

Berlin im Juni 2003

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0248(84)
vom 25.06.03**

15. Wahlperiode

Stellungnahme des CGB zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (GMG)

Vorbemerkungen:

Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat. Das Sozialstaatsgebot verpflichtet den Gesetzgeber, Lebensrisiken, die der Einzelne nicht selbstverantwortlich abdecken kann nach den Grundsätzen von Solidarität und Subsidiarität zu sichern.

Die wesentlichen Lebensrisiken werden in Deutschland durch die gegliederte Sozialversicherung abgedeckt. Der gesetzlichen Krankenversicherung obliegt dabei die Absicherung gesundheitlicher Risiken.

Massenarbeitslosigkeit und demographische Entwicklung sowie der medizinische Fortschritt haben seit Mitte der 70er Jahre zu einem Beitragsanstieg in der GKV geführt, der trotz vielfacher gesetzlicher Bemühungen nicht dauerhaft begrenzt werden konnte. Eine umfassende Strukturreform des Gesundheitswesens zählt daher zu den vordringlichsten politischen Herausforderungen. Der Christliche Gewerkschaftsbund Deutschlands (CGB) hält es für unverantwortlich, dass die Beiträge zu den gesetzlichen Krankenversicherungen stetig steigen und trotzdem nicht ausreichende Einnahmen erzielt werden, um die anfallenden Kosten im Gesundheitswesen zu decken.

1. Verbesserung der Qualität in der Medizin:

Der CGB hält es für notwendig, dass eine regelmäßige und umfassende Evaluierung des medizinischen Fortschritts stattfindet. Dieser Erkenntnisgewinn muss die Behandlungsmethoden beeinflussen und dafür sorgen, dass die Sicherung der Qualität der Behandlung und der Medizin gewährleistet ist.

Die Strukturen, mit denen eine qualitativ höchst mögliche medizinische Versorgung für die Patienten gewährleistet sind, sind im Rahmen der Selbstverwaltungsorgane zu schaffen. Der CGB spricht sich gegen ein Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin aus. Mit diesem Zentrum wird einer Zentralisierung der Gesundheitsversorgung Vorschub geleistet.

Der CGB sieht in der Einrichtung eines solchen Zentrums keinen zusätzlichen Nutzen, im Gegenteil. Es wird mehr Bürokratie geschaffen und die Eigenverantwortung, sowie die Selbstverwaltung wird geschwächt.

2. Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Der Christliche Gewerkschaftsbund Deutschlands spricht sich überall dort für eine Zusammenfassung von Leistungen aus, wo dies tatsächlich zu Einsparpotentialen führt. Dabei müssen einige Grundsätze berücksichtigt werden.

Am Grundsatz der freien Arztwahl ist festzuhalten. Der Versicherte muss weiterhin selbst entscheiden können, ob er zunächst einen Hausarzt oder direkt einen Facharzt konsultiert.

Zur Vermeidung überflüssiger und kostspieliger Parallel- und Doppeluntersuchungen sollte der Versicherte die Möglichkeit zur schnellen und unkomplizierten Weitergabe seiner Patientendaten erhalten.

Es muss die Position des Hausarztes als Lotse im System gestärkt werden. Allerdings ist das im § 67 SGB V vorgesehene Modell nicht durchdacht und realitätsfremd. Der Zwang, seinen Hausarzt in jedem Fall zuerst aufzusuchen führt unweigerlich zu einer Überlastung und Überforderung der Hausärzte. Dieses Verfahren ist ein Rückschritt in die Zeit der manuellen Quartalsschecks und des damaligen Überweisungsverfahrens.

Unbestritten muss ein Weg zur Vermeidung von Doppelbehandlungen und Doppeluntersuchungen (Röntgen) zur Kostendämpfung erfolgen. Die Praxisgebühr von 15,00 Euro je Quartal führt zu einer Zwei-Klassen-Medizin. Wer es sich leisten kann geht direkt zum Facharzt.

Die Einführung von Gesundheitszentren hat in verschiedenen Regionen der Bundesrepublik Deutschland keine Tradition. Jede Regelung, die den Aufbau von Gesundheitszentren verpflichtend zur Folge hat, wird vom CGB abgelehnt. Sie schränkt im Zweifel das freie Niederlassungsrecht des Facharztes ein und ist damit verfassungsrechtlich zumindest bedenklich.

3. Änderungen bei der Arzneimittelversorgung

Der CGB begrüßt die Liberalisierung der Arzneimittelpreisverordnung.

Ebenso wird die Ausweitung des gesetzlichen Rahmens für Vereinbarungen zwischen Arzneimittelherstellern und Krankenkassen über Rabatte auf die Listenpreise von Arzneimitteln begrüßt. Auch die Zulassung des Mehrbesitzes für Apotheken fördert den Wettbewerb und entspricht den Vorstellungen des CGB.

Die Zulassung des Versandhandels für Arzneimittel ist eine der Kernforderungen des CGB. Allerdings sind die Bestimmungen im GMG nicht weitreichend genug. Der CGB fordert die Zulassung von Internetapotheken ohne Beratungsverpflichtung. Wettbewerbsbeschränkungen von Anbietern in der EU müssen durchbrochen werden. Der Anteil der Reimporte im EU-Binnenmarkt muss erhöht werden, der neue § 129 SGB V ist ein erster Schritt.

§ 130a SGB V gibt den Krankenkassen Gelegenheit mit der Pharmaindustrie eine Liste für preisgünstige Fertigarzneimittel zu vereinbaren. Dieses ist im Sinne des CGB.

Aus unserer Sicht ist die Einführung der „Positivliste“ unverzichtbar.

Jährlich landen Medikamente im Wert von 2,5 Milliarden Euro auf dem Müll. Der CGB fordert deshalb weiterhin die Verpflichtung zur bedarfsgerechten Arzneimittelmengenabgabe, das bedeutet die Abgabe von großen Klinikpackungen für chronisch Kranke und die Abgabe von Kleinstpackungen für sonstige Patienten.

Hohe Steuerabgaben auf Arzneimittel bedeuten eine einseitige und zusätzliche finanzielle Belastung des Kranken gegenüber dem Gesunden. Sie widersprechen dem Solidaritätsprinzip. Der Mehrwertsteuersatz für Arzneimittel sollte daher auf den ermäßigten Satz von 7% abgesenkt werden.

4. Neuordnung der Finanzierung des Systems

Nach Ansicht des CGB ist eine Beitragssenkung zur gesetzlichen Krankenversicherung auf absehbare Zeit nicht zu erreichen. Die vorhandenen Finanzdefizite werden aktuell nicht ausgeglichen. Die Bundesregierung rechnet sich schön, denn die Erwartungen zur wirtschaftlichen Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland sind im allgemeinen zu optimistisch. Darüber hinaus mussten die gesetzlichen Krankenversicherungen in der Vergangenheit Kredite aufnehmen, die bei der Diskussion um deren finanzielle Leistungsfähigkeit unberücksichtigt blieben. Die gesetzlichen Krankenversicherungen haben diese Kredite aufgenommen, um einen weiteren Anstieg der Beiträge vorübergehend zu verhindern. Die Bildung von Rücklagen hat in der Vergangenheit nicht stattgefunden, erscheint auch für die Zukunft als unrealistisch. Die Kassen waren auch nicht in der Pflicht dies zu tun. Durch einen relativen Wettbewerb zwischen den einzelnen Kassen um bestimmte Versichertengruppen sind finanzielle Reserven in der Vergangenheit dafür verwendet worden, um weitere Beitragssteigerungen zu vermeiden.

Völlig unberücksichtigt blieben finanzielle Risiken, die durch die Rechtsprechung auf das System der gesetzlichen Krankenversicherung zukommt. Hier sei nur an die jüngste Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichtes zum Bereitschaftsdienst von angestellten Klinikärzten und Krankenschwestern gedacht.

Weder die Einnahmedefizite noch die Ausgabensteigerungen der GKV rechtfertigen eine Abkehr vom Prinzip der paritätischen Umlagefinanzierung. Lohn und Gehalt sollten daher auch weiterhin die Finanzierungsgrundlage der GKV bilden.

Für die Einbeziehung weiterer Einkunftsarten in die Beitragsbemessung sprechen Gerechtigkeitsgesichtspunkte; sie brächte aber erhebliche systematische und ökonomische Probleme und erscheint daher derzeit nicht sinnvoll.

Auch für eine Veränderung der Beitragsbemessungsgrenze besteht gegenwärtig keine Notwendigkeit. Die vorgenommene Anhebung der Versicherungspflichtgrenze für Berufsanfänger auf 5.100 Euro hat kaum zu Einnahmeverbesserungen geführt, da nur ca. 30.000 Berufsanfänger entsprechende Einkommen erzielen. Sie hat aber bereits während des Gesetzgebungsverfahrens zu einer größeren Zahl von Abwanderung in die private Krankenversicherung geführt.

In jedem Fall sind der GKV die Ausgaben für krankensicherungs-fremde Leistungen durch Steuern zu erstatten. Dazu gehören insbesondere gesamtgesellschaftliche Aufgaben wie Mutterschafts- und Entbindungsgeld, die aus Steuermitteln zu finanzieren sind. Es wird aber nicht ausreichen, dafür bestimmte Verbrauchssteuern, wie z.B. die Tabaksteuer zu erhöhen. Im übrigen ist diese Diskussion eine unseriöse Diskussion und wenig hilfreich, um eine langfristige Finanzierung der GKV zu sichern.

Der CGB spricht sich gegen die Erhöhung der Eigenanteile für Arznei- und Verbandmittel aus. Die Erhöhung wird mit einer Steuerungsfunktion begründet. Die Steuerung der Arzneimittelausgaben erfolgt aus Sicht des CGB jedoch nicht durch den Patienten, sondern durch den behandelnden bzw. verordnenden Arzt.

Eine Erhöhung der Zuzahlungen belastet einseitig die Kranken und entspricht nicht dem Solidarprinzip. Steuerungselemente müssen beim Arzt ansetzen. Durch den Wegfall des Arzneimittelbudgets ist ein überproportionaler Anstieg der Arzneimittelkosten erfolgt. Die Wiedereinführung des Arzneimittelbudgets ist daher eine Forderung des CGB.

Aus o.g. Gründen ist der CGB auch gegen die Erhöhung des Eigenanteils im Krankenhaus. Sowohl der Aufenthalt im Krankenhaus, als auch die Dauer werden nicht vom Kranken, sondern von Ärzten bestimmt. Auch in diesem Fall wird das Solidarprinzip verletzt.

Die Einführung einer Zuzahlung in Höhe von einem Euro für nach § 61 SGB V befreite Personen ist angemessen.

Neugestaltung der Befreiungsregeln :

In § 62 SGB V wird neugeregelt, dass chronisch Kranke künftig in jedem Jahr 1% der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt als Eigenbeteiligung aufwenden müssen. Dieses hält der CGB für angemessen, da diese Aufwendung solidarisch vertretbar ist und eine Verbesserung des chronisch Kranken um 50 % darstellt.

Die Veränderung der Bestimmung zur Fahrkostenerstattung geht dem CGB nicht weit genug. Fahrkosten zur ambulanten Behandlung gehören nicht in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Es ist nicht begründbar warum Personen nach § 61 bzw. § 62 die Kosten für Fahrten zur ambulanten Behandlung erstattet bekommen.

Bonusmodelle :

Der CGB begrüßt die Einführung von Bonusmodellen für gesundheitsbewusstes Verhalten. Ebenfalls begrüßt der CGB, dass durch das entstandene Satzungsrecht den Krankenkassen Wettbewerbsmöglichkeiten geschaffen werden.

Beitrags- und versicherungsrechtliche Veränderungen:

§ 175 Abs. 4 Satz 5 ist eine sinnvolle und erforderliche Definition des Kündigungsrechtes im Falle einer Beitragssatzerhöhung.

§ 194 Abs. 1a gibt den Kassen Gelegenheit Zusatzversicherungen zu vermitteln. Dieses Wettbewerbsinstrument der Krankenkassen begrüßt der CGB.

Es ist eine Forderung des CGB, versicherungsfremde Leistungen nicht mehr über Beiträge zu finanzieren, sondern aus Steuermitteln. Durch § 221 SGB V erfolgt ein Schritt in die richtige Richtung. Jedoch hat eine Identifizierung aller versicherungsfremder Leistungen zu erfolgen. Anschließend sind im Wege der Risiko-Struktur-Ausgleich-Aufbereitung die tatsächlichen Kosten zu ermitteln und zusammen mit einer Verwaltungspauschale den Kassen zu erstatten. Die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen ist Aufgabe aller Bürger.

Durch § 248 SGB V (Voller Beitrag aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen) entsteht eine unzumutbare Mehrbelastung. Diese ist nicht systemkonform. Dieser Personenkreis hätte als einziger den vollen Beitrag allein zu tragen.

§ 249 SGB sieht in der Konsequenz die Aufgabe der paritätischen Finanzierung der GKV vor. Aus Sicht des CGB ist eine Finanzierung des Krankengeldes allein durch die Versicherten nicht vertretbar. Die Arbeitgeber dürfen nicht aus der Verantwortung entlassen werden. Der Grundgedanke des Solidarprinzips und der paritätischen Finanzierung darf nicht aufgegeben werden. Der CGB lehnt daher eine Verteilung des Beitrages 53% Arbeitnehmer und 47% Arbeitgeber ab.

5. Änderung der vertragszahnärztlichen Versorgung

Nach Ansicht des Christlichen Gewerkschaftsbundes Deutschlands bedarf es bei der kassenzahnärztlichen Versorgung keiner besonderen Änderungen. Die Frage nach Zuzahlungen zum Zahnersatz wird aktuell leidenschaftlich diskutiert. Hierzu ist oben bereits unsere Position zum Ausdruck gekommen. An der geltenden Regelung, bei der der Zahnersatz über einen „Festzuschuss“ finanziert wird, kann nach unserer Ansicht festgehalten werden.

Der CGB setzt sich aber dafür ein, dass es zu einer völligen Freigabe der Verhandlungen über die Honorarhöhe zwischen den Krankenkassen und den Zahnärzten kommen muss. Wenn die Kassen nur einen Teil der zahnärztlichen Versorgung pflichtversichern, dann muss die Möglichkeit gegeben sein, über die Zuzahlungen, die freiwillig versichert werden auch frei zu verhandeln.

6. Stärkung der Patientensouveränität

Aus der Sicht des CGB ist der Patient als einziger Akteur im System der gesetzlichen Gesundheitsversorgung kein vollwertiger, unabhängiger und entscheidungsfähiger Marktteilnehmer. Er ist vor allem von der Diagnose des behandelnden Arztes abhängig. Er kann im heutigen System nur schwer nachvollziehen, ob Diagnose und Behandlung relevant für die Genesung waren oder nicht.

Hier schließt sich der Kreis zu den Vorschlägen der Regierungsfractionen, die Qualität in der Medizin zu evaluieren. Aus Sicht des Patienten muss die Institution, in der er selbst vertreten ist, auch über die Qualität in der Medizin wachen können. Das ist die Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies wird durch den vorliegenden Gesetzentwurf gerade nicht gewährleistet, sondern die vorhandenen Ansätze in diese Richtung werden durch die Vorstellungen der Regierungsfractionen abgeschafft.

Der CGB spricht sich sehr wohl dafür aus, dass dem Patienten mitgeteilt wird, was bei einem Arztbesuch an medizinischer Behandlung vorgenommen worden ist. Dafür sollt am Ende eins jeden Arztbesuches eine Quittung über erbrachte ärztliche Leistungen ausgehändigt werden. Der CGB erhofft sich mit einer solchen Maßnahme unter anderem, dass beim Patienten die Einsicht wächst, wann in Arztbesuch notwendig wird und wann nicht.

7. Sonstiges

Der CGB vermisst sowohl im Gesetzentwurf der Regierungsfractionen, als auch in den Vorschlägen der CDU/CSU-Bundestagsfraktion ausreichende Antworten, wie ein fairer Wettbewerb zwischen den verschiedenen gesetzlichen Krankenversicherungen organisiert werden kann. Die gemachten Aussagen zum Risikostrukturausgleich sind dabei nicht weitreichend genug.

Der vom Gesetzgeber hierzu verordnete Risikostrukturausgleich hat sich in der derzeitigen Form auch nicht bewährt. Er sollte auf wenige, objektive Kriterien zurückgeführt und nicht zusätzlich mit Disease Management Programmen verknüpft werden.

Um einseitige Begünstigungen bestimmter Kassenarten im Rahmen des Risikostrukturausgleichs zu vermeiden, ist dem kassenübergreifenden ein kasseninterner Finanzausgleich vorzuschalten.

Ebenso vermisst der CGB bei allen Vorschlägen eine kritische Prüfung auf eine möglichst unbürokratische Anwendung der Gesetzesnovelle. In vielen Fragen erscheint der Gesetzentwurf von SPD und Bündnis 90/Die Grünen mehr Bürokratie für die gesetzlichen Krankenversicherungen zu bedeuten. Damit werden zusätzliche Verwaltungskosten entstehen, die nur durch Beitragssatzerhöhungen finanziert werden können.