

Stellungnahme
zum Antrag
der CDU/CSU-Bundestagsfraktion
BT-Drs. 17/1174

Stand: 20.06.2003

<p>(13) Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung Ausschussdrucksache 0248(13 A) vom 21.06.03</p> <p>15. Wahlperiode</p>

**Stellungnahme
des AOK-Bundesverbandes
zum Antrag
der CDU/CSU-Bundestagsfraktion**

*„Für ein freiheitliches, humanes
Gesundheitswesen –
Gesundheitspolitik neu denken und gestalten*

BT-Drs.15/1174

Stellungnahme
zum Antrag
der CDU/CSU-Bundestagsfraktion
BT-Drs. 17/1174

I. Allgemeine Bewertung

Der AOK-Bundesverband begrüßt, die im Antrag formulierten Ziele, Qualität, Effizienz und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung zu verbessern. Dies gilt auch für den Vorschlag, den durchschnittlichen GKV-Beitrag von 14,4 % auf 13 % abzusenken. Hier kommt es entscheidend auf die konkreten Maßnahmen an, mit denen die Ziele erreicht werden sollen. Mit den vorgesehenen Maßnahmen wird es allerdings nicht gelingen, dass deutsche Gesundheitswesen dauerhaft finanziell zu stabilisieren.

Der AOK-Bundesverband lehnt die Herausnahme von Leistungskomplexen aus der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), wie z. B. Zahnersatz ab. Die private Absicherung dieser Risiken, bringt eine deutliche Mehrbelastung der Versicherten mit sich. Die Kosten der privaten Versicherung sind wegen der unterschiedlichen Finanzierungssysteme GKV und PKV volkswirtschaftlich betrachtet höher. Die Festschreibung des Arbeitgeberbeitragsatzes wird gleichfalls abgelehnt, weil mit einem solchen Schritt unter anderem die Wettbewerbsfähigkeit der Versorgerkrankenkassen gefährdet wird. Begrüßt wird die Forderung nach der Umfinanzierung von versicherungsfremden Leistungen. Der AOK-Bundesverband erwartet aber, dass sämtliche versicherungsfremde Leistungen auch gesamtgesellschaftlich finanziert werden.

Der AOK-Bundesverband unterstützt die CDU/CSU-Fraktion in ihrer ablehnenden Haltungen gegenüber dem von der Regierung vorgesehenen staatsnahen Deutschen Zentrum für Qualität in der Medizin. Solche Kompetenzverlagerungen von der gemeinsamen Selbstverwaltung auf ein staatsnahes Zentrum ist ordnungspolitisch bedenklich und aufgrund neuer bürokratischer Strukturen mit zusätzlichen Kosten verbunden.

Stellungnahme
zum Antrag
der CDU/CSU-Bundestagsfraktion
BT-Drs. 17/1174

Die AOK fordert seit Jahren einen stärkeren und flexibleren Vertragswettbewerb der Leistungserbringer. In ihren zehn Thesen zur Zukunft des Vertragswettbewerbs hat sie deutlich gemacht, dass die Ausweitung von Wettbewerb auf die Leistungserbringer in allen Versorgungsbereichen durch eine weitgehende Liberalisierung des Vertragssystems ein unverzichtbares Instrument zur Produktivitätssteigerung in der Gesundheitsversorgung ist. Damit sowohl für Leistungserbringer als auch für Krankenkassen ein Anreiz für Wettbewerb um die beste Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung entsteht, müssen passende ordnungspolitische und rechtliche Rahmenbedingungen geschaffen werden.

Den Arzneimittelbereich betreffend begrüßt der AOK-Bundesverband den Vorschlag, den Mehrwertsteuersatz bei Arzneimittel zu senken. Nicht nachvollziehbar ist es allerdings, dass mit dem Antrag insbesondere die Liberalisierung der Vertriebswege, vor allem durch die Einführung des Versandhandels oder auch durch die Aufhebung des Mehrbesitzverbotes für Apotheker, abgelehnt werden. Hierbei handelt es sich um notwendige und längst überfällige strukturverändernde Maßnahmen

Die im Antrag vorgesehene 10prozentige Zuzahlungsregelung wirft erhebliche Probleme auf, da sie insbesondere im ambulanten Bereich zu einer zusätzlichen Bürokratisierung der Abrechnungen beiträgt.

Stellungnahme
zum Antrag
der CDU/CSU-Bundestagsfraktion
BT-Drs. 17/1174

II. Bewertung von Einzelbereichen

Vertragswettbewerb

Die Durchführung struktureller Reformen in der GKV sind notwendig, um die im System bestehende Über-, Unter- und Fehlversorgung abzubauen und die Produktivität der Gesundheitsversorgung zu steigern. Ein Instrument, um dies zu erreichen, ist die Einführung von mehr Wettbewerb unter den Leistungserbringern und die Eröffnung von Einzelverträgen zwischen Kassen und Leistungsanbietern. Hierdurch würde sowohl die Qualität der Versorgung als auch die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung verbessert. Der AOK-Bundesverband begrüßt daher, dass die CDU/CSU-Bundestagsfraktion ebenfalls strukturelle Veränderungen will und sie einen Qualitätswettbewerb um das beste Versorgungskonzept anstrebt. Ob allerdings die im Antrag vorgeschlagenen Lösungsansätze zu mehr Wettbewerb führen, ist fraglich. Zudem setzt die vorgeschlagene arztgruppenbezogene Vergütung auf Bestehendem auf und bietet darüber hinaus keine Neuerung oder Flexibilisierung.

Auch die Option in der zweiten Säule, zusätzliche Versorgungsleistungen vertraglich vereinbaren zu können, führt nicht zu mehr Wettbewerb sondern zu zusätzlichen Leistungen, die noch dazu zusätzlich vergütet werden müssten. Ein solcher Ansatz kann nur dann zu mehr Qualitätswettbewerb führen, wenn die Kassen für spezielle fachärztliche Versorgungsleistungen unter Bereinigung der Gesamtvergütung bzw. der Krankenhausbudgets Verträge mit zugelassenen Leistungserbringern abschließen dürfen und sie hierfür den Sicherstellungsauftrag übernehmen können. Darüber hinaus müsste es den Kassen ermöglicht werden, soweit der Sicherstellungsauftrag durch zugelassene Leistungserbringer nicht mehr zu 100 Prozent erfüllt ist, mit zusätzlichen Leistungserbringern (Krankenhaus, Netze, Gesundheitszentren) Versor-

Stellungnahme
zum Antrag
der CDU/CSU-Bundestagsfraktion
BT-Drs. 17/1174

gungsverträge abzuschließen. Für solche Verträge muss das Recht der prospektiven Bereinigung der Gesamtvergütung bzw. der Krankenhausbudgets bestehen.

Die dritte Säule entspricht schließlich den Möglichkeiten, die der Gesetzgeber den Kassen und Leistungserbringern bereits jetzt eingeräumt hat und die aufgrund der ungenügenden Rahmenbedingungen nicht zu einer Intensivierung vernetzter bzw. integrierter Versorgungsformen geführt hat. An diesem Fehler würde auch der vorgeschlagene prozentuale Zuschlag pro Fallpauschale der Krankenhäuser für integrierte Versorgungsformen nichts ändern. Vielmehr würde mit einer solchen Vorschrift der Suchwettbewerb um eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Vernetzung konterkariert. Den Vertragspartnern integrierter Versorgungsformen muss es auch in Zukunft freigestellt bleiben, wem sie aus erwirtschafteten Wirtschaftlichkeitspotenzialen und Budgetbereinigungen Vergütungszuschläge zahlt. Hingegen zu begrüßen ist es, den Kreis der potenziellen Vertragspartner der Kassen um den Apothekenbereich zu erweitern. Hier müssen jedoch die Ausschreibungsrahmenbedingungen verhindern, dass die Kassen letztlich mit jedem Apotheker kontrahieren müssen.

In dem Antrag von CDU/CSU wird ferner die Einführung von Wettbewerbsstrukturen im Krankenhaussektor, wie z.B. die im GMG vorgesehene Teilöffnung von Krankenhäusern für hochspezialisierte Leistungen abgelehnt, obwohl dies durchaus sinnvoll sein kann. Eine institutionelle Ermächtigung der Krankenhäuser ist dagegen geltendes Recht und leistet damit keinen Beitrag zur Veränderung der Strukturen. Insbesondere im Krankenhaussektor ist jedoch aus Sicht des AOK-Bundesverbandes eine Überversorgung festzustellen, die Strukturreformen und mit ihnen einhergehend die Einführung von mehr Vertragselementen notwendig macht.

Stellungnahme
zum Antrag
der CDU/CSU-Bundestagsfraktion
BT-Drs. 17/1174

Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes muss es dabei insbesondere um die Abschaffung der Pflicht zu gemeinsamen und einheitlichen Verhandlungsregelungen sowie um eine Reform der Krankenhausplanung gehen. So muss spätestens nach Abschluss der Konvergenzphase der DRG-Einführung (ab 2007) an die Stelle der Planung von Kapazitäten durch die Bundesländer die bundeseinheitliche Vorgabe von zu kontrahierenden Leistungsmengen treten. Dann muss den jeweiligen Krankenkassen freigestellt werden, von welchen Krankenhäusern sie entsprechend ihrer spezifischen Versorgungsbedarfe diese vorgeschriebenen Leistungsmengen kontrahieren. Im Substitutionsbereich ambulanter bzw. stationärer Leistungserbringung (Bsp. Katarakt) kann gegebenenfalls auch mit ambulanten Anbietern kontrahiert werden. Abweichungen vom landesweit einheitlichen Basisfallwert in der Vergütung sollten hierbei ermöglicht werden. Die von der CDU/CSU-Bundestagsfraktion vorgesehene zukünftige Krankenhausplanung erscheint grundsätzlich wettbewerbsorientierter als andere vorgeschlagene Lösungen. Indikationsbezogene Versorgungsbedarfe sind sinnvoll regionenbezogen festzulegen.

Arzneimittelbereich

Der AOK-Bundesverband begrüßt die Forderung von CDU/CSU, den Mehrwertsteuersatz bei Arzneimitteln zu senken. Damit würde endlich eine Angleichung des Steuersatzes für Arzneimittel auf den Satz, der in vielen anderen EU-Ländern Praxis ist, vorgenommen und die Wettbewerbsfähigkeit des deutschen Pharmamarktes gestärkt sowie die Wirtschaftlichkeitspotenziale in der GKV erhöht.

Parallel hierzu müssen aus Sicht des AOK-Bundesverbandes dringend die Vertriebs- und Versorgungswege im GKV-Arzneimittelmarkt reformiert werden. Festbeträge, neue Instrumente der Mengensteuerung, die Positivliste

Stellungnahme
zum Antrag
der CDU/CSU-Bundestagsfraktion
BT-Drs. 17/1174

und der Versandhandel sind Tools für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit. Letzterer kann, unter Voraussetzung von zu installierenden Rahmenbedingungen zur Arzneimittelsicherheit, zu erheblichen Einsparungen im Arzneimittelbereich beitragen. Daher ist es um so bedauerlicher, dass die CDU/CSU-Fraktion einen Versandhandel ablehnt. Dabei ist aus Sicht des AOK-Bundesverbandes nicht nachvollziehbar, dass die Einführung dieses Instrumentes zu einer Bedrohung des Apothekenstandes darstellen soll. Der Versandhandel bietet die Chance, verkrustete Vertriebsstrukturen zum Wohle des Versicherten aufzubrechen.

Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes ist zu begrüßen, dass die CDU/CSU-Fraktion die Sinnhaftigkeit und Wirksamkeit der Festbetragsregelungen sowohl im Arznei- als auch im Hilfsmittelbereich bestätigt. Im Arzneimittelbereich hat sich ausserdem gezeigt, dass die aut-idem-Regel tatsächlich wirkt. Daher ist es nicht nachvollziehbar, dass die Fraktion von CDU/CSU diese Regelung ablehnt und wieder abschaffen möchte. Das gleiche gilt für die negative Haltung hinsichtlich der Positivliste deren Ziel ist es, die Qualität der Arzneimittelversorgung zu verbessern.

Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin

Der AOK-Bundesverband unterstützt die CDU/CSU-Fraktion in ihrer ablehnenden Haltung gegenüber dem von der Regierung vorgesehenen staatsnahen Deutschen Zentrum für Qualität in der Medizin. Eine mit diesem Zentrum verbundene Kompetenzverlagerung von der gemeinsamen Selbstverwaltung auf ein staatsnahes Zentrum ist ordnungspolitisch bedenklich und aufgrund neuer bürokratischer Strukturen mit zusätzlichen Kosten verbunden. Die CDU/CSU-Fraktion fordert die bestehenden Organe Selbstverwaltung zu stärken und nicht durch eine neue Behörde zu ergänzen oder gar zu erset-

Stellungnahme
zum Antrag
der CDU/CSU-Bundestagsfraktion
BT-Drs. 17/1174

zen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen (in Abstimmung mit der KBV und von der DKG als zielführend bezeichnet) haben einen Vorschlag für ein deutsches Zentrum/ Zentralausschuss für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der GKV entwickelt, der nachfolgend vorgestellt wird:

Die gemeinsame Selbstverwaltung gewährleistet, trotz mancher berechtigter Kritikpunkte, die größtmögliche Versicherten- und Versorgungsnähe in der Ausgestaltung des Gesundheitswesens. Gleichzeitig entlastet die demokratisch legitimierte gemeinsame Selbstverwaltung den Staat von zahlreichen Einzelaufgaben. Zuständigkeit und Verantwortlichkeit für die Bewertung von Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen der GKV müssen in einer Hand bleiben.

Aus der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zur Verfassungsmäßigkeit der Festsetzung von Festbeträgen kann gefolgert werden, dass die Konkretisierung des gesetzlichen Leistungsrahmens durch die Selbstverwaltung verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden ist; diese Grundsatzentscheidung ist jenseits der Festbetragsfestsetzung auf die anderen Rechtsbereiche und Zuständigkeit der Selbstverwaltung übertragbar und somit ein richtungsweisender Impuls für das Prinzip der Steuerung von Wirtschaftlichkeit und Qualität durch die Selbstverwaltung.

Notwendige Reformmaßnahmen müssen vor allen Dingen die Handlungsfähigkeit der gemeinsamen Selbstverwaltung verbessern, damit diese zeitnah effektiver und effizienter den medizinischen Nutzen und die Qualität sowie die Wirtschaftlichkeit der Leistungen bewerten kann. Die GKV vertritt die Auffassung, dass die im GMG dazu genannten Aufgaben (Erstellung evidenzbasierter Leitlinien, pflegerischer Standards und wissenschaftlicher Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen, Abgabe von

Stellungnahme
zum Antrag
der CDU/CSU-Bundestagsfraktion
BT-Drs. 17/1174

Empfehlungen an die Bundesausschüsse, Bereitstellung von Informationen für Bürgerinnen und Bürger über Leistungen und Qualitätssicherungsmaßnahmen) in veränderter Form (insbesondere durch Verzicht auf Leitlinienerstellung zugunsten der Darstellung und Bewertung von Leitlinien) und veränderter Finanzierungszuständigkeiten der gemeinsamen Selbstverwaltung erreicht werden können. Dafür sollte ein **Deutsches Zentrum/Zentralausschuss für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesetzlichen Krankenversicherung** geschaffen werden, dem ein unabhängiges Institut zuarbeitet. Das Deutsche Zentrum/Zentralausschuss für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der GKV ist aus den bestehenden Selbstverwaltungs-Institutionen Koordinierungsausschuss, Bundesausschüsse und dem Ausschuss Krankenhaus zu entwickeln. Die bisherige Arbeitsgemeinschaft des Koordinierungsausschusses geht in diesem Zentrum/Zentralausschuss auf. Das Beschlussgremium des Koordinierungsausschusses wird neben den Bundesausschüssen und dem Ausschuss Krankenhaus, der systematischer Weise zu einem Bundesausschuss weiterzuentwickeln ist, ständige Entscheidungsstelle des Zentrums/Zentralausschuss. Das als Körperschaft des öffentlichen Rechts gebildete Zentrum/Zentralausschuss soll in Trägerschaft der Vertragspartner der gesundheitlichen Versorgung stehen und der Rechtsaufsicht des BMGS unterliegen. Das Zentrum/Zentralausschuss und insbesondere die unter seinem Dach arbeitenden Entscheidungsgremien werden ihre Arbeitsabläufe für Versicherte und damit auch für Patientenvertreter transparent gestalten (Internet-Auftritt). Den anhörungsberechtigten Institutionen, insbesondere Patientenorganisationen, werden während des Verfahrens zur Beschlussfassung qualifizierte Beteiligungsmöglichkeiten eingeräumt.

Das Zentrum/Zentralausschuss soll durch eine gesetzlich vorgegebene Pauschale pro Behandlungsfall finanziert werden, ebenso das dem Zentrum zugeordnete unabhängige **wissenschaftliche Institut**. Die Arbeit des Institutes und des Zentrums/Zentralausschuss wird damit auf ein solides finanzielles

Stellungnahme
zum Antrag
der CDU/CSU-Bundestagsfraktion
BT-Drs. 17/1174

Fundament gestellt. Das Institut soll als Stiftung des privaten Rechts den aktuellen medizinischen Wissensstand transparent für die Entscheidungen des Koordinierungsausschusses als Beschlussgremium und der Bundesausschüsse aufbereiten. Über ein Kuratorium des Instituts sollen gesellschaftlich relevante Gruppierungen, so auch Patientenverbände die Möglichkeit erhalten, die Arbeit des Instituts zu begleiten und dessen Ergebnisse zu kommentieren. Das Institut erhält grundsätzlich Aufträge aus dem Zentrum/Zentralausschuss, kann aber darüber hinaus auch (soweit es von dort jeweils finanziert wird) Aufträge vom BMGS bzw. dem Patientenbeauftragten entgegennehmen. Da die Institutsleitung nicht auf Weisung des Zentrums/Zentralausschuss arbeitet, besitzt das Institut eine größtmögliche Unabhängigkeit.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen sind der Auffassung, dass mit ihrem Vorschlag eines Zentrums/Zentralausschuss für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesetzlichen Krankenversicherung und des ihm zuarbeitenden unabhängigen Instituts, die Arbeit der gemeinsamen Selbstverwaltung entscheidend verbessert werden und dem Anliegen der Politik nach unabhängiger Qualitätsbewertung und –sicherung Rechnung getragen werden kann.

Zahnersatz

Die Herausnahme des Zahnersatzes aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen und die private Absicherung des Risikos würde eine deutliche Mehrbelastung der Versicherten mit sich bringen, da künftig die privatärztliche Gebührenordnung für Zahnärzte gilt (2,3-facher Satz). Zudem wäre die gesetzliche Krankenversicherung nicht mehr in Lage, im Interesse ihrer Versicherten Qualität und Preise beim Zahnersatz zu beurteilen und zu prüfen. Die finanzielle Mehrbelastung könnte freiwillig Versicherte veranlas-

Stellungnahme
zum Antrag
der CDU/CSU-Bundestagsfraktion
BT-Drs. 17/1174

sen die GKV zu verlassen. Der AOK-Bundesverband lehnt die Privatisierung der GKV-Zahnersatzleistung ab und spricht sich für Lösungen unter dem Dach der GKV aus.

Festschreibung Arbeitgeberanteil

Die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags gefährdet aus Sicht des AOK-Bundesverbandes massiv die GKV. Insbesondere wird die Wettbewerbsfähigkeit der Versorgerkassen gefährdet. Er führt weder zu mehr Effizienz noch zu mehr Verteilungsgerechtigkeit. Die notwendige Entlastung der Arbeitgeber kann durch eine Vielzahl anderer Maßnahmen sichergestellt werden.

Zuzahlung

Die zehnprozentige Zuzahlung wirft erhebliche Probleme auf, da sie insbesondere im ambulanten Bereich zu einer zusätzlichen Bürokratisierung der Abrechnungen beiträgt. Aufgrund der globalen Vergütung der Kassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen ist eine prozentuale Selbstbeteiligung an den jeweiligen Behandlungskosten kaum umzusetzen. Die Umsetzung der zehnprozentigen Zuzahlung führt unter diesen gegebenen Bedingungen zu einem Verfahren der Kostenerstattung. Eine solche schleichende Aushöhlung des Sachleistungsprinzips in der GKV ist nicht hinnehmbar.

Risikostrukturausgleich

Der AOK-Bundesverband begrüßt ausdrücklich, dass eine Modifikation des RSA vorgeschlagen wird, damit von ihm keine fehlsteuernden Anreize ausge-

Stellungnahme
zum Antrag
der CDU/CSU-Bundestagsfraktion
BT-Drs. 17/1174

hen und die Morbidität der Versicherten differenzierter als im geltenden Recht berücksichtigt werden kann. Ein solch komplettierter RSA ist notwendig, um ohne wettbewerbsverzerrende Ausgangsbedingungen eine optimale Versorgung der Versicherten zu organisieren. Erst recht ist ein morbiditätsorientierter RSA Voraussetzung für einen Vertragswettbewerb mit den Leistungserbringern. Der RSA gehört somit zu den unverzichtbaren Rahmenbedingungen für ein wettbewerblich organisiertes Gesundheitswesen. Eine Begrenzung des RSA oder ein Verzicht würde diesen Wettbewerb zu tiefst gefährden, alle Bemühungen um eine verbesserte medizinische Versorgung konterkarieren und eine Entsolidarisierung zwischen den Krankenkassen hervorrufen.