verhindert. Damit wird der Zustand der kostenintensiven doppelten Facharztschiene festgezimmert. Für eine Integrierte Versorgung muss aber die Abschottung der ambulanten und stationären Sektoren aufgehoben werden. Hier hat die Bundesregierung gegenüber der Ärztelobby klein beigegeben.

Kliniken dürfen weiterhin nur hochspezialisierte ambulante Leistungen erbringen. Trotzdem sollen die Kliniken dafür ein halbes Prozent der Gesamtvergütung reservieren. Die generelle

Öffnung der Kliniken, um ihr fachärztliches Angebot auch den ambulanten Patienten anbieten zu können, wird weiterhin verweigert.

Und die Kliniken müssen noch weitere Einschnitte hinnehmen: Zur Mitfinanzierung der Reform werden sie mit einem Sanierungsbeitrag vom 0,7 Prozent ihres Budgets (Landesbasisfallwert) herangezogen. Das entspricht einem Volumen von ca. 350 Mio. Euro.

Es ist geplant, die duale Krankenhausfinanzierung (Länder zahlen Investitionskosten, Kassen die Betriebskosten) zugunsten einer monistischen Finanzierung (allein die Kassen kommen für alle Kosten auf) aufzugeben. Damit verabschieden sich die Länder aus ihrer Verantwortung für die Krankenhausfinanzierung, entledigen sich ihrer Mitsprachemöglichkeiten und überlassen die Existenz der Krankenhäuser dem freien Spiel des Marktes. Zurück bleibt ein Investitionsstau der deutschen Krankenhäuser in Höhe von 50 Milliarden Euro, der zusätzlich von den Kassen getragen werden müssen.

Wir fordern die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung, einen Verzicht auf die Leistungskürzung in Höhe von 350 Millionen Euro und die Behebung des Investitionsstaus. Die monistische Finanzierung der Kliniken in der vorliegenden Form lehnen wir ab.

Leistungsumfang

Die im Regierungsentwurf enthaltene Regelung, zukünftig im Leistungskatalog keine Kosten der Folgen von Tätowierungen, Piercings etc. zu übernehmen, scheint ein Publikumsgag zu sein. Diese Kosten haben nichts mit den Finanzierungsproblemen der GKV zu tun. Bedenklich ist hierbei aber, dass durch die Begründung „selbstverschuldet“ das Verursacherprinzip in einer Sozialversicherung zur Anwendung kommt. Gilt bisher das elementare Sachleistungsprinzip, bei dem die Kasse alle notwendigen und wirtschaftlichen Maßnahmen zur Gesundung übernimmt, wird auf diese Weise damit gebrochen. So werden zukünftig Ärzte und Beschäftigte in anderen Heilberufen zu Gesundheitspolizisten, die das Verhalten ihrer Patienten, die die ihnen ja vertrauen sollen, zu bewerten und zu melden haben.

Ähnliches findet sich in dem Gesetzentwurf in dem Passus zu den chronisch Kranken, deren Zuzahlungen dann steigen sollen, wenn sie sich nicht „adäquat“ an der Therapie beteiligen. Es ist zu befürchten, dass noch mehr Gründe gefunden werden, um individuell oder kollektiv die Leistungen der Krankenkassen zu beschneiden. Hier kann mit weiteren Einschnitten gerechnet werden. Bereits von der CDU angedacht ist die Ausgrenzung von „selbst verschuldeten Privatunfällen“.

Wir fordern: Keine Schuldzuweisungen im Gesundheitswesen zur Ausgrenzung weiterer Leistungen. Was heute mit dem Piercing beginnt, ist als nächstes der private Unfall, das Rauchen der Krebskranken oder die Übergewichtigkeit des Diabetikers, die dann die jeweilige individuelle Beitragssteigerungen oder erhöhte Zuzahlungen oder Sondersicherungen rechtfertigen helfen.

Fazit

1. Mit dem WSG nimmt der Gesetzgeber erhebliche Eingriffe in das SGB V vor. Die Verabschiedung des WSG zum gegenwärtigen Zeitpunkt erfolgt lediglich aus regierungspolitischen Gründen und ist nicht geeignet, die Probleme im Gesundheitswesen lösen.
2. Zudem werden erhebliche Anreize gesetzt, die gegen eine solidarische Umlagenversicherung wirken und zwar materiell wie ideell. Insgesamt bedeutet es eine Aufweichung des Solidarprinzips in der Gesetzlichen Krankenversicherung.
3. Die Sanktionierung von der Nichtteilnahme an Vorsorgeuntersuchungen ist abzulehnen. Aus sozialmedizinischer und gesundheitswissenschaftlicher Sicht gibt es für die Vorschläge keine positiven empirischen Befunde, wenn es weiterhin um das Ziel einer allgemein

zugänglichen und sozial diskriminierungsfreien Krankenversicherung gehen soll. Aus der Sicht der Fachwissenschaft ist das WSG erheblich erfahrungs- und erkenntnisresistent und formuliert Positionen, die hinsichtlich des argumentierten Ziels nachweislich unwirksam oder kontraproduktiv sind.

4. Soweit die GKV eine demokratische Verabredung der Mitglieder und der Arbeitgeber zur eigenverantwortlichen Regulation und Finanzierung der Absicherung von Krankheitsrisiken ist, handelt es sich bei dem WSG tatsächlich um einen ordnungspolitisch massiven Eingriff in die Selbstverwaltung.

5. Es bestätigt sich, dass das WSG nicht auf eine „Gesundheitsreform“, sondern auf die Transformation der GKV in Richtung Privatisierung zielt. Daher ist der jetzige Reformentwurf zu verwerfen und eine neue Beratung mit den am Gesundheitswesen beteiligten zu beginnen.

München, 03.11.2006

Prof. Dr. Wulf Dietrich