



**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0248(44)
vom 2ss1.06.03

15. Wahlperiode**

Stellungnahme des BKK Bundesverbandes

zum

**Gesetzentwurf der Fraktionen
SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

**Entwurf eines Gesetzes zur
Modernisierung des Gesundheitssystems
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz - GMG)**

in der Fassung vom 02.06.2003

Das GMG – konstruktive und problematische Elemente zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens

Insgesamt soll das GMG eine Qualitäts- und Effizienzkur des Gesundheitswesens in Gang setzen. Dieser Versuch, die Finanz- und Strukturprobleme anzugehen, greift in einigen Punkten richtige Lösungsansätze auf. Die Reformvorschläge sind im Detail jedoch oft zaghaft und teilweise sogar widersprüchlich, so dass nachhaltiger Erfolg ungewiss scheint. Dies gilt beispielsweise für Regelungen zum Vertragswettbewerb und zur Qualitätssicherung. Verfehlt sind die Vorgaben zur direkten Beitragssatzwirksamkeit der reformbedingten Einsparungen - zumal diese insgesamt überschätzt werden. In der nachfolgenden Kurzbewertung werden die wesentlichen und korrektur- bzw. weiterentwicklungsbedürftigen Reformelemente benannt.

Versorgungsqualität und Versorgungseffizienz verbessern – Wettbewerb funktional erweitern

Erklärtes Ziel des GMG ist es, Unter-, Über- und Fehlversorgungen zu reduzieren bzw. Qualität und Effizienz im deutschen Gesundheitswesen zu erhöhen. Um dieses Ziel zu erreichen, sind aus Sicht des BKK Bundesverbandes insbesondere folgende Reformelemente wichtig und im Detail noch wirksamer auszugestalten:

- Unübersichtlich differenzierten **Zuzahlungsregelungen** für verordnete Leistungen sind Anreize vorzuziehen, die die Versicherten durch sachgerechte Tarifkonstruktionen motivieren, bestimmte Versorgungsmodelle in Anspruch zu nehmen. Tariffdifferenzierungen müssen die Qualitäts- und Effizienzgewinne der jeweiligen Modelle angemessen widerspiegeln.
- Für eine **Privilegierung des Hausarztmodells** durch den Gesetzgeber fehlen in Deutschland empirische Anhaltspunkte. Von daher sollten Hausarztmodelle sich im Wettbewerb mit anderen Versorgungsformen bewähren können, aber nicht zum Pflichtangebot aller Krankenkassen bei Verzicht auf Eintrittsgeld gemacht werden.



- Als wesentliches Element für die Qualitätsverbesserung der medizinischen Versorgung in Deutschland ist die Einführung einer **Fortbildungspflicht für Ärzte** zu begrüßen. Für alle Vertragspartner der gesetzlichen Krankenkassen – auch die Krankenpflegeberufe und Hilfsmittelversorger sollten hier nicht vergessen bleiben - müssen analoge Fortbildungspflichten gelten. Die 5-Jahres-Frist zum Fortbildungsnachweis sollte allerdings ohne 1-jährige Nachfrist völlig ausreichend sein.
- Ebenfalls positiv zu bewerten sind die **Vorschriften zugunsten durchlässigerer Versorgungsstrukturen**, d.h. zur Zulassung von Gesundheitszentren, die Ansätze zur Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung und die verbesserten Bedingungen für die integrierte Versorgung. Die positive Wirkung solcher wettbewerblicher Flexibilisierungen ist jedoch auch davon abhängig, dass die überholten Kopfpauschalen in der ambulanten ärztlichen Vergütung abgelöst werden und auf neue Detailvorgaben für die Vergütungsvereinbarungen der Tarifpartner verzichtet wird.
- Zu begrüßen ist grundsätzlich die Absicht, das Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen durch die **Einführung von Einzelverträgen** in der ambulanten Versorgung aufzubrechen. Die vorgesehenen Regelungen sind aber mit erheblichen Gefahren verbunden: Vertragsfachärzte können, müssen aber nicht aus dem Schutz des KV-Kollektivs ausscheiden; sie können, müssen aber keine Einzelverträge mit den für die Sicherstellung verantwortlichen Krankenkassen schließen. Somit droht eine teure Parallelität von Kollektiv- und Einzelverträgen für eine sehr lange Übergangszeit. Konsequenz wäre dagegen die grundsätzliche Herauslösung spezialisierter Fachärzte aus dem Vertragskollektiv der Kassenärztlichen Vereinigungen und die Verpflichtung der Kassen, entsprechende Versorgungsverträge bedarfsbezogen auszuschreiben.
- Bezogen auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der verordneten Leistungen sollen zahlreiche Reformelemente insbesondere im Arzneimittelbereich wirken. Eindeutig zu begrüßen ist die Wieder-Inkraftsetzung der **Festbetragsregelung für Analogpräparate** unabhängig von Patentschutzlaufzeiten. Dies sichert die preisstabilisierende Wirkung für ein wachsendes Marktsegment und wird so dazu beitragen, die überdurchschnittlichen Ausgabenanstiege für Arzneimittel wirksam zu bremsen.
- Langjährigen Forderungen der Betriebskrankenkassen entspricht auch die Öffnung des Arzneimittelvertriebs für qualitätsgesicherten **Versandhandel und Mehrbesitz von Apotheken**.



- Grundsätzlich begrüßt wird auch die Absicht, **systematische Kosten-Nutzen-Bewertungen von Arzneimitteln** (sogenannte „4. Hürde“) zur ergänzenden Grundlage der Erstattungsfähigkeit durch die gesetzlichen Krankenkassen zu machen. Als nicht zweckmäßig abgelehnt wird allerdings der vorgeschlagene Weg über ein Deutsches Zentrum für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin. Vielmehr wäre die gemeinsame Selbstverwaltung, d.h. der Bundesausschuss Ärzte / Krankenkassen, zu beauftragen, solche Bewertungen vorzunehmen und als Arzneimittelrichtlinien zu beschließen.
- Im übrigen sind die Vertragsoptionen, Preisregulierungen und Vorschriften zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung in der Zusammenschau und im Detail differenziert zu bewerten. Zum Korrekturbedarf dieser Reformelemente wird der BKK Bundesverband gesondert ausführlicher Stellung nehmen.
- Für die konsequentere Ausrichtung der medizinischen Versorgung an evidenzbasierten Bewertungen von therapeutischem Nutzen und Wirtschaftlichkeit von Diagnose- und Behandlungsverfahren soll ein „unabhängiges Institut“ als Anstalt öffentlichen Rechts, **das Deutsche Zentrum für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin**, sorgen. Die Konstruktion als Staatsinstitut und die Etablierung eines 49köpfigen Kuratoriums sind abzulehnen. Zu fordern ist vielmehr eine effizienzsteigernde Reform der Handlungsbedingungen der gemeinsamen Selbstverwaltung. Die Arbeitsfähigkeit des Koordinierungsausschusses und der Bundesausschüsse ist durch eine gesetzliche Finanzierungsgrundlage (dem Beispiel der DRG-Entwicklungsinvestitionen folgend zu koppeln an Leistungsfälle), Entscheidungsfristen und Konfliktlösungsmechanismen zu verbessern. Dies muss die ausreichende Ausstattung mit wissenschaftlichen Ressourcen in Form eines unabhängigen wissenschaftlichen Instituts einschließen. Den berechtigten Informations- und Beteiligungsinteressen der Versicherten und Patienten ist durch Anhörungsrechte in den entscheidungsvorbereitenden Beratungen und durch (Internet-)Publizität der Entscheidungsgrundlagen und –abläufe Rechnung zu tragen. Organisatorisch sollte von den Vertragspartnern (Spitzenverbänden der Krankenkassen, KBV, KZBV und DKG) eine Körperschaft öffentlichen Rechts als geschäftsführendes Dach der mit Entscheidungskompetenzen ausgestatteten Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung – Koordinierungsausschuss und Bundesausschüsse – gebildet werden; das BMGS sollte seine bewährte Aufsichtsfunktion behalten.



Wenn der Gesetzgeber den Wettbewerb um Qualität und Effizienz der Versorgung in der GKV nachhaltig befördern will, besteht jenseits des GMG weitergehender Reformbedarf:

- Der RSA muss in einem zunehmend wettbewerblich organisierten System derart neu ausgerichtet werden, dass die finanzielle Eigenverantwortung der Kassen gestärkt und Anreize zu einer qualitäts- und gleichzeitig kostenbewussten Vertragspolitik gesetzt werden. Gleichzeitig muss der RSA einfacher, gerechter und transparenter werden.
- Als Sofortmaßnahme sollten die RSA-Transfers pauschal um eine Eigenverantwortungsquote der Kassen von 10 Prozent gekürzt werden, damit die Fehlanreize eines vollständigen Ausgleiches sofort verringert werden. Zugleich sollte die Förderung von Disease-Management-Programmen wieder vom RSA abgekoppelt werden, denn sie führt nachweislich zu falschen Signalen bei der qualitativen Ausrichtung der DMP-Verträge und zu einer sachlich nicht gerechtfertigten Ausweitung der Zielgruppen für diese indikationsspezifischen Programme. Dies gilt insbesondere, wenn statt motivierender Anwendungs-Leitlinien für die Ärzte konkret lediglich Einschreibe-Prämien vereinbart werden. Das Fehlen vertraglicher Alternativen für die Krankenkassen steht sachgerechten Vertragsabschlüssen weithin im Wege.

Gesundheitskarte und Datentransparenz

Der GMG-Entwurf setzt wichtige Eckpunkte für zukünftige Informationsmedien und Datentransparenz in der GKV. Auch hierzu sind im Detail Änderungen notwendig, um die angestrebten Ziele effizient zu verfolgen.

- Zukunftsweisend soll die Definition der **elektronischen Gesundheitskarte** sein, die zum 1.1.2006 eingeführt werden soll. Um Datenschutz zu sichern und Kartenmißbrauch zu verhindern, muß der Gesetzentwurf klarstellen ist, dass die Karte außer Daten zur Identifikation und gegebenenfalls Notfalldaten ausschließlich Verweise auf Daten und Schlüssel für den Zugriff enthalten darf. Zur Vermeidung unnötiger Verwaltungskosten darf die Einführung der neuen Kartengeneration durch die Krankenkassen nicht mit einer Stichtagsregelung versehen werden, vernünftig wären hier Fristvorgaben für den sukzessiven Austausch.



- Die beabsichtigten Neuerungen zur **Krankenversicherungs-Nummer und -Karte** sind kostenträchtig und überflüssig. Eine neue Systematik der Krankenversicherungsnummer soll die lebenslange Identifikation des Versicherten möglich machen. Da der hieraus zu erwartende Nutzen für die Datentransparenz verschwindend gering ist, sind die zusätzlichen Verwaltungskosten von über 500 Mio. € hierfür in keiner Weise zu rechtfertigen. Gleichermäßen Verschwendung wäre die geplante Einführung einer KV-Karte mit Lichtbild, die zu Verwaltungsmehrkosten von mehreren Hundert Millionen Euro führen würde. Ein Jugend-Lichtbild entspricht in keinsten Weise dem Stand biometrisch zuverlässiger Erkennungsmethoden. Die zusatzkostenfreie Alternative wäre die kombinierte Identifikation mittels bisheriger KV-Karte plus Personalausweis.
- Die Neuregelungen zur Erhöhung der **Datentransparenz** des Leistungsgeschehens folgen nur teilweise den Vorstellungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Kassenärztlichen Bundesvereinigung und benennen diese als Träger der Arbeitsgemeinschaft für einen bundesweiten Datenpool. Die Einrichtung einer institutionell gesonderten, kostspieligen Vertrauensstelle ist in jedem Fall unnötig und unwirtschaftlich, da umfassender Datenschutz bereits durch dezentrale Verschlüsselung von den datenliefernden Stellen zu gewährleisten ist. Insgesamt sollten organisatorisch einfachere und kostengünstigere Lösungen gewählt werden, Klarstellung ist zur Finanzierung des Datenpools einschließlich der Benennung entgeltpflichtiger Nutzer erforderlich.

Organisation und Beitragspolitik der Krankenkassen – versichertenfreundlich und solide gestalten

Die vorgesehenen Regelungen zur Organisation und Beitragssatzpolitik der Krankenkassen verkennen – bis auf wenige positive Ausnahmen – den tatsächlichen (Nicht-)Reformbedarf an dieser Stelle und zum jetzigen Zeitpunkt. Aus Sicht des BKK Bundesverbandes sind insbesondere die Einschränkungen der Wahlfreiheit für die Versicherten strikt abzulehnen.

- Unseriös und verantwortungslos ist es, angesichts der schwierigen Finanzsituation vieler Krankenkassen, diese zu Beitragssatzsenkungen zu drängen. Da Wettbewerb als Anreiz zu Sparsamkeit und zur **direkten Weitergabe von reformbe-**



dingten Einsparungen vollkommen ausreicht, muss die vorgesehene Regelung, die mit dem Gesetz verbundenen Umfinanzierungen in voller Höhe und die weiteren Einsparungen zur Hälfte in Beitragssatzsenkungen umzusetzen, ersatzlos gestrichen werden. Zumal die vom BMGS prognostizierten Einsparvolumina keineswegs mit Sicherheit eintreten. Wenn die politischen Akteure Krankenkassen ermuntern, Betriebsmittel zu verzehren und Rücklagen nicht aufzubauen, dann untergräbt das verantwortbare Finanzpolitik umlagefinanzierter Krankenkassen und treibt sie zulasten der Beitragszahler in die Schuldenfalle.

- Dies steht übrigens auch im Widerspruch zu dem Bemühen des GMG, den jeweils haftenden Verbänden – zur Schadensabwehr für die Beitragszahler der beteiligten Krankenkassen – Rechte zur Beherrschung und Vermeidung von **Haftungsrisiken** an die Hand zu geben. Neben Informationsrechten und Beratungspflichten wird den Verbänden auch die Option eingeräumt, Fonds zu bilden, aus denen bei Auflösung oder Schließung einer Krankenkasse Haftungsverpflichtungen beglichen werden können. Hier ist ergänzend zu fordern, dass die Fondsmittel bereits zur Abwendung von Haftungsrisiken einsetzbar sein sollten. Außerdem sind Klarstellungen zur Zuständigkeit von Landes- und Bundesebene der Verbände notwendig.
- Als verbraucherfeindlich sind die meisten GMG-Regelungen zum **Organisationsrecht** zu beurteilen. Mit diversen Einschränkungen der Öffnungs- und Errichtungsoptionen von Betriebs- und Innungskrankenkassen sollen die Wahlfreiheiten der Versicherten am GKV-Markt eingeeengt werden. Ebenso zu Lasten der Versicherten geht die Pflicht zur Übernahme der Personalkosten für traditionelle, nicht-geöffnete BKK. Sie nimmt den Betroffenen in Zeiten genereller Belastungsverchiebung eine freiwillige Sozialleistung des Arbeitgebers. Aus der organisationsrechtlichen Kritik auszunehmen ist allein die Regelung „einmal offen – immer offen“. Diese Regel wird aber prompt durch das *Schließungsgebot* für BKK von Kranken- und Lebensversicherungsunternehmen durchbrochen, obwohl deren wettbewerbsmäßige Unbedenklichkeit bereits durch andere gesetzliche Regelungen sichergestellt ist. Im übrigen wirkt diese Spezialregelung gerade dann unsinnig, wenn gleichzeitig allen gesetzlichen Krankenkassen die Vermittlung privater Zusatzversicherungen in bestimmten Feldern erlaubt werden soll - GKV-Marktführer sollten auf diesem Feld mindestens so attraktive Kooperationspartner für die PKV sein wie eine kleine unternehmensbezogene BKK.
- Die Option für **kassenartenübergreifende Fusionen** ab dem 1.1.2007 verfolgt die Beschränkung von Wahlfreiheiten subtil auf anderem Weg weiter: Hiermit soll



offensichtlich einer engen Oligopolbildung am GKV-Markt Vorschub geleistet werden. Dies ließe massive Einschränkungen des Wettbewerbs, inklusive aller damit verbundenen Ineffizienzen zu Lasten der Versicherten erwarten und wird daher ausdrücklich abgelehnt.

- Wenn der Gesetzgeber jetzt tatsächlich den Verbraucherschutz im GKV-Markt verbessern wollte, dann sollte er auf alle **Einschränkungen der Wahlfreiheit** verzichten und statt dessen zu unaufwendigen und wirksamen Maßnahmen greifen: Hierzu gehören eine frühzeitige Informationspflicht der Kassen bei Beitragssatzerhöhungen und die Wirkung des Sonderkündigungsrechtes auch bei Fusionen mit Beitragssatzerhöhung.

Notwendige medizinische Leistungen solidarisch finanzieren

Die Umfinanzierung der versicherungsfremden Leistungen und der Verbleib der Absicherung des Krankengeldes in der GKV sind grundsätzlich zu begrüßen, in der vorgesehenen Form allerdings nicht frei von Risiken.

- Die von allen Krankenkassen seit langem geforderte und jetzt beabsichtigte **Steuerfinanzierung** gesellschaftspolitisch motivierter Leistungen ist zu begrüßen. Mit der nur schrittweisen Erhöhung der Tabaksteuer bleibt die Gegenfinanzierung jedoch voraussichtlich unzureichend. Dass die Verwaltung der bisherigen Versicherungs- und künftigen Staatsleistungen in der GKV verbleiben soll, ist grundsätzlich eine pragmatische und bürgerfreundliche Lösung. Eine GKV-Kopfstelle hierfür wäre jedoch unwirtschaftlich – hierauf kann und sollte verzichtet werden.
- Die nicht mehr paritätische Finanzierung des **Krankengeldes** - des traditionellen Kerns der GKV-Leistungen - wird ab 2004 durch einen abgesenkten Arbeitgeberbeitrag von 47 % und erhöhten Arbeitnehmerbeitrag von 53 % realisiert. Abgesehen davon, dass diese Kalkulation zu Lasten der Versicherten ungenau ist, birgt dieser Einstieg in die Ausgrenzung von Kernleistungen das Risiko des Präzedenzfalles. Der BKK Bundesverband appelliert daher mit Nachdruck an den Gesetzgeber, möglichst bald über eine nachhaltige Reform der Finanzierung der GKV zu entscheiden.