



Ressort 9
Bereich Gesundheitspolitik

**Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft**

ver.di e. V. • Potsdamer Platz 10 • 10785 Berlin

DEUTSCHER BUNDESTAG
Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung - Sekretariat -
Platz der Republik 1

11011 Berlin

Bundesverwaltung

Potsdamer Platz 10
10785 Berlin

Herbert Weisbrod-Frey

Telefon: 030 6956 0
Durchwahl: - 1810
Telefax: - 3410

herbert.weisbrod-frey@verdi.de
www.verdi.de

Datum
Ihre Zeichen
Unsere Zeichen

19. September 2003

wf

**Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes der Fraktionen
SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen zur Modernisierung
der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-
Modernisierungsgesetz – GMG) Drucksache 15/1525**

Sehr geehrte Damen und Herren,

beigefügt senden wir Ihnen die Stellungnahme der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di zum Entwurf eines Gesetzes der Fraktionen SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)

Mit freundlichen Grüßen

Herbert Weisbrod-Frey

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0274(18)
vom 19.09.03

15. Wahlperiode**



Ressort 9
Bereich Gesundheitspolitik

Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft

Bundesverwaltung

Stellungnahme der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di

- zum Entwurf eines Gesetzes
der Fraktionen SPD, CDU/CSU
und Bündnis 90/Die Grünen
zur Modernisierung der
Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)
- Drucksache 15/1525

Berlin, den 19. September 2003



Der vorliegende Gesetzentwurf verzichtet weitgehend auf die noch im Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen enthaltenen strukturellen Reformen. Statt dessen werden Zuzahlungen, Leistungsausgrenzungen und weitere Belastungen vor allem der kranken Versicherten gegenüber dem Vorentwurf noch verstärkt. Die Solidarität, die ein Kernelement der bisherigen gesetzlichen Krankenversicherung ist, wird in eine bedrohliche Schiefelage gebracht.

Die beabsichtigte Senkung des Beitragssatzes von derzeit 14,3 Prozent auf unter 13 Prozent im Jahr 2007 soll überwiegend von Versicherten und Patienten bezahlt werden. Ab 2005 sollen die Versicherten den Zahnersatz allein finanzieren, ab 2006 auch noch das Krankengeld. Hinzu kommen massive Erhöhungen der Zuzahlungen im Krankenhaus, bei der häuslichen Krankenpflege, Medikamenten, Heilmitteln und die Einführung einer Eintrittsgebühr beim Arzt. Die vorgesehene Begrenzung dieser Zuzahlungen auf 2% des Haushaltseinkommens kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass aufgrund der Leistungsausgrenzungen vor allem kranke Menschen in den unteren Einkommensgruppen und in strukturschwachen Gebieten die eigentlichen Verlierer dieser Reform sein werden.

Trotz der Verschiebung der Lasten auf die Schwachen ist Skepsis gegenüber all zu hohen Erwartungen an die Beschäftigungswirksamkeit und der Senkung des Beitragssatzes angebracht. Es fehlt nämlich an Verbesserungen in der Leistungsstruktur. Dagegen wird insbesondere die ausnahmslose Begrenzung der Verwaltungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen auf die Grundlohnentwicklung bis zum Jahr 2007 zu einem massiven Abbau von Arbeitsplätzen bei den Krankenkassen führen.

Die Ziele des Entwurfs, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern werden mit den vorgesehenen Maßnahmen nicht erreicht. Der erforderliche Einstieg in die integrierte Versorgung, mit aufeinander abgestimmten Behandlungen aus einer Hand und der Wettbewerb um Qualität fehlen weitgehend. Die Öffnung leistungsfähiger Abteilungen der Krankenhäuser für ambulante Dienstleistungen ist allenfalls in einer homöopathischen Dosis vorhanden. Es ist zwar gut, wenn die Krankenhäuser für hochspezialisierte Leistungen geöffnet und Versor-



gungszentren an Krankenhäusern aufgebaut werden. Eine integrierte Versorgung als Regelversorgung entsteht aber daraus noch nicht.

Neben diesen inhaltlichen Mängeln muss auch das Verfahren zur Behandlung des Gesetzentwurfs kritisiert werden. Obwohl durch die Konsensgespräche zwischen den Parteien nunmehr ein in Inhalt und Wirkung völlig neuer Gesetzentwurf vorliegt, tragen die zu engen Zeitabläufe nur noch formal einem demokratischen Verfahren Rechnung.

In unserer Stellungnahme zu den einzelnen Vorschriften beziehen wir uns weitgehend auf den Vortrag des DGB, in dem die Bewertung der Einzelgewerkschaften aufgegriffen wurden. Zu einzelnen Sachverhalten möchten wir jedoch ergänzend Stellung nehmen.

Verwaltungskosten der Krankenkassen

(§ 4 SGB V)

Ver.di lehnt die vorgesehene Deckelung der Verwaltungskosten ab, weil sie gesetzlich vorgegebene Aufgabenstellungen der Krankenkassen behindert und tariflich vereinbarte Leistungen an Beschäftigte beschneidet.

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf sind weitere Aufgaben vorgesehen, die das Aufgabenspektrum der GKV erheblich erweitern. Um diese bewältigen zu können, müssen die Kassen entsprechende organisatorische und personelle Kapazitäten bereithalten. Stattdessen wird die harte Budgetierung der Verwaltungsausgaben den bereits in Gang gesetzten Personalabbau beschleunigen. Die qualifizierte Aufgabenwahrnehmung zugunsten der Versicherten wird zusätzlich gefährdet. Den Krankenkassen werden damit die Mittel genommen für neue Beratungsangebote zur Verbesserung der Transparenz und Versorgungsqualität Personal weiterzuqualifizieren oder qualifiziertes Personal für diese Aufgaben zu gewinnen. Es werden falsche Anreize gesetzt, die eine Abwanderung zu Kassen fördert, die mit geringem Verwaltungsaufwand auskommen, weil sie junge und gesunde Mitglieder anwerben. Kassen mit einer guten Infrastruktur für ihre kranken Versicherten werden benachteiligt. Dies trägt zu weiterer Risikoentmischung und zum Abbau von Solidarität bei.



Im Gesetzentwurf findet sich noch nicht einmal eine Regelung, wie sie teilweise bei Leistungserbringern im Gesundheitswesen vorgesehen ist, die Ausnahmen bei der strikten Bindung an die Veränderungsrate im Fall von Tarifsteigerungen bei den Beschäftigten der Krankenkassen zulässt.

Im Ergebnis wird somit in die Tarifautonomie eingegriffen, weil die Befugnis der Tarifvertragsparteien, die Arbeitsbedingungen autonom zu regeln, unter einen erheblichen Sachzwang gestellt werden.

Es ist daher unumgänglich, die Deckelung der Verwaltungskosten entfallen zu lassen. Auf jeden Fall müssen tarifliche Regelungen ungehindert möglich sein, die den Aufgabenstellungen der Krankenkassen entsprechen.

Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen

(§ 248 SGB V)

Die vorgesehene Maßnahme will auf der Grundlage des Prinzips der Leistungsfähigkeit bei der Beitragsbelastung insbesondere Rentner mit hohen Versorgungsbezügen und weiteren Arbeitseinkommen stärker belasten. Sie stellt eine grundlegende Änderung der Beitragsbelastung der Rentner dar. Die Maßnahme wird im Vorgriff auf die anstehende Modifikation der Finanzierungsgrundlagen der GKV als singuläre Maßnahme realisiert.

ver.di lehnt diese Neuregelung ab. Sie ist insgesamt nicht angemessen. Sie führt zudem bei einer nicht unerheblichen Anzahl von Versorgungsempfängern zu erheblichen Beitragssatzsteigerungen. So führt beispielsweise die Besonderheit der Altersversorgung freiberuflich tätiger Journalisten für diese Berufsgruppe zu zweistelligen Beitragssatzsteigerungen, in Einzelfällen bis zur Verdoppelung des bisherigen Beitrags. In vielen Redaktionen werden zu einem großen Teil nur noch freie Journalisten beschäftigt. Bereits vor rund 15 Jahren hielt daher die „Ich AG“ in dieser Berufsgruppe Einzug. Um eine entsprechende Alters- und Sozialabsicherung zu erreichen wurde in Eigeninitiative ein eigenes Versorgungswerk aufgebaut. Den größten Teil ihrer Altersversorgung erhalten diese Journalisten nicht vom Rentenversicherungsträger, sondern vom „Versorgungswerk der Presse“.



Die vorgesehene Gesetzesänderung greift hier ganz erheblich in den Bestand dieser Versorgungsbezüge ein. Für Journalisten, die über lange Zeit in gutem Glauben für eine ausreichende Alterssicherung gesorgt haben, lässt die geplante Neuregelung keinerlei Möglichkeit an dieser Situation noch etwas zu verändern. Betroffen sind dort vor allem „kleine Versorgungsbezüge.“

Wegen der Vielzahl unterschiedlicher Versorgungseinrichtungen dürfte dieses Beispiel kein Einzelfall sein. Wir bitten daher dringend im vorliegenden Gesetzentwurf auf diese Regelung zu verzichten und im Rahmen der vorgesehenen Neuordnung der Finanzierung tragfähige Gesetzesänderungen auch für Versorgungsempfänger und Selbständige zu entwickeln.

Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung

Auf die eingangs gemachten Bemerkungen nehmen wir Bezug. Trotz der im Ergebnis insgesamt unbefriedigenden Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen sind durchaus in Einzelfragen Veränderungen vorgenommen worden, die zu Verbesserungen führen können. Diese sind wie folgt zu bewerten:

Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung

(§ 116a SGB V)

Die vorgesehene Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen, dürfte jedoch kaum eine praktische Bedeutung haben. Voraussetzung für die ambulante Tätigkeit des Krankenhauses ist die Feststellung der Unterversorgung in einem oder mehreren Fachgebieten. Die Zulassung des Krankenhauses erfolgt durch den Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Sie wird begrenzt soweit und solange dies zur Deckung der Unterversorgung erforderlich ist. Die KV ist verpflichtet die Versorgungslücke zu schließen, ansonsten drohen Vergütungsabschläge. Es werden sich aber kaum Krankenhäuser finden, die ambulante Versorgung unter diesen Bedingungen anbieten. Sie müssten Investitionen tätigen und hätten das Risiko des Zulassungsentzugs bei Besetzung des Facharztsitzes

durch die KV. Ohne die Neuregelung des Versorgungsauftrags für die ambulante Versorgung, wie er beispielsweise im Vorgängerentwurf vorgesehen war, greift die Maßnahme nicht. Es wird damit die Chance vertan wirksam regionale Unterversorgung zu verhindern und damit die Versorgungsqualität dort zu verbessern.

Teilnahme der Krankenhäuser an Chronikerbehandlungsprogrammen (DMP)

(§ 116b Abs. 1 SGB V)

Es ist vorgesehen, dass die Krankenkassen mit zugelassenen Krankenhäusern, die an der Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms teilnehmen, Verträge über ambulante ärztliche Behandlung abschließen können. ver.di begrüßt, dass die Verträge direkt zwischen Krankenkassen und Krankenhaus ohne Beteiligung der KV erfolgen. Es ist jetzt erforderlich, dass aktiv weitere Behandlungsprogramme erarbeitet und durch Verträge praktisch ausgestaltet werden.

Hochspezialisierte Leistungen

(§ 116b Abs. 2ff SGB V)

verdi begrüßt diese Regelung. Die Krankenkassen können mit zugelassenen Krankenhäusern Verträge über die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen sowie zur Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen schließen. Diese Leistungen werden in einem Katalog aufgeführt, der später durch die gemeinsame Selbstverwaltung ergänzt wird. Im Katalog sind u.a. enthalten:

- spezielle schmerztherapeutische Behandlungen,
- Krebserkrankungen,
- AIDS
- schweres Rheuma
- schwere Herzschwäche
- angeborene Skelett- und Muskelerkrankungen
- Anfallsleiden



- Folgeschäden Frühgeborener

Positiv bewertet ver.di, dass die Verträge direkt zwischen Krankenkassen und Krankenhaus ohne Beteiligung der KV erfolgen. Die erbrachten Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet – also nicht aus den Krankenhausbudgets. Da die Vergütung vergleichbaren vertragsärztlichen Leistungen entspricht, wird damit eine gute Grundlage für Verträge über hochspezialisierte Leistungen geschaffen. Sie kann sich allerdings in der Praxis nur bewähren, wenn diese Verträge tatsächlich zustande kommen.

Integrierte Versorgung

(§ 140a-c SGB V)

ver.di hat sich für eine integrierte Versorgung als Regelversorgung ausgesprochen. Dies wird mit der vorgesehenen Neuregelung nicht realisiert. Aber es ist vorgesehen, dass Krankenkassen Verträge für eine verschiedene Leistungssektoren oder Fachdisziplinen übergreifende Versorgung der Versicherten schließen können. Deren Versorgung richtet sich dann nach diesen Verträgen. Der Sicherstellungsauftrag der KV wird entsprechend eingeschränkt. Das Versorgungsangebot und die Voraussetzungen seiner Inanspruchnahme ergeben sich aus dem Vertrag zur integrierten Versorgung.

Die Sicherstellung erfolgt dann abweichend über dieses Angebot und nicht über den Versorgungsauftrag der KV.

Die Krankenkassen können die Verträge mit einzelnen Vertragsärzten, sonstigen, Leistungserbringern, zugelassenen Krankenhäusern und Trägern von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen abschließen.

Um diese Versorgung zu fördern soll der Grundsatz der Beitragssatzstabilität für Verträge, die bis zum 31. Dezember 2006 abgeschlossen werden nicht gelten. Zur Anschubfinanzierung hat jede Krankenkasse in den Jahren 2004 bis 2006 jeweils Mittel bis zu 1 % der Gesamtvergütung an die Kassenärztliche Vereinigung und von den Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung einzubehalten. ver.di hält es für erforderlich, dass diese Mittel genutzt werden und nicht zu einer versteckten Budgetkürzung führen.



Als sehr wichtig betrachtet ver.di die Tatsache, dass integrierte Versorgungsformen unter Einschluss von ambulanten und stationären Leistungserbringern und Rehabilitationseinrichtungen ohne KV vereinbart werden können. Die Anschubfinanzierung von bis zu 700 Millionen € in den Jahren 2004 bis 2006 stellt einen Anreiz dar, diese Versorgungsform zu fördern, ohne dass das Budget der Kasse zusätzlich belastet wird. Es ist daher zu erwarten, dass in dem Zeitraum integrierte Versorgungsangebote unter Einschluss aller Versorgungssektoren in nennenswertem Umfang entstehen. Die Bewährung der Neuregelung in der Praxis steht allerdings noch aus.

Medizinische Versorgungszentren (mVz)

(§ 95 SGB V)

Die mVz werden als Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung neu aufgenommen. Es handelt sich dabei um fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen. Im mVz können Ärzte als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sein. Die medizinischen Versorgungszentren können von den Leistungserbringern, die auf Grund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen, gegründet werden – also auch von Krankenhäusern. Die bisherigen Polikliniken werden den mVz gleichgestellt. ver.di begrüßt diese zusätzliche Versorgungsform. Kritisch bewerten wir allerdings, dass die Zulassung dem Zulassungsausschuss der KV obliegt.

Zwar ermöglicht die Regelung grundsätzlich auch Krankenhäusern die Einrichtungen medizinischer Versorgungszentren. Allerdings hat bereits die Vergangenheit gezeigt, dass solche Versorgungsformen kaum zustande kommen, wenn sie der Zulassung durch den Zulassungsausschuss der KV unterliegen.