

## **Stellungnahme des VdAK/AEV**

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0248(2 A)  
vom 21.06.03**

**15. Wahlperiode**

**zum Entschließungsantrag  
"Für ein einheitliches, humanes Gesundheitswesen  
statt Staatsmedizin und Bevormundung"**

**der CDU/CSU-Bundestagsfraktion**

**Bundestagsdrucksache 15/1174**

**20.06.2003**

Die Ersatzkassen begrüßen das deutliche Bekenntnis der CDU/CSU-Fraktion zur solidarischen Krankenversicherung. Dies gilt auch für die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen aus Steuermitteln sowie die Senkung des Mehrwertsteuersatzes auf Arzneimittel. Diese Maßnahmen können zu einer Entlastung der GKV in Milliardenhöhe führen. Positiv beurteilen die Ersatzkassen auch die Ablehnung des geplanten "Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin" sowie die gleichzeitig erhobene Forderung nach Stärkung der bestehenden Selbstverwaltung. Erfreulich ist auch die Ablehnung kassenartenübergreifender Fusionen.

Das als 3-Säulen-Modell (Basis, Leistungsstufe, Direktverträge) skizzierte Vertragssystem ermöglicht einen ersten Einstieg in die Flexibilisierung des Vertragsgeschehens. Neben den kollektivvertraglichen Regelungen sollten auch nach Vorstellung der Ersatzkassen verstärkt zusätzliche Vertragsoptionen, vor allem in Richtung integrierte Versorgung, ermöglicht werden. Hierzu reichen die Vorstellungen der Unionsfraktionen jedoch nicht aus. Entscheidende Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung ist nämlich, dass mit den Neuregelungen die bestehenden direkten und indirekten Blockademöglichkeiten der Kassenärztlichen Vereinigungen abgebaut werden. Zudem ist dafür Sorge zu tragen, dass durch die vorgesehenen Vergütungsstrukturen im 3-Säulen-Modell (arztgruppenbezogene Gebührenordnung, Vergütungszuschläge, Verhandlungsergebnisse) nicht weitere Ausgabenschübe in der GKV produziert werden. Diese Gefahr birgt z.B. auch die geforderte Förderung der integrierten Versorgung durch prozentuale Zuschläge für alle DRGs.

Die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrages lehnen die Ersatzkassen aus ökonomischen, ordnungs- und wettbewerbspolitischen Gründen entschieden ab. Je nach Ausgestaltung ist hiermit eine milliardenschwere Belastung der Versicherten verbunden. Die Begrenzung des Arbeitgeberanteils führt dazu, dass künftige Kostensteigerungen allein die Versicherten belasten, dass die Arbeitgeberseite aus der ökonomischen Verantwortung entlassen wird und deren Interesse an der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen verloren geht.

## Stellungnahme des VdAK/AEV

Damit entfällt ein wichtiges Gegengewicht zu Ausgabensteigerungsbemühungen auf der Leistungsanbieterseite. Im Gegenteil werden sich Arbeitgeber(-organisationen) unter diesen Bedingungen ausschließlich Anbieterinteressen verpflichtet fühlen. Kostensteigerungen sind somit programmiert. Ganz wesentlich ist dabei zu beachten, dass durch eine derartige Fixierung des Arbeitgeberanteils vor allem die Krankenkassen, die heute die Versorgungslasten schultern, weil sie überwiegend den Versicherungsschutz von chronisch Kranken und älteren Versicherten leisten ("Versorgerkassen") massiv im Wettbewerb benachteiligt würden, während die Kassen, deren Versichertenkreis sich vor allem auf junge und gesunde Versicherte beschränkt, erneut ungerechtfertigte Wettbewerbsvorteile erhalten. Damit aber würde weiteren Abwanderungstendenzen Vorschub geleistet, die den Beitragssatzdruck gerade für diejenigen massiv erhöht, deren Schutz die gesetzliche Krankenversicherung eigentlich leisten soll, nämlich die Kranken. Letztlich würde die bereits heute bestehende Schieflage im GKV-System massiv verschärft - mit fatalen Folgen für die Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung und des Gesundheitswesens.

Die Ersatzkassen lehnen auch die Privatisierung des Zahnersatzes entschieden ab. Eine derartige Lösung würde zu einer wesentlich höheren Belastung der Versicherten, insbesondere der Familien, führen. Die vorgelegte Kalkulation (einheitliche Versicherungspolice von 7,50 € pro Versicherten) erscheint höchst fragwürdig. Falls sich bewahrheiten sollte, dass in diesem Betrag die gesetzlich vorgeschriebene Altersrückstellung nicht enthalten ist, müssten die Versicherten mit einer deutlich höheren Prämie rechnen.

Die Ersatzkassen unterstützen Bemühungen, die die Verantwortung für die eigene Gesundheit und für den sparsamen Umgang mit Versichertengeldern stärken. Die Weiterentwicklung von Präventionsmaßnahmen liegt im wohlverstandenen Eigeninteresse gesetzlicher Krankenkassen. Hier muss es genügend Gestaltungsspielräume für qualitätsgesicherte Angebotsstrukturen für die Krankenkassen geben.

Selbstbeteiligungsregelungen sollten niemanden überfordern und so gestaltet werden, dass von ihnen eine steuernde Wirkung hin zu qualitativ hochwertigen und wirtschaftlichen Leistungen ausgehen. Eine 10 %ige Selbstbeteiligung über alle Leistungsbereiche erfüllt diese Kriterien nicht. Vielmehr werden soziale Schieflagen erzeugt und gerade einkommensschwache Schichten von einer notwendigen Leistungsanspruchnahme abgehalten.

## Stellungnahme des VdAK/AEV

Im ambulanten Arztbereich ist zudem die Ermittlung des Eigenanteils kaum - und wenn, nur stark zeitverzögert und mit hohem Aufwand - möglich. Bei der Beteiligung an den Krankenhauskosten können enorme und völlig unangemessene Belastungen für die Versicherten entstehen. Die Höhe der geforderten Selbstbeteiligung stellt das Vertrauen in die GKV grundsätzlich in Frage.

Die Einführung der Kostenerstattungsoption birgt große Gefahren. Das Sachleistungsprinzip, das die Versicherten vor finanzieller Überforderung schützt und die Möglichkeit einer wirtschaftlichen und qualitativen Steuerung des Versorgungsgeschehens bietet, wird geschwächt. Auch die europäische Rechtsprechung enthält keinerlei Hinweise darauf, das Sachleistungsprinzip des deutschen Gesundheitswesens zugunsten eines Kostenerstattungssystems fallen zu lassen. Sie regelt vielmehr Fragen der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen außerhalb des deutschen Gesundheitssystems. Es sollte zumindest mittelfristig darüber nachgedacht werden, wie die Vorteile des Sachleistungsprinzips GKV-Versicherten auch bei der Inanspruchnahme von Leistungen im Ausland zuteil werden können. Das Sachleistungsprinzip verhindert Transparenz nicht.

Die Forderung nach Öffnung der Krankenhäuser für hochspezialisierte Leistungen unterstützen die Ersatzkassen. Sie sollte allerdings für die Fälle erweitert werden, in denen das Krankenhaus ambulante fachärztliche Leistungen qualitativ besser und/oder wirtschaftlicher anbieten kann. Notwendige Voraussetzung sind vertragliche Vereinbarungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen, um teure Doppelstrukturen auszuschließen.

Mehrbesitzverbot für Apotheken sowie Verbot des Versandhandels sind nicht mit einer effektiven und effizienten Arzneimittelversorgung vereinbar. Im Arzneimittelbereich sollte die seit langem von den Ersatzkassen geforderte Liberalisierung der Vertriebswege endlich erfolgen.

Es bleibt offen, wie die Forderung, das Transfervolumen des Risikostrukturausgleichs (RSA) zu begrenzen, mit einer verstärkten Morbiditätsorientierung gelingen kann. Fest steht, dass der RSA solange reformbedürftig bleibt, solange es nicht gelingt, die bestehende Fehlsteuerung in den Griff zu bekommen. Der jetzige RSA führt nämlich dazu, dass Krankenkassen mit überwiegend gesunder Klientel und daher zum Teil weit unterdurchschnittlichen Leistungsausgaben, zusätzlich subventioniert werden.

## Stellungnahme des VdAK/AEV

Die Stärkung des Koordinierungsausschusses durch wissenschaftlichen Sachverstand entspricht den konzeptionellen Vorstellungen der Spitzenverbände der Krankenkassen. Auf das geforderte Initiativrecht von Patienten- und Selbsthilfeorganisationen beim Koordinierungsausschuss sollte allerdings verzichtet werden.

In der Selbstverwaltung der Ersatzkassen sind seit jeher neben Gewerkschaften vor allem Versichertenorganisationen (sog. freie Listen) vertreten. Dies ist nach dem Sozialwahlrecht auch bei den anderen Kassenarten möglich; insofern bedarf es keiner Veränderung der Regelungen zu den Sozialversicherungswahlen. Eine Zulassung von Selbsthilfe- und Patientenorganisationen würde neben erheblichen Definitions- und Abgrenzungsschwierigkeiten auch dazu führen, dass diese in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung quasi doppelt vertreten sind. Die geforderten Anhörungsbefugnisse in den Selbstverwaltungsgremien sind hingegen zu unterstützen.

Die Möglichkeiten, durch Wahlleistungen der Versicherten den bestehenden Leistungskatalog aufzustocken, stoßen dort an ihre Grenzen, wo sie zu Risikoselektion und Entsolidarisierung führen. Die Möglichkeit, ihren Versicherten Zusatzangebote über die medizinisch notwendigen Leistungen hinaus, wie etwa erhöhtes Krankengeld, Sterbegeld, Ein-/Zweibett-Zuschlag im Krankenhaus oder Auslandskrankenversicherungsschutz offerieren zu können, fordern die Ersatzkassen seit langem.

Die Ersatzkassen fordern ebenfalls seit langem, die Transparenz im Versorgungsgeschehen zu erhöhen, um Qualität und Wirtschaftlichkeit zu verbessern. Ein Abrechnungsbeleg für die Versicherten (analog Patientenquittung des GMG-Entwurfs) ist jedoch wenig geeignet die Wirtschaftlichkeit in der GKV zu erhöhen. Die bisherigen Modellversuche in Hessen und Rheinland-Pfalz zeigen im übrigen, dass das Interesse der Versicherten ausgesprochen gering ist.

Die Einbeziehung aller Sozialhilfeempfänger in die GKV kommt einem Gesetzesauftrag aus dem Jahre 1993 nach. Bisher ist eine Lösung daran gescheitert, dass die Sozialhilfeträger sich einer kostendeckenden Beitragszahlung widersetzen. Dies droht auch bei der von den Unionsfraktionen vorgeschlagenen Regelung. Insofern bedeutet die im Gesetzentwurf der Regierungsfractionen vorgesehene Aufwandserstattung durch die Sozialhilfe-

## **Stellungnahme des VdAK/AEV**

träger eine sachgerechte Lösung, die unnötige Belastungen der Krankenkassen vermeidet.

**Stellungnahme des VdAK/AEV**

**zum Entschließungsantrag "Mut zur Verantwortung – für  
ein freiheitliches Gesundheitswesen"  
der FDP-Bundestagsfraktion  
Bundestagsdrucksache 15/1175**

**20.06.2003**

## Stellungnahme des VdAK/AEV

Die Ersatzkassen begrüßen Maßnahmen, die dafür sorgen, dass der gesetzlichen Krankenversicherung zu Gunsten anderer sozialer Sicherungssysteme oder des Bundeshaushaltes kein Geld mehr entzogen wird. Ebenso begrüßenswert und sachgerecht ist die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen aus Steuermitteln. Auch die Erhebung des ermäßigten Mehrwertsteuersatzes auf Arzneimittel würde die GKV in Milliardenhöhe entlasten und zu ihrer nachhaltigen Stabilisierung beitragen. Sie entspricht einer langjährigen Forderung nicht nur der Ersatzkassen.

Mit Ausnahme der versicherungsfremden Leistungen werden die Probleme der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch nicht dadurch hervorgerufen, dass es zu viele Leistungsbereiche an sich gäbe. Vielmehr liegen die Schwierigkeiten bei der Qualität und der Effizienz der Leistungserbringung. Leistungsausgrenzungen schwächen im Gegenteil das Solidarsystem, weil sie Versicherte und Patienten belasten und die Akzeptanz der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bevölkerung massiv beeinträchtigen. Eine Verlagerung von Leistungen in die private Krankenversicherung macht diese insbesondere für einkommensschwache Bevölkerungsschichten deutlich teurer.

Die Ersatzkassen unterstützen Bemühungen, die Verantwortung für die eigene Gesundheit und für den sparsamen Umgang mit Versicherungsgeldern betonen. Selbstbeteiligungsregelungen sollten so gestaltet werden, dass von ihnen eine steuernde Wirkung hin zu qualitativollen und wirtschaftlichen Leistungen ausgehen.

Selbstbehalt und Beitragsrückgewähr sind keine geeigneten Anreizinstrumente im Rahmen der solidarischen Krankenversicherung. Sie führen prinzipiell zu einer Entlastung junger, gesunder Versicherte und zu einer Belastung älterer, kranker Versicherte. Bonusprogramme in Verbindung mit Maßnahmen der Prävention und Krankheitsfrüherkennung können dagegen Anreize für eine gesündere Lebensführung geben und zu Kosteneinsparungen durch die frühzeitige Behandlung von Krankheiten beitragen. Die Weiterentwicklung von Präventionsmaßnahmen liegt daher im wohlverstandenen Eigeninteresse gesetzlicher Krankenkassen. Hier muss es genügend Gestaltungsspielräume für qualitätsgesicherte Angebotsstrukturen für die Krankenkassen geben.

## Stellungnahme des VdAK/AEV

Die Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen ist eine der wichtigsten Voraussetzungen zur Steigerung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung und damit auch der nachhaltigen Sicherung der sozialen Krankenversicherung. Die Stabilität der sozialen Krankenversicherung ist im Falle einer Güterabwägung dem unbedingten Behalt der Freiberuflichkeit im Gesundheitswesen auch verfassungsrechtlich vorzuziehen.

Die Strukturen sind so zu straffen, dass Gesundheitsleistungen möglichst effizient erbracht werden. Die Einführung neuer innovativer Leistungen muss mit einer verstärkten Überprüfung und ggf. Ausgliederung von Leistungen einhergehen, die durch die neuen Verfahren besser und wirtschaftlicher erbracht werden können. Budgets können nur dann abgeschafft werden, wenn sie durch leistungsgerechte Vergütungssysteme in Verbindung mit Qualitätssicherungsmaßnahmen ersetzt werden können, die eine Stabilität der Ausgabenentwicklung sicherstellen. Der Risikostrukturausgleich als wichtiger Bestandteil einer solidarischen Wettbewerbsordnung in der GKV sorgt dafür, dass der Wettbewerb der Krankenkassen um die Qualität und Effizienz der Leistungserbringung und nicht um die Risikostruktur der Versicherten geführt wird. Nach wie vor dringend reformbedürftig ist die Fehlwirkung des Risikostrukturausgleichs, die Krankenkassen mit überwiegend gesunder Klientel und daher zum Teil weit unterdurchschnittlichen Leistungsausgaben, zusätzlich subventioniert.

Das Sachleistungsprinzip an sich verhindert weder mehr Transparenz für Versicherte noch einen Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern. Es schützt vielmehr die Versicherten vor finanzieller Überforderung und bietet die Möglichkeit, eine qualitative Steuerung des Versorgungsgeschehens vorzunehmen. Auch die europäische Rechtsprechung enthält keinerlei Hinweise darauf, das Sachleistungsprinzip des deutschen Gesundheitswesens zugunsten eines Kostenerstattungssystems fallen zu lassen. Sie regelt vielmehr Fragen der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen außerhalb des deutschen Gesundheitssystems. Es sollte zumindest mittelfristig darüber nachgedacht werden, wie die Vorteile des Sachleistungsprinzips GKV-Versicherten auch bei der Inanspruchnahme von Leistungen im Ausland zuteil werden können.

## Stellungnahme des VdAK/AEV

Eine nachhaltige Sicherung der Finanzierungsgrundlagen der sozialen Krankenversicherung wird langfristig nur durch die Einbeziehung aller ArbeitnehmerInnen in die GKV erreicht. Die Versicherungspflichtgrenze ist daher abzuschaffen. Auch kapitalgedeckte Finanzierungssysteme sind demographieanfällig. Deshalb ist eine Herabsetzung der Versicherungspflichtgrenze, die mehr Menschen eine Privatversicherung ermöglichen soll, nicht zielführend. Sie setzt vielmehr einen neuen Prozess der Entsolidarisierung in Gang, der die Existenz der sozialen Krankenversicherung massiv in Frage stellt.

Die Begrenzung des Arbeitgeberanteils auf maximal 6,5 Prozent führt ebenso wie die Auszahlung des Arbeitgeberanteils als Lohnbestandteil dazu, dass künftige Kostensteigerungen allein die Arbeitnehmer belasten und dass die Arbeitgeberseite, einmal aus der Verantwortung entlassen, keinerlei Interesse mehr an der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen hat. Damit entfällt ein wichtiges Gegengewicht zu Ausgabensteigerungsbemühungen auf der Leistungsanbieterseite. Im Gegenteil werden sich Arbeitgeber(-organisationen) unter diesen Bedingungen ausschließlich Anbieterinteressen verpflichtet fühlen. Kostensteigerungen sind somit programmiert. Ganz wesentlich ist dabei zu beachten, dass durch eine derartige Fixierung des Arbeitgeberanteils vor allem die Krankenkassen, die heute die Versorgungslasten schultern, weil sie überwiegend den Versicherungsschutz von chronisch Kranken und älteren Versicherten leisten ("Versorgerkassen") massiv im Wettbewerb benachteiligt würden, während die Kassen, deren Versichertenkreis sich vor allem auf junge und gesunde Versicherte beschränkt, erneut ungerechtfertigte Wettbewerbsvorteile erhalten. Damit aber würde weiteren Abwanderungstendenzen Vorschub geleistet, die den Beitragssatzdruck gerade für diejenigen massiv erhöht, deren Schutz die gesetzliche Krankenversicherung eigentlich leisten soll, nämlich die Kranken. Letztlich würde die bereits heute bestehende Schieflage im GKV-System massiv verschärft - mit fatalen Folgen für die Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung und des Gesundheitswesens.