

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0273(14)
vom 17.09.03

15. Wahlperiode**

Stellungnahme

zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

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

- Drucksache 15/1525 -

zu:

I. Ziele und Handlungsbedarf

1. Grundlegende Reform der gesetzlichen Krankenversicherung

Grundprinzipien der GKV

Diese Beschreibung schildert im wesentlichen den Soll-Zustand (auch wenn strukturelle Mängel eingeräumt werden), aber nicht die davon weit entfernte Realität. So haben Versicherte zwar den erwähnten Anspruch, eine entsprechende Behandlung wird ihnen in den letzten Jahren aber immer öfter verweigert. Auch ist der Begriff des „Notwendigen“ immer weiter eingeschränkt worden. Insgesamt wird somit ein übertriebenes Bild von der Leistungsfähigkeit der GKV gegeben.

Strikte Ablehnung von Rationierung

Die Versorgungsrealität ist anders als beschrieben. Auch in dieser Darstellung wird über die Realität einfach hinweg gesehen: schon längst erfahren Patienten in der täglichen medizinischen Versorgung Rationierung; die Ablehnung medizinischer Leistungen wie die Bevorzugung von Privatpatienten durch Ärzte und die Verweigerung der Erstattung verordneter Leistungen durch Kassen (z.B. in der Pflege) erleben Patienten seit Jahren. Nicht einmal andeutungsweise ist die Rede davon, dass es im Einzelfall zu erheblichen Belastungen der Patienten kommen kann – auch dadurch, dass ganze Leistungsbereiche wie die nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, von der Erstattung gestrichen werden sollen. Eine Information, die in solcher Weise die Versorgungswirklichkeit und die geplante Gesundheitsreform schön färbt ist unredlich. Die Bürger hätten eine ehrlichere Aufklärung erwartet.

Reformziele

Man hat den Eindruck, hier wird ein völlig anderes Reformwerk beschrieben, das mit dem GMG der Reformkoalition überhaupt nichts gemein hat. Die angekündigten Verbesserungen werden, wie noch auszuführen sein wird, mitnichten zu erreichen sein, insbesondere das Versprechen des Bürokratieabbaus entbehrt jeder Grundlage.

2. Belastungsgerechtigkeit durch Einbeziehung aller Beteiligter

Ausgewogene Lastenverteilung

Die Lastenverteilung ist alles andere als ausgewogen, sondern völlig einseitig bei den Versicherten lokalisiert; insbesondere Kranke, die auf medizinische Leistungen angewiesen sind, haben die finanziellen Auswirkungen zu tragen.

Beitragssatzsenkung / Lohnnebenkosten / Beschäftigung

Die aus der Agenda 2010 abgeleiteten finanziellen Maßnahmen der geplanten Gesundheitsreform stehen auf tönernen Füßen. Sie dürften in Wirtschaft und Handel kaum zur Schaffung neuer Arbeitsplätze führen, weil durch die stark gestiegenen Eigenbeteiligungen die Kaufkraft der Versicherten wie der Rentner beträchtlich geschwächt wird. Außerdem wird eine Beitragssatzsenkung, die so wirksam ist, dass die Lohnnebenkosten deutlich gesenkt werden, mit dieser Reform nicht zu erreichen sein. Zusätzliche Arbeitsplätze dürften allenfalls bei den Kassen entstehen, wo die Verwaltung und Kontrolle der vielfältigen neuen Vorschriften einen erheblichen Aufwand erfordern wird.

Zahnersatz und Krankengeld

Der Begriff „Eigenverantwortung“ wird missbraucht. Ehrlicher wäre es gewesen zu sagen, dass Versicherte für bestimmte Leistungen künftig selbst aufkommen müssen. Die Privatisierung des Zahnersatzes ist reines Abkassieren und kennzeichnet den Ausstieg aus der solidarischen Krankenversicherung. Das gleiche gilt für die „Umfinanzierung“ des Krankengelds.

Gegenfinanzierung versicherungsfremder Leistungen

Das Gezerre um die Tabaksteuer wirkt unprofessionell und zeigt die Hilflosigkeit der Verantwortlichen angesichts der Herausforderungen der GKV-Finanzierung. Es ist zudem eine groteske Gesundheitspolitik, wenn sie zum einen Prävention fordert, zum anderen aber versucht wird, die Raucher durch Streckung der Steuererhöhung auf drei Jahre möglichst bei der Stange zu halten.

Rentnerbeiträge

Dass Rentner künftig von ihren sonstigen Versorgungsbezügen volle Kassenbeiträge zahlen sollen, stellt sich als ein räuberischer Zugriff auf lebenslang angesparte Beträge zur Altersvorsorge dar. Durch derart willkürliche Maßnahmen nimmt man den Bürgern Planungssicherheit und erschüttert ihr Vertrauen in die Sozialsysteme.

Angemessene Beteiligung an den Krankheitskosten

Neben erhöhten Zuzahlungen fallen weitere Kosten an durch Privatisierung (Zahnersatz), gänzliche Eigenfinanzierung (Krankengeld) und Streichung von Leistungen (z.B. nicht verschreibungspflichtige Medikamente), die zu 100 % von Patienten aufzubringen sind. Einkommensschwache Bürger werden dadurch im Einzelfall stark belastet.

Überforderungsregelungen

Leider berücksichtigen diese Regelungen nicht solche Leistungen, für die Patienten künftig allein aufkommen müssen. Diese Regelungen werden im Übrigen ein deutliches Mehr an Verwaltungsaufwand mit sich bringen, vor allem bei den Krankenkassen, aber auch bei Ärzten, Krankenhäusern, Pflegediensten und anderen Einrichtungen der Versorgung in der GKV. Deshalb kann überhaupt keine Rede davon sein, dass mit dem Gesetzentwurf – wie behauptet – die Bürokratie abgebaut wird. Vielmehr wird ein Teil der kassierten Eigenbeteiligungen verwendet werden müssen, um den administrativen Mehraufwand zu leisten. Alles dürfte mit einer wachsenden Genehmigungsbürokratie bei Freistellungsbescheiden und Ausnahmeregelungen einhergehen.

Bonusregelung

Anreize für präventives Verhalten sind zu begrüßen. Von besonderen Versorgungsformen, für die Bonusregelungen gewährt werden, ist zu erwarten, dass sie erwiesene Vorteile in der Therapie bieten. Bloße Annahmen reichen dazu nicht aus.

Belastungsgerechtigkeit

Angesichts der drückenden Belastung der Versicherten bemüht man sich mit den vorangegangenen Passagen offensichtlich, die Ausgewogenheit der finanziellen Auswirkungen besonders heraus zu stellen. Es hilft den von erhöhten Zuzahlungen und Streichungen massiv gebeutelten Bürgern jedoch wenig, wenn ihnen gesagt wird, dass auch die Leistungserbringer Einnahmevermindierungen hinnehmen müssten und für die Kassen in diesem Jahr eine Nullrunde gelte.

Konzentration auf das medizinisch Notwendige

In den zurückliegenden Jahren wurden die Versicherten von der Bundesregierung stets in dem Glauben gehalten, es werde nur das medizinisch Notwendige von der GKV geleistet. Was soll also die neuerliche Konzentration auf das medizinisch Notwendige? Offenbar wird „Notwendigkeit“ nach Belieben definiert und immer dann enger gefasst, wenn finanzielle Zwänge dies nahe legen wie beim vorliegenden Gesetzesvorhaben. Mit einer redlichen Informationspolitik hat das wenig zu tun.

Es ist unsinnig und zynisch, wenn man glaubt, Patienten durch höhere Zuzahlungen von der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen abhalten zu müssen. Die DGVP befürchtet, dass durch diese Maßnahmen auch solche Patienten von der Behandlung abgehalten werden, die sie dringend benötigen. Von der Behandlung verschleppter oder chronifizierter Erkrankungen sind höhere Folgekosten – also genau das Gegenteil vom angestrebten Ziel – zu erwarten.

Finanzielle Entlastung der Arbeitgeber / Beschäftigungsförderung

Diese Rechnung kann nicht aufgehen, weil im Umfang der Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen den Versicherten und den Rentnern Geld in Höhe von mehreren Milliarden Euro aus der Tasche gezogen wird, das die Kaufkraft schmälert. Im Übrigen wird auch das geplante Vorziehen der Steuersenkung auf 2004 dadurch konterkariert.

3. Langfristige Gestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung

Neuordnung der Finanzierung in der GKV

Sieht man die Unwägbarkeiten der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, die nur zu einem kleinen Teil von der gesetzlichen Krankenversicherung beeinflusst wird und das Hickhack allein um die Tabaksteuer, erkennt man, dass die mittelfristige Stabilisierung der GKV-

Finanzen nicht so sicher sein kann wie es hier behauptet wird. Wenn sie es wäre, gäbe es nicht schon jetzt eine von Mitgliedern aus dem Regierungslager angezettelte Debatte um die Bürgerversicherung, die zu einer erheblichen Konfusion der Bürger beiträgt. Es ist zu erwarten, dass die Finanzreform früher als von der Politik bisher dargestellt notwendig werden wird. Es ist bedauerlich, dass mit den vorliegenden Eckpunkten zur Gesundheitsreform nicht bereits eine Weichenstellung in Richtung auf eine zukunftsfähige Finanzierungsgrundlage vorgenommen wurde.

4. Stärkung der Prävention

Präventionsgesetz

Eine wichtige Voraussetzung ist der Aufbau einer soliden Gesundheitsberichterstattung, die wir bisher nicht haben. Auf dieser Basis muss die Formulierung von Gesundheitszielen zügig vorangetrieben werden, damit Gesundheitsförderung und Prävention sinnvoll in das Gesamtsystem des Gesundheitswesens eingebettet werden kann. Ein Präventionsgesetz allein ohne die Umsetzung mittel- und längerfristiger Strategien, Maßnahmenpläne und ohne entsprechende Ressourcenzuteilung dürfte an der Ausgangslage wenig verändern.

II. Inhalte und Maßnahmen des Gesetzes

1. Maßnahmen zur Stärkung der Patientensouveränität

Patientenbeauftragter

Noch sind die Kompetenzen und Gestaltungsmöglichkeiten des Patientenbeauftragten unklar und genauso wenig ist erkennbar, wie dies von wem festgelegt werden soll. Die DGVP befürchtet, dass es sich um eine Funktion handelt, mit der die Bundesregierung Patientenorientierung etikettenhaft herausstellen will, ohne sie wirklich ernsthaft umsetzen zu wollen. Zumindest ist das ganze Eckpunktepapier eher von Gängelung und traditioneller Bevormundung der Versicherten bestimmt als von Patientensouveränität.

Einbeziehung der Versicherten in die Entscheidungsprozesse

Es war kein gutes Signal für die Einbeziehung der Versicherten in die politischen Entscheidungsprozesse gewesen, dass die Parteiübergreifende Reformkoalition in ihrer ursprünglichen Terminplanung Anhörungen im Bundestag gar nicht mehr vorgesehen hatte. Es ist daher außerordentlich zu begrüßen, dass offenbar auf Initiative der FDP es nun am 22.9.2003 einen Anhörungstermin gibt.

Transparenz über Angebote, Leistungen, Kosten und Qualität

Die Einführung einer solchen Kosten- und Leistungsinformation wird begrüßt; sie entspricht einer Forderung, die von der DGVP bereits seit 1997 erhoben wird. Dass diese Information aber nur „auf Verlangen“ erhältlich sein soll, schwächt die gut gemeinte Absicht. Es ist zu befürchten, dass viele Patienten ihren Informationswunsch nicht äußern werden, weil sie Nachteile bei der Behandlung befürchten; denn ein großer Teil der Ärzte hält die Ausstellung eines entsprechenden Belegs für unsinnig. Im Übrigen gibt es schon heute den gesetzlichen Anspruch der Versicherten auf entsprechende Information von Kassen und KVen. Handelt es sich bei der geplanten Neuregelung also sogar um einen Rückschritt?

Wir erwarten Schwierigkeiten bei der Einforderung dieses umfassenden Informationsanspruches. Schon in der Vergangenheit haben sich nämlich Krankenkassen

nicht sonderlich kooperativ gezeigt, wenn Versicherte ihr gesetzliches Informationsrecht zur Höhe der eigenen Krankheitskosten einlösen wollten.

Intelligente Gesundheitskarte

Die DGVP begrüßt die Einführung einer solchen Gesundheitskarte. Die Zeit bis dahin muss zur Austestung verschiedener Möglichkeiten benutzt werden. Die DGVP ist in einen solchen regionalen Test involviert.

Kostenerstattung

Durch den Wechsel von der Sachleistung auf das Prinzip der Kostenerstattung wird zweifellos die Transparenz für den Patienten erhöht. Von den Krankenkassen ist zu erwarten, dass die Beratung sorgfältig erfolgt und sie negative Erfahrungen berücksichtigt, die 1997 mit der Kostenerstattung bei Zahnärzten gesammelt wurden. Hier kam es vielfach zu überhöhten Abrechnungen, bei denen die Patienten erhebliche Kosten selbst zu tragen hatten.

Behandlung innerhalb der EU

Dabei ist zu beachten, dass in den EU-Ländern unterschiedliche Abrechnungsbedingungen gelten. Vielfach wird die Bezahlung der Arztrechnungen sofort verlangt. Auch gelten andere Bestimmungen für Eigenbeteiligungen und andere Tarife als in Deutschland. So hatte der Gelbe Dienst kürzlich einen krassen Fall von Abzocke eines GKV-Versicherten in Portugal beschrieben. Eine vorherige Information über die Behandlungskosten ist deshalb unerlässlich. Unter Umständen empfiehlt sich auch unmittelbar vor der Behandlung eine letzte Abstimmung mit der eigenen Krankenkasse.

Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer

Grundsätzlich positiv. Zu befürchten ist aber, dass es wegen der zu treffenden Berücksichtigungen kaum zu schnellen und unbürokratischen Entscheidungen durch die Kasse kommen wird.

Beitragsrückgewähr, Selbstbehalte

Offensichtlich geht es darum, freiwillig Versicherte vom Wechsel in die private Krankenversicherung abzuhalten. Es sei mit Blick auf die Berechenbarkeit der Politik daran erinnert, dass das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung unter Leitung von Ulla Schmidt noch Anfang 2002 zu verhindern suchte, dass die Techniker Krankenkasse als erste Kasse ein Selbstbehaltsmodell einführt.

Angebote zum Abschluss von privaten Zusatzversicherungen

Solche Angebote sind zu begrüßen.

Bonusregelungen

Sie stellen zur positiven Beeinflussung von Gesundheitsverhalten richtige Anreize dar; sie sollten jedoch nicht missbraucht werden, um Patienten zu Versorgungsmodellen zu lenken, die in ihrer Wirksamkeit (noch) nicht belegt sind.

Mitberatung durch Patienten und Behindertenverbände

Das Recht zur „Mitberatung“ ist ein erster richtiger Schritt. Die DGVP fordert darüber hinaus aber eine gleichberechtigte Beteiligung an den Entscheidungsprozessen. Mit der Rechtsverordnung ist offenbar eine bürokratische Kontrolle von Patientenorganisationen geplant, die nur solche Organisationen zur Mitwirkung zulässt, die den Beteiligten genehm

sind. Durch derartigen Dirigismus soll offenbar gewährleistet werden, dass nur das System unterstützende Organisationen zur Mitwirkung zugelassen werden.

2. Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Es ist zu befürchten, dass mit diesem Institut auf Kosten der Versicherten ein erheblicher zusätzlicher Verwaltungsaufwand betrieben wird, nennenswerte Qualitätsverbesserungen sich aber nicht einstellen werden. Die geplante Institutserrichtung liegt damit auf der Linie des Gesamtkonzepts dieser Gesundheitsreform, Verwaltung immer weiter aufzublähen, ohne die Effektivität der medizinischen Versorgung wirklich zu steigern.

Fortbildung der Ärzte

Dass mangelnde Fortbildung lediglich Vergütungsabschläge zur Folge haben soll, ist nicht nachvollziehbar, da immerhin die Gesundheit von Patienten auf dem Spiel steht. Die Regelung ist auch unakzeptabel angesichts der immer kürzer werdenden Halbwertszeit des naturwissenschaftlich-medizinischen Wissens. Hier ist der Gesetzentwurf auch nicht schlüssig, denn an anderer Stelle wird auf die große Bedeutung des medizinischen Fortschritts deutlich hingewiesen. Die DGVP fordert daher verbindliche Regelungen mit einer Rezertifizierung der Ärzte alle fünf Jahre.

Internes Praxis-Qualitätsmanagement

Dieser Regelung ist nicht zu entnehmen, an wen die Berichte zu adressieren sind, wer sie bearbeitet und wie die Versicherten an sie gelangen. Auch diese Maßnahme erweckt den Eindruck, als würde sie vor allem einen weiteren Beitrag zur Steigerung der Bürokratie leisten.

3. Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Überwindung sektoraler Grenzen

Alles, was zur Überwindung der Zerstückelung des Gesundheitswesens beiträgt, ist zu begrüßen. Warum kann die Aufhebung bestehender Sektorgrenzen nicht direkt angegangen werden? Gerade in den parteiübergreifenden Konsensgesprächen hätte sich dieses Thema doch angeboten. Mehr Wettbewerb ist grundsätzlich wichtig. Wie damit allerdings Innovation beschleunigt werden soll angesichts der vorherrschenden Regulierung des Leistungsgeschehens, bleibt bisher unklar.

Angebot hausärztlich zentrierter Versorgungsformen

Bisher ist unbewiesen, dass hausärztlich zentrierte Versorgungsformen zu einer Verbesserung gegenüber der bisherigen Versorgung führen. Richtig wäre, den Weg über entsprechende Modellversuche zu gehen.

Direktverträge von Kassen mit einzelnen Ärzten

Solche Verträge komplizieren die medizinische Versorgung und machen das System für 72 Mio. Versicherte in ca. 350 Krankenkassen intransparent.

Integrierte Versorgung

Nach unserer Einschätzung gibt es vier Jahre nach der Gesundheitsreform 2000, mit der die Vorschrift zur integrierten Versorgung erlassen wurde, noch immer keine leistungsfähigen Modelle dazu. Deshalb ist die Ankündigung der „Weiterentwicklung“ übertrieben.

Arbeitszeitproblematik in Krankenhäusern

Die Formulierungen hierzu sind vage. Es fehlt die Information in welchem Umfang und Zeitraum Verbesserungen erfolgen sollen. Das Arbeitszeitproblem kann nach dem jetzt ergangenen zweiten viele EUGH-Urteil nicht weiter dilatiert werden. Solange es keine konkreten Lösungen gibt, bleiben Patienten durch das Risiko, von überlasteten Ärzten falsch behandelt zu werden, bedroht.

5. Neuordnung der Versorgung mit Arznei- und Hilfsmittel

Herstellerabschlag

Diese Regelung ist bezeichnend für den Dirigismus, der den GMG-Entwurf an verschiedenen Stellen prägt.

Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses

Wahrscheinlich werden diese Empfehlungen doch wohl den Wirtschaftlichkeitsprüfungen zugrunde gelegt. Zu befürchten ist, dass dann einem Arzt, der auf den individuellen Behandlungsbedarf eines Patienten eingehen will, wenig Spielraum bleibt, diesen Empfehlungen nicht zu folgen ohne sanktioniert zu werden.

Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel

Diese Regelung ist prinzipiell falsch. Es ist absolut unverständlich, dass ausgerechnet wirksame Arzneimittel wegen ihres geringen Nebenwirkungsrisikos ausgegrenzt werden sollen. Die Folge wird sein, dass vielfach teurere Medikamente mit einem deutlich höheren Nebenwirkungsrisiko verordnet werden. Das widerspricht dem Patientenrecht auf eine notwendige und möglichst risikoarme medizinische Versorgung. Diese Ausgliederung wird für viele Patienten mit erheblichen wirtschaftlichen Belastungen einhergehen, zumal diese zusätzlichen Kosten für die Belastungsgrenzen von 2 bzw. 1 % nicht relevant sind.

Insbesondere ist auf Probleme von pflegebedürftigen Menschen hinzuweisen, die auf künstliche Ernährung angewiesen sind. Von ihnen würde erwartet, dass sie diese dann ebenfalls ausgegrenzten Produkte mit Tagesbehandlungskosten von bis zu 170 Euro selbst bezahlen müssten. Die Konsequenzen einer solchen Regelung wären unvorstellbar. Hier sehen wir dringenden Änderungsbedarf.

Arzneimittel zur Verbesserung der privaten Lebensführung

Die Trennlinie zwischen Lifestyle-Produkten und medizinisch notwendigen Arzneimitteln ist unscharf und wird je nach Betrachtungsweise beliebig verschoben. Von daher ist zu fordern, dass in medizinisch begründeten Fällen die Erstattung solcher Mittel möglich ist.

Umgestaltung der Arzneimittelpreisverordnung

An die Stelle einer einheitlichen Arzneimittelpreisverordnung für die Abgabe in Apotheken sollen nunmehr drei verschiedene Regelungen treten. Darüber hinaus sind abweichende Regelungen möglich, wenn Apotheken an besonderen Versorgungsformen beteiligt werden. Damit liegt ein weiteres Beispiel dafür vor, wie das Gesundheitswesen mit der geplanten Reform nicht vereinfacht, sondern im Gegenteil immer weiter kompliziert wird.

Aut idem-Regelung

Die angekündigte Vereinfachung ist zu begrüßen. Noch besser wäre allerdings die gänzliche Abschaffung der 2001 eingeführten gesetzlichen Vorschrift. Durch sie wurde bei Patienten, Ärzten und Apothekern große Unsicherheit geschaffen und ein erheblicher Verwaltungsaufwand bewirkt, ohne dass die ursprünglichen Einsparziele erreicht wurden.

Versandhandel

Die DGVP hält den Versandhandel grundsätzlich nicht für geeignet, zur Problemlösung der GKV-Finanzierung einen nennenswerten Beitrag zu leisten. Die Absichtserklärungen zum Verbraucherschutz und zur Arzneimittelsicherheit müssen konkretisiert werden; wir vermissen darüber hinaus ein Eingehen auf zu erwartende Defizite bei der Arzneimittelinformation, wenn Apotheker in die Arzneimittelabgabe nicht mehr einbezogen sind.

Aufhebung des Mehrbesitzverbotes / Filialapotheken

Es ist unklar, was mit der Aufhebung des Mehrbesitzverbotes „in Grenzen“ erreicht werden soll. Auch ist nicht zu erkennen, welche Verbesserungen in der Versorgung mit Arzneimitteln dadurch erreicht werden können, dass ein Apotheker bis zu drei Filialen (warum nicht vier oder fünf?) betreiben darf. Der Sinn dieser Regelung ist schwer nachvollziehbar.

Hilfsmittelversorgung

Leider ist hier nur die Wirtschaftlichkeit angesprochen. Viele Hilfsmittel gehören dem Bereich „high tech“ an und nicht selten treten bei ihnen Qualitätsprobleme auf. Hilfsmittel dürfen von daher nicht vor allem unter Kostengesichtspunkten bereitgestellt werden, sondern es sind individuelle medizinische Erfordernisse der Patienten unbedingt zu berücksichtigen.

6. Reform der Organisationsstrukturen

Organisationsrecht der Krankenkassen

Ein immer wieder beklagtes Defizit liegt bei der mangelhaften Interessenvertretung der Patienten in der Selbstverwaltung der Krankenkassen. In den Primärkassen nehmen bekanntlich vor allem Gewerkschaften die Interessen (der Arbeitnehmer) wahr. Die alle sechs Jahre stattfindenden Sozialwahlen machen mit der „Friedenswahl“ die Wahlvorgänge zur Farce: in über 90% der Fälle wird nicht gewählt, sondern passende Listen werden bestätigt; die Hürden für Patientenorganisationen, in die Selbstverwaltung gewählt zu werden, sind extrem hoch. Es ist bedauerlich, dass mit dem GMG-Entwurf nicht die Chance genutzt wurde, entsprechende gesetzliche Änderungen einzuleiten. Dadurch hätte zur Stärkung der Patientensouveränität und zur Beteiligung auf kollektiver Ebene ein maßgeblicher Beitrag geleistet werden können.

Prüf- und Ermittlungseinheiten

Von solchen Einrichtungen ist keine große Effektivität zu erwarten, weil die, die geprüft werden sollen, sich letztlich selbst prüfen. Ein solches Verfahren ist nicht vergleichbar mit einer neutralen, unabhängigen Prüfinstanz.

7. Neuordnung der Versorgung mit Zahnersatz

DGVP-Kommentar: Die Privatisierung des Zahnersatzes ist ein Zeichen der Hilflosigkeit der für dieses Reformwerk Verantwortlichen und steht für reines Abkassieren bei den Versicherten. Warum eine Rückkehrmöglichkeit von der PKV-Police zur GKV nicht möglich sein soll, ist unklar.

8. Neuordnung der Finanzierung

Versicherungsfremde Leistungen aus Steuermitteln

Die Erreichung dieses Zieles ist fraglich, wie man unschwer am Verlauf der Diskussion über die Erhöhung der Tabaksteuer sehen kann. Entsprechend sind weitere Finanzierungsprobleme jetzt schon zu erwarten.

Zahnersatz

Diese Maßnahme, die ausschließlich der Geldbeschaffung aus den Taschen der Versicherten dient, wurde bereits weiter oben kommentiert.

Krankengeld-Umfinanzierung

Hierbei handelt sich ebenfalls um eine willkürliche Streichung von GKV-Leistungen.

Übertragung von Leistungen in die Eigenverantwortung

Redlicher wäre es gewesen, von Streichung zu sprechen, statt dafür den Begriff „Eigenverantwortung“ zu missbrauchen.

Sehhilfen

Die für die Ausgrenzung von Sehhilfen im vorausgegangenen Referentenentwurf verwendete Begründung, dass Versicherte im Durchschnitt bereit seien, rd. 150 € für medizinisch nicht notwendige Leistungen (z. B. Entspiegelung und/oder Tönung der Gläser) auszugeben, verhöhnt alle diejenigen Versicherten, die sich das längst nicht mehr leisten können.

Künstliche Befruchtung

Diese Maßnahme bevorzugt angesichts der hohen Kosten (z. B. bei ICSI ca. 4.000 Euro) solche Paare, die sich Zuzahlungen in dieser Höhe wirtschaftlich leisten können.

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel

Auf die gravierenden Konsequenzen dieses Vorhabens sind wir in unserem Kommentar unter Punkt 5 ausführlich eingegangen.

Fahrkosten

Grundsätzlich positiv, wir befürchten aber, dass auf solche Patienten nicht Rücksicht genommen wird, die tatsächlich auf Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung angewiesen sind. Schließlich ist von einer aufwändigen Genehmigungsbürokratie durch die Kassen auszugehen, welche die Situation betroffener Menschen zusätzlich erschwert. Die zuverlässigste Einschätzung des bestehenden Bedarfs ist u. E. durch den behandelnden Arzt gegeben. Hier vermissen wir die Bereitschaft, Verantwortung entsprechend zu delegieren.

Neugestaltung und Vereinfachung der Zuzahlungsregelungen

Mit dieser Ankündigung werden die Betroffenen verhöhnt. Tatsächlich handelt es sich um eine drastische Erhöhung (z. B. Krankenhausbehandlung) bestehender Zuzahlungen und die Ausweitung von Zuzahlungen (z. B. Praxisgebühr, häusliche Krankenpflege). Auch kann von einer deutlichen Vereinfachung überhaupt keine Rede sein: es sind unterschiedliche Regelungen auf Euro-Basis, prozentualer Basis sowie kalendertägliche, monatliche und auf einzelne Leistungen bezogene Zuzahlungen vorgesehen.

Sicherstellung der sozialen Balance

Die Umsetzung dieser Regelung ist nur vorstellbar dadurch, dass Krankenkassen zunehmend die Rolle eines „zweiten Finanzamtes“ einnehmen, bei dem sämtliche Einkünfte auch z. B. die des in einer anderen Krankenkasse versicherten Haushaltsangehörigen offen gelegt werden müssen. Das ist zwar zur Erlangung einer Freistellung auch heute schon so, dürfte aber in Zukunft angesichts der breiten Palette von Zuzahlungen viel häufiger in Anspruch genommen werden. Damit wird eine neue Dimension von Kassenbürokratie begründet, was vollkommen im Gegensatz zum angekündigten Bürokratieabbau steht.

Rentnerbeiträge

Die Rentner mit Zusatzrenten werden unangemessen durch höhere Beiträge belastet. Diese Bürger haben ein Arbeitsleben lang für den Ruhestand vorgesorgt und müssen nun erleben, wie ihnen der Gesetzgeber im Krankheitsfall gewissermaßen räuberisch Teile davon wieder wegnimmt.

Zusammenfassende Stellungnahme der DGVP:

1. Die Darstellung der vorgesehenen Regelungen erfolgt in verharmlosender und teilweise irreführender Form. Mit wohl klingenden Ankündigungen (z.B. des geplanten Bürokratieabbaus) wird ein künftiges Gesundheitswesen beschrieben, das nahezu keine Wünsche an Fairness, Belastungsgerechtigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit mehr offen lässt. Die Details der Regelungen strafen diese Ankündigungen fast durchweg Lügen.
2. Einer Gesundheitsreform, die Partei übergreifend von den Regierungsfractionen, der CDU/CSU-Fraktion sowie Vertretern der Länder und dem BMGS in einen so hohen Anspruch gekleidet wird, wäre eine redlichere Information der Öffentlichkeit angemessen gewesen. Dass man sich dazu nicht durchringen konnte, zeigt die Hilflosigkeit der Politik

angesichts des gewaltigen Reformbedarfs unserer gesetzlichen Krankenversicherung.

3. Die Lasten werden in vielfältiger Weise einseitig den Versicherten zugeschoben. Dass den Hauptteil davon vor allem kranke Menschen zu tragen haben, ist vollkommen inakzeptabel. Ein schwerer Fehler dieser Reform ist es auch, dass den Menschen in Ostdeutschland gleich hohe Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen zugemutet werden wie in den westlichen Bundesländern, obwohl Einkommen und Renten 14 Jahre nach der Wiedervereinigung noch immer unter Westniveau liegen.
4. Von wenigen Ausnahmen abgesehen, sind die geplanten Maßnahmen untauglich zur Lösung der Probleme unserer GKV. Nach unserer Einschätzung wird sich die Situation in den nächsten Jahren noch dadurch verschärfen, dass die beschlossene Osterweiterung der EU jedem Bürger in Deutschland erhebliche zusätzliche finanzielle Lasten aufbürden wird.
5. Die Halbwertszeit der Gesundheitsreform 2004 wird kürzer als erwartet sein. Die Probleme unseres Gesundheitswesens werden in vielen Punkten eher noch größer, Korrekturen deshalb umso früher erforderlich werden. Vor allem muss die längst überfällige Finanzierungsreform der GKV angegangen werden.

Heppenheim, den 17. September 2003

Stellungnahme

zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detleff Parr,
Dr. Heinrich L. Kolb, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

“Zukunft gestalten statt Krankheit verwalten“

- Drucksache 15/1526 -

1. Die DGVP teilt die in dem Antrag der Liberalen getroffene Analyse unserer gesetzlichen Krankenversicherung in verschiedenen wesentlichen Punkten. Dazu gehört das Übermaß an Regulierung und Kontrolle, der Mangel an Transparenz und an Wettbewerb sowie das Fehlen von Gestaltungsspielräumen, die von allen Beteiligten in eigener Verantwortung zu nutzen sind.
2. Der Antrag vermittelt den Eindruck, dass die FDP zwar die Position der Versicherten und Patienten deutlich stärken will, im Vordergrund der Aufmerksamkeit jedoch die Interessen von Leistungserbringern stehen.
3. Ohne an dieser Stelle näher auf Einzelheiten einzugehen, entspricht die Kritik am aktuellen GMG-Entwurf der Fraktionen von SPD und Bündnis90/Die Grünen und CDU/CSU in vieler Hinsicht der von der DGVP geäußerten Kritik.
4. Obwohl es dringend erforderlich ist, zügig eine Finanzreform der GKV vorzunehmen, sind die vorgeschlagenen System ändernden Maßnahmen aus Sicht der DGVP gegenwärtig nicht überzeugend. Angesichts der negativen Erfahrungen mit der Kostenerstattung unter den Neuordnungsgesetzen (NOG) 1997 ist Voraussetzung einer an sich wünschenswerten Umstellung auf Kostenerstattung, dass die Patienten in diesem Fall nicht mit höheren Kosten konfrontiert wären als sie die Kassen übernehmen. Die Ausgrenzung von ganzen Leistungskomplexen, wie sie der FDP vorschwebt, hält die DGVP für falsch. An der mit dem GMG-Entwurf geplanten Ausgliederung nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel wird schon jetzt erkennbar, dass die vorgesehenen Einsparungen nicht zu realisieren sind und sich eventuell sogar ins Gegenteil umkehren können. Ganz zu schweigen von den enormen Belastungen, die Patienten gemäß diesem Reformelement zu schultern hätten.

5. Von den in 14 Punkten beschriebenen Forderungen unterstützt die DGVP die Nummern 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9 (Transparenz), 10, 13 und 14. Für falsch hält die DGVP die Forderung nach Reduzierung des Pflichtleistungskatalogs auf einen Kernbereich unter Ausgliederung der genannten Leistungen (Nummer 2).

Die in Nummer 3 geforderte Begrenzung des Arbeitgeberanteils auf 6,5 Prozent dürfte zum einen nicht ausreichen, um dem Arbeitsmarkt hinreichende Impulse zu geben; sie bedeutet zum andern, dass die Versicherten allein das Krankheitsrisiko zu tragen hätten. Das würde zusätzliche Maßnahmen der Absicherung erfordern.

Sinnvoll ist es, über eine grundsätzlich neue Form der gesetzlichen Krankenversicherung nachzudenken, die von der Lohnzahlung unabhängig ist. Dies beinhaltet jedoch auch eine völlig neue Organisation der Selbstverwaltungsgremien innerhalb der GKV: Arbeitgeber und Arbeitnehmervertreter wären nicht mehr die Interessenvertreter in der Selbstverwaltungen der Kassen.

Angesichts der Notwendigkeit grundsätzlicher und umfassender Reformen sind die bislang vorliegenden Vorschläge noch unzureichend und wenig überzeugend.

Sie sind nicht auf eine langfristige Stabilisierung der Gesundheitsversorgung angelegt, sondern auf kurzfristige finanzielle Entlastung - zu Lasten der Versicherten. Die DGVP kann an dieser Stelle nur dazu ermuntern, eine umfassende Diskussion grundsätzlicher Alternativen anzustoßen anstatt den bisherigen Weg der Flickschusterei weiter zu gehen.

Die in Nummer 9 angesprochene Transparenz durch Kostenerstattung ist nur ein Teilaspekt der insgesamt fehlenden Transparenz in der GKV. Durch Kostenerstattung allein dürfte sich auch Wettbewerb in nennenswertem Umfang nicht einstellen. Die gegebene Begründung für die Umstellung auf Kostenerstattung reicht nach Auffassung der DGVP nicht aus.

Die Herausnahme von Leistungskomplexen aus der Umlagefinanzierung nach Nummer 11 bedeutet eine Verschiebung von Leistungen zur Privatversicherung, für die kein zwingender Anlass besteht, es sei denn, das PKV-Segment soll gefördert werden.

Das geforderte Votum nach Nummer 12 gegen eine Einbeziehung aller Bürger in die GKV sollte besser erst dann diskutiert werden, wenn neue Finanzierungsmodelle und Alternativen entscheidungsreif entwickelt und durchgerechnet sind. Das ist gegenwärtig keineswegs der Fall. Die Diskussion ist heute in starkem Maß von Spekulationen bestimmt.

Heppenheim, den 17. September 2003