

**Stellungnahme**

**zum**

**„Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung“  
(GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)  
BT-Drucksache 15/1525**

**und zum**

**Antrag der Abgeordneten Dr. Dieter Thomaе, Detlef Parr, Dr. Heinrich L. Kolb, weiterer  
Abgeordneter und der Fraktion der FDP  
„Zukunft gestalten statt Krankheit verwalten“  
BT-Drucksache 15/1526**

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0273(29)  
vom 19.09.03  
15. Wahlperiode**

Berlin, 19. September 2003

**„Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung“  
(GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)**

## A. Allgemeine Anmerkungen

Die im vorgelegten Gesetzentwurf enthaltenen Reformmaßnahmen zielen zu einem großen Teil in die richtige Richtung und stellen erste wichtige Weichenstellungen dar hin zu einer Basissicherung mit Kernleistungen mit größeren Handlungsfreiheiten für die Akteure auf der Angebots- und Nachfrageseite sowie transparenteren Abläufen. Insgesamt gesehen reicht das „GKV-Modernisierungsgesetz“ in seiner jetzigen Form allerdings nicht aus, um die gesetzliche Krankenversicherung dauerhaft leistungsfähig und finanzierbar zu halten.

Mit Gesamteinsparungen von 9,8 Mrd. € und einem Beitragssatzniveau von 13,6 Prozent im nächsten Jahr bleiben Regierungskoalition und CDU/CSU im nächsten Jahr deutlich hinter ihren eigenen Vorgaben zurück. Die 13-Prozent-Marke wird nun erst frühestens in 2005 unterschritten werden und die notwendige Senkung des Beitragssatzes auf unter 12 Prozent wird auch langfristig nicht erreicht. Das heißt: Die Versicherten und Betriebe werden zu wenig und zu spät entlastet.

Weitergehende Reformschritte sind unverzichtbar. Hierzu gehören vor allem die vollständige, sofortige Herausnahme des Krankengeldes aus der paritätischen Finanzierung und mehr Wettbewerb im gesamten Bereich des Gesundheitswesens. Insgesamt wären Entlastungen von fast 30 Mrd. € erzielbar. So kann und muss der durchschnittliche Beitragssatz – im Zusammenhang mit den anderen Reformmaßnahmen – auf deutlich unter 12 Prozent gesenkt sowie der Arbeitgeberanteil auf höchstens 6 Prozent festgeschrieben werden.

## B. Finanzkalkulation

Ein kurzfristig spürbarer Beitrag zur Senkung der überhöhten Personalzusatzkosten und Zwangsabgaben bleibt aus. Denn das für 2004 vorgesehene Entlastungsvolumen ist nicht sehr viel größer als das für den vollen Schuldenabbau und die volle Rücklagenauffüllung bei den Kassen erforderliche Finanzvolumen. Aus dem letzten Jahr wurden ein Defizit und Rücklagenminus von jeweils rund 3 Mrd. € übernommen und für das laufende Jahr ist ein Fehlbetrag von etwa 2 Mrd. € zu erwarten.

Eine Beitragssatzsenkung soll deshalb – wie im Gesetzentwurf unterstellt – dadurch erreicht werden, dass die Krankenkassen ihre Schulden und Rücklagen lediglich schrittweise abbauen bzw. auffüllen. Entsprechend sind in 2004 hierfür nur 3,0 Mrd. € eingestellt worden, so dass für Beitragssatzsenkungen 6,9 Mrd. € zur Verfügung stehen bzw. das Beitragssatzniveau, ausgehend von 14,3 Prozent, um 0,7 Prozentpunkte zurück gehen kann. Damit wird eine Kreditfinanzierung erzwungen, die bislang zu Recht im Sozialgesetzbuch untersagt ist und zugleich die zugesagte Einhaltung des EU-Stabilitätspakts im nächsten Jahr zusätzlich erschwert.

Dabei sind die Probleme hausgemacht, denn das jetzt vereinbarte Einsparvolumen ist zu gering, und die Entlastungen für die Arbeitgeber bleiben im kommenden Jahr sogar noch hinter den bisherigen Planzahlen des Entwurfs für ein „Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz“ zurück. Es fehlt die sofortige und vollständige Herausnahme des Krankengeldes aus der paritätischen Finanzierung, die jetzt nur teilweise und erst in 2006 erfolgen soll. Der vorgesehene „Krankengeld-Sonderbeitrag“ für die Versicherten liegt mit 0,5 Prozentpunkten zudem deutlich unter dem wirklich erforderlichen Satz. In 2002 summierten sich die Krankengeldzahlungen der Kassen auf 7,6 Mrd. €. Das entspricht umgerechnet fast 0,8 Prozentpunkten. Damit werden die Betriebe auch künftig zur Krankengeldfinanzierung mit herangezogen. Das kann und muss umgehend nachgebessert werden

Demgegenüber sind – mit einem Gesamtvolumen von 2,5 Mrd. € pro Jahr ab 2004 – folgende Kürzungen des Pflichtleistungskatalogs sachgerecht: Streichung des Sterbe- und Entbindungsgeldes sowie von medizinisch nicht begründbaren Sterilisationen, Begrenzung des Anspruchs bei Sehhilfen auf Kinder und schwer sehbehinderte Versicherte sowie bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung, Ausschluss der Kostenerstattung bei Taxi- und Mietwagennutzung sowie für verschreibungsfreie Arzneimittel.

### C. Neuordnung der Finanzierung

Unzureichend ist, dass ab 2005 lediglich der Bereich des Zahnersatzes und nicht auch der Zahnbehandlung allein von den Versicherten finanziert werden soll. Beides gehört zusammen und nicht in den Aufgabenkatalog einer Basissicherung mit Kernleistungen, auf die die Krankenversicherung konzentriert werden muss. Gleiches gilt für Privatunfälle, zumal die Kosten der Arbeitsunfälle allein von den Betrieben über die Berufsgenossenschaften getragen werden. Hier sind Einsparmöglichkeiten von rund 8 und 10 Mrd. € bzw. 0,8 und 1,0 Prozentpunkten ungenutzt geblieben.

Auch die Liberalisierung des Vertragsrechts zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern und damit ein Mehr an Wettbewerb im Gesundheitswesen ist in dem vorliegenden Gesetzentwurf entfallen. Demgegenüber enthielt der Entwurf des „Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes“, vor allem mit der partiellen Ergänzung bzw. Ersetzung des einheitlichen und gemeinsamen Kollektivvertragsystems durch Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Anbietern, erste richtige Ansätze.

Die demografische Entwicklung, die einen hochexplosiven Kostensprengsatz darstellt, als auch die Finanzierungsfrage wurden in dem Gesetzentwurf unberücksichtigt gelassen. Aus Sicht der BDA muss – spätestens in der nächsten Legislaturperiode – der Einstieg in eine teilkapitalgedeckte Risikoabsicherung und eine Abkoppelung der Krankheitskostenfinanzierung vom Arbeitsverhältnis durch den Übergang auf ein „Pauschal-Prämien-Modell“ erfolgen.

Positiv ist, dass bei den so genannten Struktur- und Steuerungseffekten, die größtenteils weder quantifizierbar noch abschätzbar sind, zwar Berechnungen erfolgen, aber nur die relativ sicheren Posten in die Finanzkalkulation eingestellt werden, d. h. 1,5 Mrd. € in 2004 und mit konstanten Zuwächsen in den Folgejahren auf 3,0 Mrd. € in 2007 steigend. Das war im „Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz“ noch anders.

Abschließend darf nicht außer Acht gelassen werden, dass beim jetzigen Gesetzentwurf jährlich über 25 Prozent des Entlastungspotenzials aus Zusatzbelastungen an anderen Stellen resultieren. So sollen aus der schrittweisen Anhebung der Tabaksteuer im nächsten und übernächsten Jahr 1,0 bzw. 2,5 Mrd. € und ab 2006 sogar 4,2 Mrd. € sowie durch die Ansetzung des vollen statt des halben Beitragssatzes auf Versorgungsbezüge und Alters-einkünfte

aus selbständiger Tätigkeit von Rentnern 1,6 Mrd. € ab 2004 zusätzlich in die gesetzliche Krankenversicherung fließen.

#### D. Strukturmaßnahmen

Die Vorschläge zur Verbesserung der Strukturen und der Steuerbarkeit des Gesundheitswesens sind zwar teilweise sachgerecht, insgesamt gesehen aber nicht ausreichend und zielorientiert. Zu begrüßen sind folgende Maßnahmen:

- Die Einführung einer Patientenquittung bzw. von Kosten- und Leistungsinformationen für die Patienten auf Verlangen sowie einer elektronischen Gesundheitskarte. Bei dieser Karte muss allerdings der Datenschutz auf das unbedingt Erforderliche beschränkt werden, damit das neue Instrument auch greifen kann.
- Die Einräumung der Möglichkeit für die Versicherten, zwischen Kostenerstattung und Sachleistung zu wählen, Leistungsanbieter im EU-Ausland ohne vorherige Genehmigung der Krankenkasse in Anspruch zu nehmen (Ausnahme: Krankenhausbehandlung) sowie über die Einnahmen, Ausgaben und Kostenstruktur ihrer Kasse informiert zu werden. Insbesondere die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Leistungsanbietern im EU-Ausland fördert den Wettbewerb.
- Die Einräumung der Möglichkeit für die Krankenkassen, allen Versicherten bei Teilnahme an qualitätsgesicherten Präventionsmaßnahmen oder besonderen Versorgungsangeboten – insgesamt kostenneutrale – Bonuszahlungen zu gewähren, in Kooperation mit privaten Versicherungsunternehmen ihren Versicherten kostengünstige Zusatzversicherungen zu vermitteln, sowie freiwillig Versicherten Tarife mit Beitragsrückgewähr oder Selbstbehalten anzubieten. Letzteres muss allerdings allen Versicherten angeboten werden können.
- Die Verpflichtung für die Ärzte zur Einführung eines Qualitätsmanagements und zur Fortbildung.

Demgegenüber sind die weiteren Maßnahmen – (a) Einführung eines qualifizierten Antrags- und Mitberatungsrechts für Patienten- und Behindertenverbände sowie Selbsthilfeeinrichtungen in den Steuerungs- und Entscheidungsgremien (Bundesausschuss, „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“, Zulassungsausschüsse und Spitzenverbände

der Krankenkassen), (b) Bestellung eines Patientenbeauftragten, und (c) Errichtung eines „Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ – weder erforderlich noch sachgerecht. Im Gegenteil: Hieraus resultieren zahlreiche Gefahren zum Nachteil aller Beteiligten: Ausbau der Bürokratie entgegen der von der Bundesregierung gestarteten „Initiative zum Bürokratieabbau“ und Verzögerung der Entscheidungsprozesse, Erweiterung des solidarisch zu finanzierenden Leistungskatalogs, und Abschwächung der Innovationskraft. Das gilt insbesondere mit Blick auf das „Institut“, das diagnostische und therapeutische Verfahren bewerten, Gutachten, Stellungnahmen und Empfehlungen abgeben, sowie Nutzenbewertungen von Arzneimitteln vornehmen soll. Gegenüber dem früheren Entwurf eines „Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes“ sind die Befugnisse und Aufgaben des „Instituts“ zwar zurück genommen worden. Das ändert aber nichts an der grundsätzlichen Einschätzung.

#### E. Vertragsrecht

Ein entscheidendes zentrales Manko des Gesetzentwurfs ist, dass – im Gegensatz zum früheren „Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz“ – auf eine Flexibilisierung und Liberalisierung des Vertragsrechts zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern nahezu vollständig verzichtet wird. Hier besteht erheblicher Nachbesserungsbedarf. Das derzeitige System, das damit fort- und festgeschrieben wird, kommt einem bilateralen Monopol gleich, da alle Verträge gemeinsam und einheitlich abgeschlossen werden müssen. Vertragsfreiheit als zentrale Grundvoraussetzung für Kosten senkenden Wettbewerb muss – zumindest schrittweise – in allen Leistungsbereichen, einschließlich Krankenhaussektor, eingeführt werden.

Die geplante Ablösung der ärztlichen Gesamtvergütung ab 2007 durch arztgruppenspezifische Regelleistungsvolumina – ermittelt durch Multiplikation aus vereinbarter Menge und festem Preis – ist keine taugliche Alternative zur Vertragsfreiheit. Zumal auch Leistungen, die über das Regelleistungsvolumen hinausgehen, wenn auch stark abgestaffelt, vergütet werden sollen. Das hat einerseits eine ungeprüfte Übernahme des heutigen Vergütungsvolumens und damit eine Zementierung bestehender Fehlsteuerungen zur Folge und andererseits, dass die Gesamtausgaben weiter steigen, weil Leistungsausweitungen künftig nicht mehr zu Punktwerrückgängen, sondern sogar zu Zusatzeinnahmen für die Ärzte führen. Kosten steigernd wirkt zudem die geplante Angleichung der Vergütung in den neuen Bundesländern an das Westniveau. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass das Lohn- und Gehaltsniveau in Ostdeutschland lediglich etwa 80 Prozent des Westniveaus erreicht hat, ist das nicht nachvollziehbar.

Diese Nachteile lassen sich auch durch andere richtige Weichenstellungen nicht ausgleichen. Hierzu gehören:

- Die Ermöglichung von Wettbewerb zwischen unterschiedlichen Versorgungsformen (Integrierte Versorgung, Medizinische Versorgungszentren und Hausarztssystem).
- Die Einführung eines Qualitätswettbewerbs in der ärztlichen Versorgung um das beste Versorgungskonzept durch vertragliche Regelungen zwischen Krankenkassen oder ihren Verbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen.
- Die Teilöffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen bei hoch spezialisierten Leistungen und regionaler Unterversorgung.

Zu kritisieren sind die Pläne, (a) alle Krankenkassen zum Angebot eines flächendeckenden Hausarztmodells zu verpflichten, denn über die beste Versorgungsform kann nur der Markt bzw. der Wettbewerb entscheiden, (b) von 2004 bis 2009 pro Jahr ansteigend 100 bis 700 Mio. € zur Lösung der Arbeitszeitproblematik in den Krankenhäusern bereit zu stellen, ohne auch nur ein Wort über die Kostenträgerschaft bzw. Finanzierung zu verlieren, sowie (c) finanzielle Anreize zur Steuerung des Ordnungsverhaltens bereits für die Einhaltung der zwischen Kassen und Ärzten vereinbarten Richtgrößen zu gewähren, und nicht erst bei Unterschreitung der Vorgaben.

## F. Marktliberalisierung

Positiv zu bewerten sind vor allem folgende im Gesetzentwurf enthaltene Maßnahmen:

- Übertragung nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel in die Eigenverantwortung der Versicherten (Ausnahme: Kinder bis zum 12. Lebensjahr).
- Ausschluss von überwiegend der Verbesserung der privaten Lebensführung dienenden Arzneimitteln („life-style-drugs“) aus der Erstattungspflicht der Krankenkassen.
- Verzicht auf eine Positivliste bei Arzneimitteln.
- Grundsätzliche Preisfreigabe für freiverkäufliche Arzneimittel bzw. OTC-Produkte.

- Vereinfachung der „Aut-Idem-Regelung“ für den Apotheker.

Im Gegensatz dazu stehen die Vorhaben (a) einer Nutzenbewertung von Arzneimitteln durch das „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“, auch wenn es entgegen der bisherigen Planungen keine Kosten-Nutzen-Bewertung mehr geben soll, (b) einer Ausweitung der Festbetragsregelung auf patentgeschützte Arzneimittel ohne oder mit nur geringem zusätzlichen Nutzen, wobei übergangsweise in 2004 der Herstellerrabatt von 6 auf 16 Prozent angehoben werden soll, sowie (c) einer Ausweitung des Festbetragskonzepts bei Hilfsmitteln durch bundeseinheitliche Regelungen. Das bedeutet einerseits mehr Bürokratie und Dirigismus bzw. weniger Markt und Wettbewerb, sowie andererseits – im Hinblick auf die überaus kräftige Heraufsetzung des Herstellerrabatts – eine einseitige und unverhältnismäßige Belastung der pharmazeutischen Industrie.

#### G. Organisatorische Maßnahmen

Einzelne im Gesetzentwurf enthaltene organisationsrechtliche Maßnahmen sind durchaus zur Verwaltungsvereinfachung, zum Bürokratieabbau, zur Transparenzverbesserung und zur Modernisierung geeignet. Hierzu gehören:

- Die Straffung und Entbürokratisierung der gemeinsamen Selbstverwaltung durch Bildung eines zentralen „Gemeinsamen Bundesausschusses“, wobei aber im Interesse der Beschlussfähigkeit bzw. zur Verhinderung von Blockadetaktiken auch auf das bisher geltende Einstimmigkeitsprinzip verzichtet werden muss.
- Abschaffung der „Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen“, die – nicht zuletzt durch einen immer größer gewordenen Mitgliederkreis – handlungsunfähig geworden ist, und seit Jahren nicht mehr einberufen wurde.
- Einrichtung von Prüf- und Ermittlungseinheiten bei den Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen zur Bekämpfung von Falschabrechnungen und Korruption.
- Verpflichtung der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen zur Information der Mitglieder über die Mittelverwendung, Verwaltungskosten und Vorstandsvergütungen.



- Bindung der Verwaltungskosten bis 2007 an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten („Grundlöhne“) bzw. Einfrierung der Verwaltungskosten, wenn diese um mehr als 10 Prozent über dem Gesamtdurchschnitt liegen.
- Modernisierung des Informationsmanagements bei den Spitzenverbänden der Krankenkassen und Spitzenorganisationen der Leistungsanbieter.
- Straffung der Organisationsstrukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Demgegenüber stoßen die organisationsrechtlichen Vorhaben im Bereich der Krankenkassen, die ausschließlich die Betriebs- und Innungskrankenkassen negativ belasten, auf große Bedenken. Die vorgesehenen Regelungen, dass (a) bereits geöffnete BKK und IKK dauerhaft geöffnet bleiben müssen, dass (b) bei geöffneten BKK die Personalkosten voll in den Beitragssatz einzurechnen sind, und dass (c) bis zum 1. Januar 2007 BKK und IKK, denen ein direkter Betriebs- oder Innungsbezug fehlt, nicht mehr errichtet werden dürfen, sind einseitig und dienen ausnahmslos dem Schutz der so genannten großen „Versorgerkassen“ (AOK und Angestellten-Ersatzkassen). Statt den Wettbewerb weiter zu lähmen, müssen vielmehr die nicht mehr konkurrenzfähigen Kassen und Kassenarten wieder wettbewerbsfähig gemacht werden. Hier ist eine Organisationsreform aus einem Guss erforderlich, zumal Fragen zur Reform des Risikostrukturausgleichs, der aus Sicht der BDA quantitativ auf höchstens 10 Prozent der gesamten Kassenausgaben begrenzt werden muss, und zu weiterführenden organisationsrechtlichen Veränderungen im 1. Halbjahr 2004 von einer „Bund-Länder-Arbeitsgruppe“ aufbereitet werden sollen.

#### H. Sonstige Reformmaßnahmen

Das Vorhaben, die Präventions- und Fördermaßnahmen für die Selbsthilfe stärker zwischen den Krankenkassen und den anderen Beteiligten zu koordinieren, ist sachgerecht. Dabei muss aber sicher gestellt werden, dass in den dafür geplanten „Gemeinschaftsfonds“, der auf Bundes- und Landesebene gebildet werden soll, nicht nur Mittel der Krankenkassen bzw. Beitragszahler – Versicherte und Betriebe – eingehen, sondern dass sich alle Partner daran angemessen beteiligen.

Die geplante Übernahme der Krankenbehandlungskosten für Sozialhilfeempfänger durch die Krankenkassen – bei gleichzeitiger Erstattung der Aufwendungen zuzüglich einer Verwaltungskostenpauschale von 5 Prozent durch die Sozialhilfeträger – bedeutet eine leistungs-

rechtliche Gleichbehandlung und ist damit zu begrüßen. Gleiches gilt für das Vorhaben, auch von Sozialhilfeempfängern eine, wenn auch bedeutend geringere, Selbstbeteiligung zu verlangen.

Die Reformmaßnahmen bzw. der Be- und Entlastungen müssen auf Beihilfeberechtigte – Beamte, Abgeordnete und Minister übertragen werden.

Antrag der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detlef Parr, Dr. Heinrich L. Kolb,  
weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP  
„Zukunft gestalten statt Krankheit verwalten“

Zur langfristigen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung sind grundlegende strukturelle Veränderungen - wie in dem Antrag gefordert, unumgänglich. Unverzichtbar sind dazu die vorgeschlagene Stärkung kapitalgedeckter Versicherungsformen, eine Konzentration des Pflichtleistungskatalogs auf einen Kernbereich, mehr Entscheidungs- und Wahlrechte für die Versicherten, mehr Effizienz und die Stärkung des Wettbewerbs. Dazu müssen – wie im Antrag gefordert – auch der Zahnersatz und das Krankengeld vollständig aus dem Leistungskatalog genommen werden.

Die zu Erreichung dieser Ziele enthaltenen Einzelmaßnahmen sind insgesamt gesehen sachgerecht:

- Richtig und notwendig ist die Forderung, den Arbeitgeberanteils festzuschreiben. Dies kann und muss jedoch auf einem Niveau von maximal 6 Prozent – und nicht wie vorgeschlagen bei maximal 6,5 Prozent erfolgen.
- Eine Absenkung des Einkommenssteuersatzes auf 15, 25 und 35 Prozent – wie in dem Antrag vorgeschlagen – ist grundsätzlich ein sinnvolles Instrument, um die private Vorsorge zu ermöglichen und zu fördern.
- Die in dem Antrag enthaltene Kritik an der „Bürgerversicherung“ ist sachgerecht. Deren zentrale Fehler sind, dass die Krankheitskostenfinanzierung im Kern weiter an das Arbeitsverhältnis geknüpft sind und das Umlageverfahren der Krankenversiche-

rung auf weitere Personengruppen ausgedehnt wird. Diese Nachteile vermeidet das „Kopfpauschalenmodell“.

- Zutreffend ist die in dem Antrag geäußerte Kritik, dass durch einzelne im Gesetzentwurf enthaltene Maßnahmen die Gefahr weiteren bürokratischen Mehraufwands droht (vgl. zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung unter D. Strukturmaßnahmen).
- Sachgerecht ist auch die Kritik an der Änderung des Vergütungssystems und eine Angleichung der Vergütung im Osten an das Westniveau (vgl. zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung unter E. Vertragsfreiheit).

Eine Verstärkung der Wirtschaftlichkeitskontrollen sowie eine Verpflichtung der Ärzte zur Fortbildung sind jedoch kein Ausdruck des Misstrauens gegenüber der Ärzteschaft – wie im Antrag formuliert, sondern sachgerechte Maßnahmen für mehr Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.

Insgesamt gesehen ist das Fazit zutreffend, dass die positiven Maßnahmen, die im Gesetzentwurf enthalten sind, nicht ausreichen, um die Zukunftsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern.