

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0248(7)
vom 19.06.03**

15. Wahlperiode

Stellungnahme

zum

**„Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung
des Gesundheitssystems“
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG)**

an den

Bundestagsausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung

Berlin, den 19. Juni 2003

Allgemeine Anmerkungen

A Handlungsbedarf

Der durchschnittliche **Beitragssatz** in der gesetzlichen Krankenversicherung ist von 13,6 vH in 2001 über 14,0 vH in 2002 auf 14,3 vH zum 1. Januar 2003 gestiegen. Das entspricht auf Jahresbasis einer Zusatzbelastung für die Beitragszahler – Versicherte und Betriebe – von 7 Mrd. €. Nach Schätzungen von Sachverständigen und Experten ist für Ende 2003, bedingt durch die bisher aufgelaufenen Defizite und die weitere negative Finanzentwicklung, sogar mit einem Beitragssatzniveau von bis zu **15 vH** zu rechnen. Derzeit ist bereits ein Fehlbetrag von 6 Mrd. € aufgelaufen. Das 1. Quartal 2003 schlossen die Krankenkassen mit einem Ausgabenüberhang von 630 Mio. € ab.

Hieraus errechnet sich ein notwendiger **Beitragsanstieg** von nochmals um 7 Mrd. € pro Jahr und damit um insgesamt **14 Mrd. €** innerhalb von nur 3 Jahren zunehmen. Damit dreht sich die Beitragssatzschraube in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht nur immer weiter, sondern auch immer schneller, und geht der Anstieg der Beitragssatzsumme in der Sozialversicherung seit 2001 zu zwei Dritteln auf das Konto des Gesundheitswesens.

Diese drastische Verteuerung der gesetzlichen Krankenversicherung ist wachstums- und beschäftigungsfeindlich. Höhere Zwangsabgaben für die Versicherten bzw. Arbeitnehmer und höhere gesetzliche **Personalzuatzkosten** für die Betriebe bzw. Arbeitgeber machen Arbeit auf der einen Seite immer unattraktiver und auf der anderen Seite immer teurer. Im Ergebnis führt das – zum Nachteil aller Beteiligten – in einen **Teufelskreis** aus steigenden Beitragssätzen, sinkender Beschäftigung und höheren Sozialausgaben.

Die Zahl der **Erwerbstätigen** mit einem Arbeitsort in Deutschland hat sich im 1. Quartal 2003 gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum erneut kräftig verringert, d.h. um 481.000 oder 1,3 vH. Verglichen mit dem 1. Quartal 2001 ergibt sich sogar ein Rückgang um **569.000** bzw. 1,5 vH. Im 1. Quartal 2003 gab es zudem – erstmals seit der Wiedervereinigung – auch einen Beschäftigungsabbau im Dienstleistungsbereich, und zwar um 62.000 bzw. 0,2 vH. Diese Entwicklungen und Zusammenhänge verlangen endlich konsequente,

durchgreifende und nachhaltige Strukturreformen. Flickschusterei, Notoperationen und Herumdoktern – wie zuletzt mit dem am 1. Januar 2003 in Kraft getretenen „Beitragssatzsicherungsgesetz“ (BSSichG) – darf es nicht mehr geben.

B Entlastungsrechnung

Wenn der durchschnittliche Beitragssatz durch das „Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz“, das zum 1. Januar 2004 in Kraft treten soll, wieder – wie im Vorfeld mehrmals angekündigt – auf **unter 13 vH** zurückgehen soll, muss ein jährliches Entlastungsvolumen von **mindestens 20 Mrd. €** durch Einsparungen oder Umfinanzierungen realisiert werden. Aus Sicht der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände ist dabei vorrangig auf der Leistungs- bzw. Ausgabenseite anzusetzen. Umfinanzierungen durch Steuererhöhungen oder die Erschließung weiterer Geldquellen können zwar auch die Beitragsbelastung bzw. den Beitragssatz senken, würden aber an der ebenfalls viel zu hohen Gesamtabgabenlast nichts ändern bzw. sie sogar noch weiter erhöhen.

Die im jetzt vorgelegten Gesetzentwurf enthaltenen Reformmaßnahmen zielen zu einem großen Teil in die richtige Richtung und stellen erste wichtige Weichenstellungen dar hin zu einer von der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände geforderten „**Basis-sicherung mit Kernleistungen**“ mit mehr Wettbewerb auf allen Ebenen des Gesundheitswesens, größeren Handlungsfreiheiten für die Akteure auf der Angebots- und Nachfrageseite sowie transparenteren Abläufen. Insgesamt gesehen reicht das „Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz“ in seiner jetzigen Form allerdings nicht aus, um die gesetzliche Krankenversicherung dauerhaft leistungsfähig und finanzierbar zu halten. Hierzu sind **weitergehende Reformschritte** unverzichtbar.

Angestrebt wird ein „**direktes**“ **Entlastungsvolumen** für die Krankenkassen bzw. Beitragszahler in 2004 von insgesamt lediglich 8,5 Mrd. €. Allerdings enthält auch dieser Betrag noch größere Unsicherheiten, denn 3 Mrd. € hiervon sollen aus der Umsetzung „struktureller Maßnahmen“ kommen, die sich aber kaum oder gar nicht quantifizieren lassen. Hier steht – zumindest teilweise – Wunschdenken im Vordergrund. Dementsprechend ist auch fraglich, ob sich über eine „konsequente Umsetzung“ dieser „**indirekten**“ **Maßnahmen** im Zeitverlauf weitere 5 Mrd. € – und damit insgesamt 8 Mrd. € – einsparen lassen. Daneben sollen die Krankenkassen aus der Übernahme versicherungsfremder Leistungen in die Steuerfinanzierung bzw. der **Tabaksteueranhebung** in den Jahren 2004, 2005 und 2006 Abschlagszahlungen von 1,0 bzw. 1,5 bzw. 2,0 Mrd. € erhalten. Zusätzlich soll mit einem Volumen von 7

Mrd. € das **Krankengeld** aus der paritätischen Finanzierung herausgenommen und in eine allein „versichertenbezogene Finanzierung“ überführt werden.

Zu den „indirekten“ Maßnahmen bzw. „**Steuerungs- und Strukturmaßnahmen**“, die in die **richtige Richtung** von mehr Wettbewerb, Wirtschaftlichkeit und Transparenz zielen, gehören vor allem a) der Einstieg in eine Flexibilisierung des Vertragsrechts zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern, b) die Einführung einer Patientenquittung und einer elektronischen Gesundheitskarte, c) die Verpflichtung der Ärzte zur Fortbildung, d) die Einführung eines Qualitätsmanagements, e) die Teilöffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung, f) die Zulassung von Gesundheitszentren, g) die Weiterentwicklung der integrierten Versorgung, h) die Stärkung der Patientenrechte sowie i) die Förderung der Prävention.

Demgegenüber sind andere „Steuerungs- und Strukturmaßnahmen“, und hier insbesondere die Einführung des „**Hausarzt systems**“ und damit verbundene Bonusregelungen als verbindliche Vorgabe für alle Krankenkassen sowie die Errichtung eines unabhängigen „**Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin**“ als wettbewerbsfeindlich und/oder kontraproduktiv abzulehnen. Zum einen würden durch das „Hausarztmodell“ **Alternativmodelle**, wie z.B. die integrierte Versorgung, diskriminiert. Letztlich muss sich im Wettbewerb zeigen, welche Versorgungsform die bessere ist. Zum anderen kommt es unweigerlich zu Doppelarbeiten und einer Duplizierung des **Bürokratieaufwands**, denn das „Zentrum“ würde neben die bereits bestehenden Selbstverwaltungsinstitutionen treten. Qualität und Wirtschaftlichkeit können auch durch „selektives Kontrahieren“ bzw. Vertragsfreiheit verbessert werden.

Im Zusammenhang mit den inzwischen aufgelaufenen **Defiziten** der Krankenkassen von 6 Mrd. € und dem Ausgabenüberhang von 630 Mio. € im 1. Quartal 2003 ist es sogar mehr als fraglich geworden, ob der durchschnittliche Beitragssatz im kommenden Jahr überhaupt auf **unter 14 vH** sinken wird, geschweige denn auf unter 13 vH. Das **beitragssatzrelevante Entlastungsvolumen** – „direkte“ Maßnahmen, erste „indirekte“ Maßnahmen und „Abschlagszahlungen“ – beläuft sich für 2004 in der Summe lediglich auf **9,5 Mrd. €**.

Daneben darf nicht übersehen werden, dass ein großer Teil der „direkten“ Entlastungen von 8,5 Mrd. € über **Mehrbelastungen** an anderen Stellen finanziert werden, also durch Umfinanzierungen und nicht durch Ausgabensenkungen. Zum einen soll – in 3 Schritten – die **Tabaksteuer** erhöht werden. Hierdurch will der Bund seine Mehrkosten aus der Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen auffangen. Damit tritt unabhängig von der gesundheitspolitischen Zielsetzung eine Zwangsabgabe an die Stelle einer anderen Zwangsabgabe. Da das genaue Aufkommen nicht zu prognostizieren ist, sind für die nächsten 3

Jahre Abschlagszahlungen – von 1,0 über 1,5 auf 2,0 Mrd. € steigend – an die Krankenkassen vorgesehen. Zum anderen sollen ab 2004 **Rentner** auf Versorgungsbezüge wie z.B. Betriebsrenten und auf Arbeitseinkommen den vollen und nicht mehr bloß den halben Beitrag entsprechend dem geltenden Recht entrichten. Angesetzt werden bei dieser neuen Geldquelle immerhin 1,6 Mrd. €.

C Beitragssatzsenkungspotenzial

Die „**Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme**“ („Rürup-Kommission“) schlägt im Vergleich dazu Reformmaßnahmen vor, die sich auf ein Entlastungspotenzial von insgesamt **24 Mrd. €** belaufen, und zwar ohne Tabaksteuererhöhung und Beitragsanhebung für Rentner. Hierdurch – a) Herauslösung des Krankengeldes aus der paritätischen Finanzierung (7,5 Mrd. €), b) Steuerfinanzierung der versicherungsfremden Leistungen (4,5 Mrd. €), c) Neuordnung der Zuzahlungsregelungen zur Stärkung der Eigenverantwortung und des Kostenbewusstseins (10 Mrd. €) sowie Aufhebung der Preisbindung für Generika-Arzneimittel (2 Mrd. €) – könnte der durchschnittliche Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung um 2,4 Prozentpunkte abgesenkt werden. Einschließlich eines voraussichtlichen Defizits in 2003 von mindestens 7 Mrd. € resultiert daraus ein Beitragssatzsenkungspotenzial von immerhin 1,7 Prozentpunkten, d.h. von 15 auf **13,3 vH** (siehe Abschnitt B).

Der „**Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen**“ kommt in seinem aktuellen Jahresgutachten sogar auf ein Entlastungspotenzial von **40 Mrd. €**. Dieses umfasst allerdings sowohl Strukturreformen auf der Leistungs- bzw. Ausgabenseite als auch auf der Einnahmen- bzw. Finanzierungsseite. Das ergibt rechnerisch – unter den gleichen Annahmen wie oben bzw. in Abschnitt B – eine Senkung des durchschnittlichen Beitragssatzes um 3,3 Prozentpunkte, also von 15 auf **11,7 vH**. Im Einzelnen wird vorgeschlagen, a) die versicherungsfremden Leistungen über Steuern zu finanzieren, b) die Verschiebepbahnhöfe zu Lasten der Krankenkassen rückgängig zu machen, c) die Zuzahlungen anzuheben, d) die beitragsfreie Familienmitversicherung neu zu ordnen, e) die Beitragsbemessungsgrundlage auszuweiten, f) die privaten Unfälle aus der paritätischen Finanzierung herauszunehmen sowie g) den gesetzlichen Leistungskatalog – auch durch die Herausnahme des Zahnersatzes – zu konzentrieren.

Aus Sicht der „**Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände**“ kann in der gesetzlichen Krankenversicherung – ohne Gefährdung der gesundheitlichen Versorgung der

Bürger und ohne finanzielle Überforderung der Versicherten bzw. Patienten – der durchschnittliche Beitragssatz auf wieder **unter 12 vH** gesenkt werden. Das setzt Einsparungen und Entlastungen in der vom Sachverständigenrat vorgegeben Größenordnung voraus. Vorgeschlagen werden im Rahmen einer „Basissicherung mit Kernleistungen“ vor allem a) eine Herausnahme des Krankengeldes, der privaten Unfälle sowie der Zahnbehandlung und des Zahnersatzes aus der paritätischen Finanzierung und die Abdeckung dieser Leistungsbereiche vorrangig über die private Krankenversicherung (28,5 Mrd. €), b) eine Anhebung der Zuzahlungen – einschließlich einer durchgängigen Praxisgebühr – auf internationales Niveau (5 Mrd. €) sowie c) die Streichung bzw. Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen (4,5 Mrd. €). Allein diese 3 Maßnahmen erbringen zusammen **38 Mrd. €**.

Daneben sind eine d) Stärkung des Wettbewerbs, eine Erweiterung der Vertragsfreiheiten für alle Beteiligten und ein Ausbau der Wahlrechte der Versicherten ebenso unverzichtbar wie e) eine Verringerung der Überkapazitäten insbesondere im stationären Bereich und f) die Einführung eines wirksamen Wirtschaftlichkeitscontrollings. Diese Reformmaßnahmen lassen sich allerdings kaum oder nur schwer quantifizieren. Entsprechend ist der **Arbeitgeberanteil** gesetzlich auf höchstens **6 vH** festzuschreiben. Über den Kernleistungsbereich hinausgehende Leistungen dürfen – genauso wie Unwirtschaftlichkeiten und Überkapazitäten – künftig nicht mehr zu Lasten der **Arbeitskosten** und damit zu Lasten von Arbeitsplätzen gehen. Dabei ist festzuhalten, dass die – gemessen an der Bettenzahl und durchschnittlichen Verweildauer – unverändert bestehenden Überkapazitäten im **Krankenhausbereich** nicht angegangen werden. Auf diesen Sektor, der vom „Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz“ nahezu komplett ausgespart wird, entfallen über ein Drittel der gesamten Kassenausgaben.

Mittelfristig muss auch die **Finanzierung** der gesetzlichen Krankenversicherung neu geregelt werden. Das von der „Rürup-Kommission“ als ein Zukunftsmodell vorgeschlagene „**Kopf-Pauschalen-Modell**“ ist eine sachgerechte Alternative zum heutigen lohnzentrierten Finanzierungsverfahren. Es entkoppelt die Krankheitskostenfinanzierung von den **Arbeitskosten**, überträgt notwendige Umverteilungsmaßnahmen vom Beitrags- auf das hierfür eindeutig besser geeignete Steuer- und Transfersystem, sorgt für eine gerechtere Beitragsbemessungsgrundlage – weil das Gesamteinkommen einbezogen und dem Leistungsfähigkeitsprinzip Rechnung getragen wird – und verringert die mit der demografischen Entwicklung verbundenen Zusatzlasten.

Vor diesem Hintergrund wird der Entwurf eines „**Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes**“, der größtenteils richtige und sachgerechte Weichenstellungen enthält, den Erfordernissen und Notwendigkeiten nicht gerecht. Diesem ersten Schritt müssen umgehend **wei-**

tere Schritte folgen, damit die gesetzliche Krankenversicherung dauerhaft leistungsfähig und finanzierbar bleibt.

Konkrete Anmerkungen

1 Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung

a) Die Zielsetzung, die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern, wird grundsätzlich begrüßt. Mit der Einrichtung des „**Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin**“ wird dieses Ziel aber nicht erreicht werden können. Erhebliche **Bedenken** bestehen im Hinblick auf die im Entwurf des „Gesundheitssystemmodernisierungsgesetze“ vorgesehene konkrete Ausgestaltung des Zentrums.

Zum einen sollen die Entscheidungsträger des „Zentrums“, nämlich der Direktor, der Stellvertreter und der wissenschaftliche Beirat, vom **Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung** berufen werden, das zum anderen auch prioritär die Aufträge an das „Zentrum“ erteilt. Darüber hinaus sind die „Bundesausschüsse“ und der „Ausschuss Krankenhaus“ faktisch an die Empfehlungen des „Zentrums“ gebunden. Diese Konstellation bedingt nicht nur eine **Schwächung der gemeinsamen Selbstverwaltung** von Kassen und Leistungserbringern, sondern birgt zudem die Gefahr einer politisch motivierten Staatsmedizin. Es muss mit weiteren **Regulierungen und Dirigismen** gerechnet werden, die den notwendigen Wettbewerb im Gesundheitswesen lähmen und den Forschungsstandort Deutschland gefährden. Statt dieses unbrauchbaren Instrumentes sollte die Kompetenz der Bundesausschüsse gestärkt werden.

b) Die vorgesehene **Fortbildungsverpflichtung** für Ärzte, **Qualitätssicherung** in Praxen und kassenärztlichen Vereinigungen sowie Vergrößerung der **Arzneimittelsicherheit** sind Steuerungs- und Strukturmaßnahmen, die in die richtige Richtung zielen.

2 Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Die unter dem Rubrum „Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen“ vorgesehenen Maßnahmen sind im Grundsatz sachgerecht und geeignet, den Wettbewerb im Gesundheitswesen zu intensivieren. Insgesamt greifen die geplanten Regelungen aber nicht weit genug.

a) Dies gilt insbesondere für die **Flexibilisierung des Vertragsrechts**; denn Einzel- statt Kollektivverträge sollen nur auf Facharztbene möglich sein. Dabei werden – als weitere Ausnahmeregelung – hiervon noch Augenärzte, Gynäkologen und andere Arztgruppen ausgenommen. Völlig unverständlich ist, dass das Geschehen in der **zahnärztlichen Versorgung** vollkommen vom Wettbewerb unberührt bleiben soll.

b) **Wichtige Versorgungsbereiche** – und hier vor allem auch der kostenintensive Krankenhausbereich, auf den über ein Drittel der Gesamtausgaben der Krankenkassen entfallen – bleiben somit in den überkommenen Strukturen verhaftet. Richtig wäre, den Einzelvertrag künftig zur Regel und den Kollektivvertrag zur Ausnahme zu machen.

c) Die Stärkung der **hausärztlichen Versorgung** ist grundsätzlich positiv zu bewerten, jedoch mit den vorgesehenen Maßnahmen nicht zu erreichen. Sie werden vielmehr zu **Kostensteigerungen** führen. So wird in vielen Fällen die obligatorische Erstkonsultation des Hausarztes zu zusätzlichen Behandlungs-, Verschreibungs- und Überweisungsgebühren führen, obwohl von vornherein klar ist, dass eine fachärztliche Inanspruchnahme zwingend geboten ist. Zudem ist es kontraproduktiv und wettbewerbsfeindlich, den Kassen verbindlich die Einführung eines Hausarztsystems vorzuschreiben. Der Wettbewerb muss zeigen, welches letztlich die beste Versorgungsform ist.

d) Die Zulassung von **Gesundheitszentren** ist im Grunde geeignet, den Wettbewerb auf Seiten der Leistungserbringer zu stärken. Es muss jedoch vermieden werden, dass sie – sofern sie als Einrichtungen der gesetzlichen Krankenkassen betrieben werden – **zu Lasten der Beitragszahler** gehen.

e) Grundsätzlich positiv zu werten ist die Erleichterung des Abschlusses von Verträgen zur **integrierten Versorgung**, weil sie geeignet sind, die strenge Abgrenzung der einzelnen Versorgungssektoren zu überwinden. Allerdings beinhaltet die in diesem Zusammenhang vorgesehene Aussetzung des Grundsatzes der **Beitragssatzstabilität** erhebliche finanzielle Risiken. Diese müssen zwingend eingegrenzt werden.

3 Weiterentwicklung des ärztlichen Vergütungs- und Abrechnungssystems

Die vorgesehenen Maßnahmen erhöhen zum einen den **Verwaltungsaufwand** bei Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen deutlich und bergen zum anderen die **Gefahr von Kostensteigerungen**. Die Einführung von Komplexgebühren und Fallpauschalen für die fachärztlichen Leistungen sowie ambulante Operationen und von Pauschalvergütungen für die Behandlung von Versicherten in Hausarztssystemen ist überaus kompliziert und berücksichtigt nicht ausreichend die Gefahr von Mengensteigerungen. Auch die Einführung **fester Punktwerte** im Rahmen von Regelleistungsvolumina ist mit erheblichen finanziellen Risiken für die Ausgaben der Krankenkassen verbunden. Gleiches gilt für die geplante stärkere Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts bei der Anwendung des **Grundsatzes der Beitragssatzstabilität**.

Zu begrüßen sind die vorgesehene Verbesserung der Effizienz der **Wirtschaftlichkeitsprüfungen** durch eine veränderte Organisationsstruktur der Prüfungsausschüsse, eine mehr Ziel gerichtete **Datenaufbereitung** und eine wirksamere Prüfung der **Leistungsabrechnungen**.

4 Modernisierung der Steuerung des Systems

Die **Modernisierung der Organisationsstrukturen** der Kassenärztlichen Vereinigungen, z.B. durch Fusionen zu größeren Einheiten, ist eine sachgerechte Maßnahme zur Steigerung der Effizienz und zur Erschließung von Synergieeffekten.

Eine Reform des **Organisationsrechts** der im Wettbewerb stehenden Krankenkassen ist grundsätzlich zu begrüßen. Das darf aber nicht in isolierten und einzelnen Schritten – und vor allem nicht zum Nachteil nur einer einzigen Kassenart, hier: der **Betriebskrankenkassen** – erfolgen, sondern muss im Gesamtzusammenhang und in einem Guss geschehen. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Beseitigung der Möglichkeit zur Übernahme der **Personealkosten** durch den Arbeitgeber bis Ende 2004 und Aussetzung der Möglichkeit zur **Errichtung** neuer oder Öffnung bestehender Kassen bis Ende 2006 ist das genaue Gegenteil von Wettbewerb. Der Vorschlag, ab 2007 auch **kassenartenübergreifende Fusionen** zu ermöglichen, bedarf noch der genauen Prüfung. Das gilt insbesondere im Hinblick auf die damit verbundenen haftungsrechtlichen Fragen.

5 Verbesserung der Patientensouveränität und der Patientenrechte

Der Ausbau der **Beteiligungs- und Anhörungsrechte** von Patientenorganisationen ist vom Grundsatz her nicht zu beanstanden. Die Ungenauigkeit der Gesetzesformulierungen lässt jedoch Rechtsstreitigkeiten erwarten. Zudem besteht auch die Gefahr von **Kostensteigerungen**; denn die Patientenorganisationen werden in aller Regel Forderungen nach Erweiterung der Behandlung postulieren, ohne die Wirtschaftlichkeitsaspekte hinreichend zu berücksichtigen. Gleiches gilt für die Funktion des **Patientenbeauftragten**.

6 Bonus für Versicherte

a) Das Vorhaben, **verschiedene Boni** für die Versicherten einzuführen, ist grundsätzlich eine begrüßenswerte Maßnahme, da so die Eigenverantwortung sowie das Gesundheits- und Kostenbewusstsein der Versicherten gestärkt wird.

Jedoch sollte den Krankenkassen nicht verbindlich vorgegeben werden, bei Teilnahme an einem Hausarztssystem, einem strukturierten Behandlungsprogramm oder bei der integrierten Versorgung für die Dauer der Teilnahme die **Zuzahlung** für Arznei- und Verbandmittel zu **reduzieren**. Zum einen sind die von einem solchen Anreizsystem zu erwartenden Einsparungen keineswegs sicher. Zum anderen werden Alternativmodelle diskriminiert. Letztlich muss sich im Wettbewerb zeigen, welche Versorgungsform und welche Art der Bonusgewährung die beste ist. Möglich ist z. B. auch die Gewährung eines **Beitragsnachlasses** durch die Krankenkasse.

b) Die Möglichkeit für die Krankenkassen, Versicherten, die regelmäßig Leistungen zur **Früherkennung** oder zu **primären Präventionen** in Anspruch nehmen einen Bonus zu gewähren, ist als Maßnahme zum Ausbau der Eigenverantwortung der Versicherten zu begrüßen. Dasselbe gilt für die Möglichkeit, für die Krankenkassen bei Maßnahmen der **betrieblichen Gesundheitsförderung** eines Arbeitgebers, sowohl dem Arbeitgeber als auch dem teilnehmenden Versicherten Boni zu gewähren.

Jedoch sollte den Krankenkassen bei Versicherten, die regelmäßig Früherkennungsmaßnahmen und Prävention in Anspruch nehmen, nicht die Möglichkeit eingeräumt werden, den Versicherten über die bestehenden Regelungen hinaus von Zuzahlungen zu befreien. Da Zuzahlungen, ein wichtiges Steuerungselement zur Stärkung der **Eigenverantwortung** des

Versicherten sind, konterkariert diese Regelung die übrigen Maßnahmen zur Förderung des **Kosten- und Gesundheitsbewusstseins**.

7 Verbesserung der Transparenz

Die zur Verbesserung der **Transparenz** vorgeschlagenen Maßnahmen – u.a. Patientenquittung, elektronische Gesundheitskarte, kassenartenübergreifende Bereitstellung von Leistungs- und Abrechnungsdaten – entsprechen den von der BDA seit langem erhobenen Forderungen. Sie sind geeignet, Doppel- und **Mehrfachuntersuchungen** einzudämmen, **Abrechnungsmisbrauch** zu verhindern und den Patienten zur kostenbewussten Inanspruchnahme von Leistungen anzuhalten.

8 Verbesserung der Arzneimittelversorgung

a) Die mit dem Gesetzentwurf geplante Liberalisierung der **Arzneimittelpreisverordnung** durch a) Ausweitung der Möglichkeiten für vertragliche Vereinbarungen über Handelsspannen sowie b) des gesetzlichen Rahmens für Vereinbarungen zwischen den Arzneimittelproduzenten und Krankenkassen über Rabatte auf die Listenpreise ist grundsätzlich sachgerecht zur Stärkung des **Wettbewerbs** auf diesem Teilmarkt des Gesundheitswesens. Zu unterstützen ist – in diesem Zusammenhang – auch für das Vorhaben, die **Handelszuschläge** für Apotheker auf einen preisunabhängigen Festzuschlag (7,30 € je Packung) und einen preisbezogenen Zuschlag von 3 vH umzustellen. Anderenfalls bestünde die Gefahr, dass vorzugsweise teure Medikamente abgegeben werden und/oder die Liberalisierung ins Leere läuft.

b) Die Abschaffung des **Mehrbesitzverbots** bei Apotheken und die Zulassung von **Versandapotheken** – unter Wahrung der Arzneimittelsicherheit sollen zu mehr Wettbewerb und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen im Allgemeinen und in der Arzneimittelversorgung im Besonderen führen. Sie sind deshalb – mit der Zielsetzung eines optimalen Nebeneinanders unterschiedlicher **Angebotsformen** – sachgerecht. Die Erfahrungen in anderen EU-Mitgliedsländern mit Filialketten und e-commerce belegen, dass zum einen die Versicherten bzw. Patienten diese neuen Angebotsformen wollen bzw. akzeptieren, und dass sich die Versorgungssicherheit hierdurch nicht nachteilig entwickelt hat. Zudem ist eine solche Entwicklung **europarechtlich** bzw. mit Blick auf die bisherigen gesundheitspolitischen Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes vorgezeichnet und auf Dauer nicht aufzuhalten.

9 Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen

Die Ergreifung gezielter Maßnahmen zur Bekämpfung von Korruptionsfällen im Gesundheitswesen, die sich in den letzten Jahren gehäuft haben und die sich in der Summe in **beitragssatzrelevanten Dimensionen** bewegen, findet volle Unterstützung. Das gilt insbesondere für das Vorhaben, die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen – zur Ergänzung ihrer bisherigen Aktivitäten – zu verpflichten, **Prüf- und Ermittlungseinheiten** zur Korruptionsbekämpfung einzurichten und bei Verdacht auf strafbare Handlungen bei der zuständigen Staatsanwaltschaft Strafanzeige zu erstatten.

Fraglich ist in diesem Zusammenhang allerdings, ob darüber hinaus tatsächlich die neue Funktion eines „**Beauftragten zur Bekämpfung von Korruption**“ als Ansprechpartner für die Bürger, für Einrichtungen und Beschäftigte des Gesundheitswesens mit möglichst weitgehenden den Prüf- und Informationsrechten erforderlich ist. Gegebenenfalls können diese Aufgaben auch von Prüf- und Ermittlungseinheiten bei den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen mit übernommen werden. Auf jeden Fall müssen „**Doppelarbeiten**“ sowie Kosten vermieden werden, die über die möglichen Einspareffekte hinausgehen.

10 Neuordnung der Finanzierung

a) Die Streichung des **Krankengeldes** aus der paritätischen Finanzierung (Entlastungsvolumen 7 Mrd. €) ist vor dem Hintergrund, dass die Arbeitgeber für die **Entgeltfortzahlung** in den ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit jährlich 34 Mrd. € aufzubringen haben, sachgerecht und notwendig. Konsequenz wäre diese Maßnahme allerdings nur, wenn das Krankengeld auch aus der gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen und die Absicherung dieses Risikos – als abgesenkte Pflichtleistung – in die **private Krankenversicherung** übertragen würde.

Als Pflichtversicherung kann und darf die gesetzliche Krankenversicherung nur solche Leistungen umfassen, die nicht zum Kernleistungsbereich einer **Basissicherung** gehören und die nicht in Eigenverantwortung vom Versicherten selbst getragen werden können. Deshalb können und müssen darüber hinaus – als Pendant zur alleinigen Finanzierung der gewerblichen Berufsgenossenschaften durch die Betriebe in Höhe von 12 Mrd. € pro Jahr – auch die Kosten für die **privaten Unfälle** (Entlastungsvolumen 10,5 Mrd. €) sowie – als Maßnahme

zur Stärkung des Gesundheitsbewusstseins bzw. der Eigenverantwortung – die Aufwendungen für die **Zahnbehandlung** und den **Zahnersatz** (Entlastungsvolumen 11 Mrd. €) aus der paritätischen Finanzierung herausgenommen werden. Auch diese Leistungsbereiche sollten als obligatorische Leistungen mit Kontrahierungszwang in die private Krankenversicherung ausgelagert werden.

b) Unterstützt wird auch das Vorhaben, die **versicherungsfremden Leistungen** (Gesamt-volumen 4,5 Mrd. € bzw. Entlastungsvolumen bis 2006 von 1,0 über 1,5 auf 2,0 Mrd. € steigend) aus dem Katalog der beitragsfinanzierten Leistungen herauszunehmen und über Steuern oder – wie bei der künstlichen Befruchtung, der Sterilisation, dem Sterbegeld und dem Entbindungsgeld vorgesehen (Entlastungsvolumen 0,6 Mrd. €) – durch den Einzelnen selbst zu finanzieren. Zu Lasten einer gesetzlichen Pflichtkrankenversicherung dürfen lediglich Leistungen mit einem direkten Bezug zu einer **Krankheit** finanziert werden. Das notwendige Ziel, den Umfang der Steuerfinanzierung möglichst gering zu halten bzw. nur die im Zusammenhang mit der Schwanger- und Mutterschaft stehenden Leistungen auch künftig kollektiv abzudecken, wird allerdings nicht konsequent verfolgt. Statt dessen steht im Gesetzentwurf die **Umfinanzierung** von Beiträgen auf Steuern (3,9 Mrd. € bzw. Abschlagszahlungen für 2004, 2005 und 2006 in Höhe von 1,0 bzw. 1,5 bzw. 2,0 Mrd. €) im Vordergrund.

Der **Spielraum** zur Senkung der viel zu hohen Gesamtabgabenlast wird damit nicht ausgeschöpft. Nach den jetzigen Planungen haben die Krankenkassen bzw. **Beitragszahler** darüber hinaus – zumindest bis einschließlich 2006 bzw. bis zur Ermittlung des tatsächlichen Zusatzaufkommens aus der Tabaksteuererhöhung – von 2004 bis 2006 weiterhin 3,0 bzw. 2,5 bzw. 2,0 Mrd. € an Fremdleistungen selbst zu tragen. Das mit der schrittweisen Tabaksteuererhöhung verfolgte Ziel, den „Preisschock“ für die Raucher in Grenzen und sie als Finanziers des Gesundheitssystems zu erhalten, steht dabei im Widerspruch zur gesundheitspolitischen Zielsetzung. Erneut – wie schon bei der Ökosteuer – wird auf eine „**doppelte Dividende**“ gesetzt, die es nicht geben kann.

Überhaupt nicht angesprochen wird im Gesetzentwurf die ebenfalls und schon seit langem überfällige Reform der Finanzierung des **Mutterschaftsgeldes**. Der Krankenkassenanteil liegt seit 1968 bei unverändert rund 13 € pro Tag. Die vom Arbeitgeber zu tragende Differenz zum vorherigen Nettolohn, der heute im Mittel rund 52 € pro Tag beträgt, macht den **Arbeitgeberzuschuss** entgegen der ursprünglichen Absicht des Gesetzgebers zur Hauptleistung. Diese versicherungs- und betriebsfremde Leistung, welche die Arbeitgeber mit über 1,5 Mrd. € pro Jahr belastet – muss mit in die geplante **Steuerfinanzierung** übernommen werden.

c) Positiv sind die sonstigen Leistungskürzungen, wie z.B. die Herausnahme **nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel** aus der Leistungspflicht der Krankenkassen, wobei Arzneimittel zur Behandlung von Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und für versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 17. Lebensjahr, die behindert sind und Entwicklungsstörungen haben, hiervon ausgeschlossen sind (Entlastungsvolumen 1,0 Mrd. €). Nicht nachvollziehbar ist andererseits, warum die Streichung nicht für homöopathische und anthroposophische Arzneimittel ohne zugelassenes Anwendungsgebiet gelten soll. Die Regelung, nach der im Einzelfall die Vertragsärzte ausnahmsweise nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel dennoch zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnen dürfen, soweit das der „Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“ im Rahmen der Arzneimittelrichtlinien vorgesehen hat, bedeutet eine weitere **Verwässerung** der Neuordnung.

d) Im Zusammenhang mit dem Vorhaben, speziell **Versorgungsbezüge** – z.B. aus der betrieblichen Altersvorsorge – und Arbeitseinkommen von in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Rentnern künftig mit dem **vollen Beitragssatz** statt wie bisher nur mit dem halben Beitragssatz der jeweiligen Krankenkassen zu belegen (Mehreinnahmen 1,6 Mrd. €), ist zu sehen, dass hierdurch die 2. Säule der Alterssicherung im Gegensatz zur Zielsetzung der „Rentenreform 2001“ bzw. des „Altersvermögensgesetzes“ – an **Attraktivität** verliert. Das Ziel, die Rentner stärker zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung heranzuziehen, ist zwar richtig. Allerdings wäre es besser, im Rahmen des **geltenden Beitragsrechts**, bei in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Rentnern das gesamte Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Versicherungspflicht zu unterstellen.

11 Neugestaltung der Zuzahlungen und Befreiungsmöglichkeiten

a) Grundsätzlich gehen die vorgesehenen Änderungen und Erhöhungen bei den **Zuzahlungen** – wie die modifizierte Spreizung der Arzneimittelzuzahlungen, Praxisgebühr bei direktem Facharztbesuch, Änderung der Härtefallregeln, Anhebung der Zuzahlungen im Krankenhaus (Entlastungsvolumen 1,9 Mrd. €) – in die richtige Richtung. Sie fallen aber, vor allem mit Blick auf die Selbstbeteiligungssätze in anderen EU-Mitgliedstaaten und die von der „Rürup-Kommission“ vorgeschlagen Neuordnungen mit einem Gesamtvolumen von 10 Mrd. €, insgesamt zu niedrig aus. Vor allem die **Praxisgebühr** muss, entsprechend der Ankündigung des Bundeskanzlers in der „Agenda 2010“, bei allen Arztbesuchen und nicht nur bei direkter Konsultation eines Facharztes erhoben werden. Zuzahlungen, Eigenbeteiligungen und Selbstbehalte sind unverzichtbare **Steuerungselemente** zur Stärkung der Eigenverant-

wortung des Einzelnen sowie zur Schaffung von Anreizen für ein kosten- und gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten bzw. Patienten.

b) Die Änderungen bei den **Zuzahlungen für Arzneimittel- und Verbandmittel** – 4 bzw. 6 bzw. 8 € je Packungsgröße statt wie bisher 4 bzw. 4,50 bzw. 5,00 € – bedeutet teilweise zwar eine relativ kräftige Anhebung. Die Grundprobleme einer an der Packungsgröße orientierten Zuzahlung, d.h. falsche Anreize und Fehlsteuerungen in Richtung auf möglichst große Packungen und Mehrverbrauch, werden damit jedoch nicht behoben. In jedem Fall besser wäre eine über alle Leistungsbereiche der gesetzlichen Krankenversicherung gehende **prozentuale Selbstbeteiligung**. Hierdurch hätten die Versicherten ein stärkeres Eigeninteresse an einer kostengünstigen und kostenbewussten Versorgung und würde gleichzeitig eine automatische Dynamisierung entsprechend der Preisentwicklung erfolgen. Eine **Reduzierung** der Zuzahlungssätze auf die Hälfte für Teilnehmer am „Hausarztssystem“, an zugelassenen „Disease-Management-Programmen“ oder an „integrierten Versorgungsformen“ lässt sich nur rechtfertigen, wenn diese Versorgungsformen tatsächlich Entlastungen für die Krankenkassen bzw. Beitragszahler nach sich ziehen. Zeichnet sich das im Zeitverlauf nicht ab oder kann das nicht belegt werden, müssen solche Ausnahmen wieder gestrichen werden.

Reduzierte Beiträge für chronisch Kranke und Behinderte in Dauerbehandlung, für die keine Behandlungsprogramme oder integrierte Versorgungsformen zur Verfügung stehen, lassen sich nur mit Bezug auf die individuelle Einkommens- und/oder Vermögenssituation rechtfertigen. Die Definition von **Härtefällen**, die in der Zukunft – unabhängig von der Packungsgröße – je 1 € zuzahlen sollen, ist restriktiv auszugestalten. Gleiches gilt mit Blick auf die Begrenzung der Eigenbeteiligung bei Fahrkosten und der Zuzahlungen bei Arznei-, Verband und Hilfsmitteln für chronisch Kranke auf 1 vH des Bruttojahreseinkommens, wobei die Streichung der vollständigen **Befreiung** künftig zu Recht nicht mehr möglich sein soll.

c) Die im Gesetzentwurf vorgesehene **Praxisgebühr** in Höhe von 15 € für die erste Inanspruchnahme darf nicht auf solche Versicherte begrenzt werden, die ohne Überweisung ihres Hausarztes einen Facharzt aufsuchen. Sie muss – wie in der „Agenda 2010“ vorgesehen und von der „Rürup-Kommission“ vorgeschlagen – durchgängig für jeden Arztbesuch gelten. Durch **zahlreiche Ausnahmeregelungen** a) für Besuche bei Kinderärzten, Frauenärzten, Augenärzten und Psychotherapeuten sowie in Notfällen, b) für Konsultationen im Rahmen zugelassener „Disease-Management-Programme“ oder integrierter Versorgungsformen und c) für chronisch Kranke und Behinderte in Dauerbehandlung, für die keine Behandlungsprogramme oder integrierte Versorgungsformen bestehen, wird die Steuerungswirkung weiter verwässert, die **Ausnahme zur Regel**.

d) Die geplante Anhebung der Zuzahlung im **Krankenhaus** von 9 auf 12 € je Krankenhaustag wird unterstützt. Gleichfalls sollte aber auch die Begrenzung auf höchstens **14 Kalendarstage** pro Jahr endlich aufgehoben werden, für die es keine sachliche Begründung gibt. Zudem sollte dieser Zuzahlungssatz entsprechend der allgemeinen Einkommensentwicklung **dynamisiert** werden, um künftig diskretionäre Anpassungen überflüssig zu machen.

e) Die Reduzierung des Leistungsanspruchs bei **Sehhilfen** (Entlastungsvolumen 0,5 Mrd. €) auf Kinder und Jugendliche sowie auf Fälle mit schweren Sehstörungen wird ebenso unterstützt wie die Einführung von therapiebezogenen Festzuschüssen auf der Grundlage von Leistungskomplexen beim **Zahnersatz**. Zum einen wird damit – wenn auch verspätet – die bisherige Entwicklung im „Brillenbereich“ konsequent fortgeschrieben, zumal die **Marktpreise** für Sehhilfen mittlerweile ein Niveau erreicht haben, das den Einzelnen in keiner Weise mehr überfordert. Zum anderen werden durch Festzuschüsse – im Gegensatz zu prozentualen Kassenzuschüssen – **Fehlanreize** und Fehlsteuerungen hin zu möglichst teurem Zahnersatz von vornherein vermieden.

E N D E
