



STELLUNGNAHME
des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte e.V.
(zum Bereich Private Krankenversicherung)
im Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
"Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der
Gesetzlichen Krankenversicherung"
("GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG")
(BT-Drs. 16/3100)

Für den Freien Verband Deutscher Zahnärzte, der die beruflichen Interessen von 20.000 Zahnärztinnen und Zahnärzten in Deutschland vertritt, wird mit dem vorgelegten Gesetzentwurf des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) der bereits im Koalitionsvertrag und dem Eckpunktepapier der Großen Koalition vorgezeichnete **Weg hin zu einem regierungsnahen, zentral gelenkten Gesundheitssystem mit starken Elementen von Einheitsversicherung, Einheitsleistungskatalog und Einheitsvergütung** beschrrieben.

Der Freie Verband betrachtet den vorliegenden Gesetzentwurf dabei nicht isoliert, sondern im direkten Kontext mit dem bereits im Bundestag verabschiedeten Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und der sich im Gesetzgebungsverfahren befindlichen Novelle des Versicherungsvertragsrechtes.

Die Folge aus der Anwendung dieser drei Gesetze wird eine weitgehende Beseitigung der freiberuflichen Strukturen der ambulanten Versorgung sein. Das vom Bundesministerium für Gesundheit mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und dem sog. Wettbewerbsstärkungsgesetz durchgedrückte Experiment, die ambulante Versorgung der deutschen Bevölkerung zukünftig von finanzstarken Investoren und einer wachsenden Zahl abhängig beschäftigter Ärzte und Zahnärzte sicherstellen zu lassen, wird gravierende Veränderungen in der Versorgungsdichte und -qualität nach sich ziehen – aus Sicht des Freien Verbandes aber in keinem Fall positive Veränderungen.

Der vorliegende Gesetzentwurf des GKV-WSG, der auch als "Große Gesundheitsreform" bezeichnet wird, sieht eine Fülle von Maßnahmen vor, die von einer umfassenden Organisationsreform der Spitzenverbände der Krankenkassen bis hin zu einer Neuordnung des Pharmabereiches reichen.

In dieser Stellungnahme beschränken wir uns inhaltlich auf den Bereich Private Krankenversicherung – PKV.

Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte beurteilt die verschiedenen auf die Private Krankenversicherung ausgerichteten Maßnahmen des GKV-WSG als konzertierte Aktion zur Aufweichung und schlussendlichen Zerstörung der existentiellen Geschäftsgrundlagen der PKV.

Das Bundesgesundheitsministerium und in Konsequenz die **große Koalition** haben sich offensichtlich das Ziel gesetzt, der Privaten Krankenversicherung in der bisherigen Form die Existenzgrundlagen zu entziehen und sie mit den gesetzlichen Krankenkassen gleichzuschalten, die Vertragsfreiheit zwischen Patient und Arzt/Zahnarzt zu beseitigen und eine medizinische Einheitsversorgung in Deutschland einzuführen (s. a. Werbeslogan des BMG: „Gesundheitspolitik ist immer Politik für 82 Millionen Menschen“). Der sozialpolitische Grundsatz „Subsidiarität vor Solidarität“ wird mit einer so ausgerichteten Politik zur Farce.

Die einzelnen Schritte zur Realisierung dieses "Zieles" sind - siehe Gesetzentwurf - u.a. folgende:

- Der **Wechsel von der GKV zur PKV** wird massiv erschwert. Nach § 6 des Entwurfes (Seite 11) ist vorgesehen, dass erst dann in die PKV gewechselt werden kann, wenn die Jahresarbeitsgeldgrenze drei Jahre in Folge überschritten wurde.
- Die Privaten Krankenversicherungen werden verpflichtet, also gezwungen, einen sog. **Basistarif** anzubieten.
- Dieser hat im Leistungsumfang und in der Vergütung dem Leistungskatalog der GKV zu entsprechen. Das bisherige Kernelement der Risikoprüfung entfällt vollständig. Vielmehr besteht für die Privaten Krankenversicherungen Kontrahierungszwang, wobei sie deutliche Wettbewerbsnachteile haben. Anders als die Gesetzlichen Krankenkassen können sie keinen "Zusatzbeitrag" erheben oder mit Zuweisungen aus der öffentlichen Hand rechnen.

- Völlig systemwidrig wird der Risikostrukturausgleich der Gesetzlichen Krankenversicherung nahtlos auf die PKV übertragen (§ 12g des Versicherungsaufsichtsgesetzes, Seite 239 des Entwurfes). Zur Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Basis-tarif-Versicherungen müssen sich private Versicherungsunternehmen am Ausgleich der Versicherungsrisiken im Basistarif beteiligen und dazu ein Ausgleichssystem schaffen und erhalten, dem sie angehören.
- Einen Arbeitgeberzuschuss für eine Private Krankenversicherung soll zukünftig ein Versicherter nur noch dann erhalten, wenn sich seine Private Krankenversicherung verpflichtet hat, einen **Basistarif** anzubieten (§ 257 des Entwurfes, Seite 125). Auf diese Weise wird "sanfter Druck" auf die Unternehmen ausgeübt, einen Basistarif anzubieten.
- Geradezu **entlarvend ist die Regelung des § 75 Abs. 3a** des Entwurfes (Seite 39 ff.). **Mit dieser Vorschrift wird den KVen/KZVen die Aufgabe übertragen, die Versorgung der im neuen brancheneinheitlichen Basistarif versicherten Personen sicherzustellen. Damit wird einer Institution aus dem Geltungsbereich des SGB V die Verantwortung für und Kontrolle über Verträge und Personen übertragen, die dem Privatrecht unterliegen.** Die Vergütung der Leistungen ist dabei vertraglich zwischen PKV-Verband und den KVen/KZVen zu vereinbaren. Sofern keine vertragliche Vergütungsvereinbarung zustande kommt, sind die Leistungen nach Ersatzkassensätzen zu vergüten, womit grundsätzlich sichergestellt würde, dass für vergleichbare ärztliche Leistungen vergleichbare Vergütungen zu zahlen sind (Seite 330 der Begründung). **Der Weg über "Kollektivverträge" zwischen Körperschaften des öffentlichen Rechtes und der privaten Versicherungswirtschaft wird gewählt, um die Versorgung für die Versicherten angesichts des nicht bestehenden Kontrahierungszwanges bei Privatbehandlungen zu gewährleisten.**
- Des weiteren müssen die Privaten Krankenversicherungen eine **Portabilität der Altersrückstellungen** (auf der Grundlage des Basistarifs) vorsehen, die zu einer weiteren Auszehrung der Risikorückstellungen der Privaten Krankenversicherungsunternehmen führen wird.

Es liegt auf der Hand, dass in der Folge dieser drei Maßnahmen (Wechselausschluss, Basistarif und Portabilität der Altersrückstellungen) die Prämien der PKV-Tarife deutlich steigen müssen und damit die Attraktivität einer privaten Krankenversicherung ebenso deutlich sinken wird – mit der Konsequenz neuer Prämiensteigerungen usw.

Nach unserer Auffassung wird die **Zeche für dieses Maßnahmenpaket nicht nur der PKV-Versicherte durch deutliche Prämiensteigerungen zahlen müssen, sondern auch der Arzt/Zahnarzt, der verpflichtet wird, den Basistarif-Versicherten zu GKV-Sätzen zu behandeln.**

Die von der Politik geforderten **"bezahlbaren" Prämien** im Basisschutz für Privatversicherte sollen **durch eine Absenkung der ärztlichen und zahnärztlichen Honorare** erreicht werden. So heißt es in der Begründung zu § 178b des Gesetzes über den Versicherungsvertrag (Seite 593 des Entwurfes) wortwörtlich: "Der Anspruch ist komplementär zu ihrer (Anm.: der Leistungserbringer) neu eingeführten Pflicht, Privatversicherte im Basistarif ambulant zu denselben Konditionen zu behandeln wie GKV-Versicherte."

Die politische Zielsetzung dieser Regelungen wird überdeutlich, wenn man sich die Begründung im Arbeitsentwurf des GKV-WSG vor Augen hält, wo es heißt, dass sich die Prämien der Versicherten zunächst teilweise deutlich erhöhen dürften, **"bis die erhofften kostensenkenden Effekte durch die Neuregelung der ärztlichen Vergütung und den Wettbewerb zwischen den Anbietern eintreten"**. Die Einführung eines Basistarifes dient also offensichtlich dem Zweck, die Vergütungen im Bereich der GKV und PKV "gleichzuschalten".

Zusammenfassung:

Aus unserer Sicht geht die Regierungskoalition mit dem GKV-WSG bewusst den Schritt, das einzige funktionstüchtige und zukunftsfähige System zur Absicherung von Krankheitskosten durch gesetzliche, nicht nachvollziehbare Auflagen vom Markt zu drängen und damit letztlich zu zerstören.

Dieser Schritt führt in der Konsequenz zu einer Adaptation der Privaten Krankenversicherung an die Gesetzliche Krankenversicherung auf deren Niveau und unter direkter Kontrolle bzw. Aufsicht der Regierung, eine Konstellation, die zu Recht als Plan- bzw. Staatsmedizin bezeichnet wird.

Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte kann angesichts der sich klar abzeichnenden Entwicklung die Mitglieder des Gesundheitsausschusses nur eindringlich davor warnen, den im GKV-WSG vorgesehenen Maßnahmen zu Lasten der privat Krankenversicherten und zur Schwächung des Systems der privaten Krankenversicherung zuzustimmen.

Wir fordern hingegen die Bundesregierung auf, diese Reform auf Vereinheitlichung und Kollektivismus setzende Reform umgehend zu stoppen und eine Neuausrichtung im Sinne eines liberalen und an der Eigenverantwortung des mündigen Bürgers ausgerichteten Gesundheitssystems zu wagen!

(Dr. Karl-Heinz Sundmacher)

Bundesvorsitzender

Bonn - Bad Godesberg, den 7. November 2006



STELLUNGNAHME

des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte e.V.

**zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
"Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs
in der Gesetzlichen Krankenversicherung"
("GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG")
(BT-Drs. 16/3100)**

Für den Freien Verband Deutscher Zahnärzte, der die beruflichen Interessen von 20.000 Zahnärztinnen und Zahnärzten in Deutschland vertritt, wird mit dem vorgelegten Gesetzentwurf des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) der bereits im Koalitionsvertrag und dem Eckpunktepapier der Großen Koalition vorgezeichnete **Weg hin zu einem regierungsnahen, zentral gelenkten Gesundheitssystem mit Einheitsversicherung, Einheitsleistungskatalog und Einheitsvergütung beschritten.**

Der Freie Verband betrachtet den vorliegenden Gesetzentwurf dabei nicht isoliert, sondern im direkten Kontext mit dem bereits im Bundestag verabschiedeten Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und der sich im Gesetzgebungsverfahren befindlichen Novelle des Versicherungsvertragsrechtes. Die Folge aus der Anwendung dieser drei Gesetze wird eine weitgehende Zerstörung der freiberuflichen Strukturen der ambulanten Versorgung sein. Das vom Bundesministerium für Gesundheit mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und dem sog. Wettbewerbsstärkungsgesetz durchgedrückte Experiment, die ambulante Versorgung der deutschen Bevölkerung zukünftig von finanzstarken Investoren und einer wachsenden Zahl abhängig beschäftigter Ärzte und Zahnärzte sicherstellen zu lassen, wird gravierende Veränderungen in der Versorgungsdichte und -qualität nach sich ziehen – aus Sicht des Freien Verbandes aber in keinem Fall positive Veränderungen.

Der vorliegende Gesetzentwurf des GKV-WSG, der auch als "Große Gesundheitsreform" bezeichnet wird, sieht eine Fülle von Maßnahmen vor, die von einer umfassenden Organisationsreform der Spitzenverbände der Krankenkassen bis hin zu einer Neuordnung des Pharmabereiches reichen.

In unserer Stellungnahme beschränken wir uns auf die Bereiche, die Einfluss auf die ambulante zahnärztliche Versorgung haben und die ordnungspolitischer Natur sind.

1. Wahlrechte der Versicherten

➤ Neuregelung der Kostenerstattung (§ 13 Abs. 2 SGB V, Seite 12 des Entwurfes)

Im Vergleich zur bisherigen Regelung des § 13 Abs. 2 SGB V sieht die Neufassung eine Verbesserung der Wahlmöglichkeiten der Versicherten im Bereich der Kostenerstattung vor.

Aus Sicht des Freien Verbandes ist die Neufassung der Kostenerstattungsregelung einer der **wenigen Lichtblicke im GKV-WSG, da einige gravierende Hemmnisse bei der Ausübung des Kostenerstattungswahlrechtes der Versicherten wegfallen. Nach unserer Auffassung ist die Regelung aber halbherzig, da die Krankenkassen in ihren Satzungen weiterhin „ausreichende Abschläge“ von Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen haben.**

Die Unkalkulierbarkeit der Abschläge, die voll zu Lasten der Versicherten gehen, sind daher auch zukünftig ein aus unserer Sicht ungerechtfertigter „Wettbewerbsnachteil“ der Kostenerstattung gegenüber der Sachleistung, der sich negativ auf die Wahlentscheidung der Versicherten und damit auf eine wirksamere Kostentransparenz über das Leistungsgeschehen auswirken wird.

Zudem wird nach wie vor daran festgehalten, dass die **Kostenerstattung ausschließlich im GKV-System stattfindet und nicht etwa Versicherte bei der Behandlung durch Privatärzte und Privatzahnärzte in gleichem Maße Kostenerstattung beanspruchen können. Für uns stellt sich dies als Inländerdiskriminierung dar**, da der Patient bei einer Behandlung im EU-Ausland bei der Inanspruchnahme eines Privatarztes oder Privatzahnarztes problemlos von seinem Kostenerstattungsanspruch Gebrauch machen kann.

➤ Selbstbehalte, Beitragsrückerstattung, Kostenerstattungs-Tarife (§ 53 des Entwurfes, Seite 29)

Die in § 53 des Entwurfes vorgesehenen Möglichkeiten für die gesetzlichen Krankenkassen, Tarife mit **Selbstbehalten**, mit **Beitragsrückerstattung** bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen und mit **Kostenerstattung** entwickeln und anbieten zu können, erweitern pro forma die Wahlmöglichkeiten für gesetzlich Versicherte.

Bedauerlicherweise hat der GKV-Versicherte aber nicht die Wahl zwischen verschiedenen Leistungsangeboten (paketen) – hierzu hätte es der Aufhebung des

„einheitlich und gemeinsam“-Gebotes bedurft –, sondern ausschließlich um die Wahl, auf mit welcher Methode er seinen Beitrag senken kann, wenn er über einen bestimmten Zeitraum keine Behandlungsleistungen beansprucht: im voraus durch Selbstbehalt oder im Nachhinein durch Beitragsrückerstattung. Inwieweit ein solches individuelles Beitragssparmodell zu einem auf solidarischen Verhalten aufbauenden Umlagesystem kompatibel ist müssen die Erfinder dieser Solidaritätsvariante vertreten.

De facto werden mit den genannten Instrumenten der Tarifgestaltung GKV-systemfremde Elemente der Privaten Krankenversicherung in die gesetzliche Krankenversicherung eingeführt; bedauerlicherweise ist in diesen Tarifwettbewerb die Private Krankenversicherung aber nicht einbezogen, so daß unter diesem Aspekt keine Rede von der vielbeschworenen Öffnung des Wettbewerbs zwischen PKV und GKV gesprochen werden kann.

2. Aufhebung der Zulassungssperren (§§ 100 ff., Seite 65 ff. des Entwurfes)

Nach den §§ 100 Abs. 3, 101 Abs. 6, 103 Abs. 3 und 105 Abs. 5 des Entwurfes **sind im vertragszahnärztlichen Bereich keine Zulassungsbeschränkungen mehr vorgesehen**, womit die Bedarfsplanung für Zahnärzte entfällt.

Aus Sicht des Freien Verbandes ist dieser Schritt positiv zu werten.

Insofern hat sich der Gesetzgeber wenigstens im vertragszahnärztlichen Bereich für eine Abschaffung der wettbewerbswidrigen Zulassungssperren durchgerungen, die mit der grundgesetzlich verbrieften Berufsausübungsfreiheit der freiberuflich-selbständigen Zahnärztinnen und Zahnärzte in Deutschland nicht in Einklang zu bringen sind.

Nicht nachvollziehbar ist allerdings, warum nicht im gleichen Zug auch **die Altersgrenze für Vertragszahnärzte von 68 Jahren beseitigt wird**. Das jüngst verabschiedete Vertragsarztrechtsänderungsgesetz sieht nur eine partielle und limitierte Aufhebung der Altersgrenze im vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Bereich vor. Gerade vor dem Hintergrund des Wegfalls der Bedarfsplanung im vertragszahnärztlichen Bereich ist in keiner Weise nachvollziehbar, warum ältere Zahnärztinnen und Zahnärzte weiterhin in ihrer Berufsausübung beschränkt werden sollen. Die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 eingeführte Altersbegrenzung basierte im Wesentlichen auf dem Gedanken, dass gesperrte Zulassungsbezirke nicht durch immer älter werdende Vertragsärzte und Vertragszahnärzte "besetzt" werden und die "nachwachsende" Generation überhaupt keine Zulassung mehr bekommt. Auch in Anbetracht der nationalen und europäischen Verbote, ältere Mitmenschen zu diskriminieren, halten wir den Wegfall der vertragszahnärztlichen Altersbegrenzung für einen längst überfälligen Schritt.

3. Umbau Kollektivvertragssystem in selektives Vertragssystem (§ 73c des Entwurfes, Seite 36)

Zu den Zielen des GKV-WSG gehört die "Qualitäts- und Effizienzsteigerung durch Intensivierung des Wettbewerbs auf Seiten der Leistungserbringer, zum Beispiel durch mehr Vertragsfreiheit in der ambulanten Versorgung" (Seite 2 des Entwurfes).

Ausweislich der Gesetzesbegründung (Seite 323 ff.) dient die Neuregelung in § 73c des Entwurfes der **Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen in der ambulanten Versorgung in einem dezentralen, wettbewerblichen Selektivvertragssystem**. Krankenkassen sollen zukünftig befähigt werden, allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen **Einzelverträge** abzuschließen, wobei als Vertragspartner u.a. vertragsärztliche Leistungserbringer, Gemeinschaften dieser Leistungserbringer sowie KVen in Betracht kommen. Gegenstand der Verträge können dabei Versorgungsaufträge sein, die sowohl die versichertenbezogene gesamte ambulante ärztliche Versorgung als auch einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung umfasst. **Macht die Krankenkasse von der Option Gebrauch, den Versicherten die ambulante Versorgung durch Abschluss entsprechender Selektivverträge anzubieten und nehmen die Versicherten dieses Angebot an, so geht im Umfang der selektivvertraglich organisierten Versorgungsaufträge und für die Dauer der Vertragslaufzeit und der Selbstbindung des Versicherten der Sicherstellungsauftrag auf die vertragsschließende Krankenkasse über** (Seite 324 der Begründung).

De facto bedeutet dies nichts anderes, als dass das **bisherige Kollektivvertragssystem nach und nach durch ein Selektivvertragssystem ersetzt wird, in dem die Krankenkassen den Sicherstellungsauftrag wahrzunehmen haben**. Damit die Krankenkassen auch entsprechende Vertragspartner auf der so genannten "Leistungserbringerseite" vorfinden, wurde das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz verabschiedet. Dieses fördert durch die unbegrenzte Anstellungsmöglichkeit von Ärzten und Zahnärzten, die Ermöglichung von Zweigpraxen und überörtlichen Praxen die Bildung von Arzt- und Zahnarztketten, die als größere Einheit als Vertragspartner für Selektivverträge in Betracht kommen.

Nach unserer Auffassung reiht sich das Modell des Selektivvertragssystems und die mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vorgegebene "ALDisierung" der Zahnarztpraxen nahtlos in das Vorhaben des Bundesgesundheitsministeriums ein, anstelle des angeblichen Auflaufmodells „freiberufliche Einzelpraxis" poliklinikartige Strukturen treten zu lassen.

Nach Auffassung des Freien Verbandes bedarf es weder eines Kollektivvertragssystems in der bisherigen Form mit KVen und KZVen noch eines Selektivvertragssystems, in dem die Krankenkassen bestimmen, mit wem sie Verträge abschließen.

Nach unserer Auffassung reicht es aus, wenn Patient und Zahnarzt einen Dienstvertrag nach bürgerlichem Recht abschließen und der Patient den ihm für die Kosten seiner Behandlung zustehenden Erstattungsbetrag im Wege der Kostenerstattung von seiner Krankenkasse erhält.

4. Neue Aufgaben der KVen und KZVen (§ 77a, Seite 40 ff.)

§ 77a des Entwurfes sieht u.a. für die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung die Möglichkeit der Gründung oder Beteiligung an Gesellschaften zur Beratung und für weitere Serviceleistungen im Zusammenhang mit der vertragszahnärztlichen Versorgung vor. Nach Auffassung des Verfassungsrechtlers Professor Dr. jur. habil. Helge Sodan (Rechtsgutachten "Kompetenzgrenzen zahnärztlicher Körperschaften des öffentlichen Rechts", Berlin 1998) dürfen Körperschaften des öffentlichen Rechtes "nur nach Maßgabe eng begrenzter Kompetenzen tätig werden". Diese "Prinzipien des Gesetzesvorbehalts und Gesetzesvorrang" könnten auch nicht durch externe Beteiligungen oder formal privatisierter Organisationsformen aufgehoben werden. Die **Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (und die KZBV)** haben in der vertragszahnärztlichen Versorgung heute in den Bereichen "Beratung und Serviceleistungen im Zusammenhang mit der vertragsärztlichen Versorgung" gegenüber ihren Mitgliedern bereits eine **Monopolstellung**. Unvermeidbar würde diese bei einer Ausweitung in den freien Markt eine für private Marktteilnehmer unüberwindbare Bevorzugung bedeuten und damit das Marktgeschehen unangemessen zu Gunsten der KZV-Gesellschaften beeinflussen. **Eine über den bisherigen Umfang hinausgehende Tätigkeit greift unzulässiger Weise in privatwirtschaftliche Bereiche ein.**

Völlig inakzeptabel wird nach Auffassung des Freien Verbandes eine solche Expansion von Körperschaften öffentlichen Rechts in privatwirtschaftliche Bereiche dadurch, daß damit auch eine Ausweitung des Einflusses der Aufsicht der KZVen durch Bundes- bzw. Länderministerien auf das privatwirtschaftliche Marktgeschehen und dessen mögliche Beeinflussung durch diese verbunden ist.

Aus den genannten Gründen fordert der Freie Verband den Gesetzgeber auf, keine Ausweitung der Aufgabenfelder und Tätigkeitsbereiche der in der Gesetzlichen Krankenversicherung tätigen Körperschaften öffentlichen Rechts zuzulassen.

5. Mehr Bürokratie und Zentralismus

In ihren Verlautbarungen hat die Bundesregierung immer wieder betont, **welch hohen Stellenwert das Thema "Bürokratieabbau" in Deutschland habe. Bei einer Durchsicht des GKV-WSG hat man allerdings den Eindruck, dass die Chance für einen Bürokratieabbau vertan wird** und statt dessen in unverändertem Maße an einer nicht mehr nachvollziehbaren Regelungswut festgehalten wird, wie die nachfolgenden Beispiele belegen:

➤ **Elektronische Gesundheitskarte** (§ 291a des Entwurfes, Seite 141)

Auch wenn von Fachleuten und in gutachterlichen Stellungnahmen dem "Großprojekt elektronische Gesundheitskarte" eine katastrophale Kosten-Nutzen-Relation bescheinigt wird und die Kosten explodieren, wird unverändert an diesem Vorhaben festgehalten. Allein die Einführung der Karte soll nach Berechnungen der Gesellschaft "gematik" statt anfänglich kalkulierter 1,4 Milliarden Euro nun schätzungsweise 3,9 Milliarden Euro, im ungünstigsten Fall sogar 7 Milliarden Euro kosten.

Da ist es verständlich, dass im jetzigen Gesetzentwurf geradezu feinsinnig hintersinnig an der mittelfristigen Finanzierung dieses Projekt gefeilt wird, indem der Gesellschaft für Telematik ab 1.1.2008 jährlich ein Beitrag in Höhe von 1,- Euro pro Mitglied der GKV gezahlt werden soll – bei dem es angesichts der zu erwartenden Kostenflut (s.o.) sicher nicht bleiben wird.

Da die von der "gematik" festgestellte Kostennutzenrelation im zahnärztlichen Bereich besonders schlecht ist, weil zum Beispiel nur extrem wenige Rezeptausstellungen in zahnärztlichen Praxen und daher der Anwendungsbereich der elektronischen Gesundheitskarte äußerst gering ist, ist die Forderung des Freien Verbandes an den Gesetzgeber ganz klar: Der Bereich der ambulanten zahnmedizinischen Versorgung ist von der Verpflichtung zur Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte auszunehmen. Es bleibt beim jetzigen Anwendungsbereich der Krankenversichertenkarte.

Jede anderslautende Entscheidung bzw. Gesetzesbestimmung **wäre ein Beitrag für mehr Bürokratie und unverantwortliche Verschwendung von Versicherungsgeldern.**

➤ **Gesundheitsfonds (§§ 241 ff. Seite 119)**

In völliger Abkehr der bisherigen Finanzierungsstruktur der GKV soll nach dem Willen der Regierungskoalition zukünftig ein Gesundheitsfonds für eine wirtschaftliche Verwendung von Beitrags- und Steuermitteln sorgen. Kerninhalt des Fonds ist, dass die Kassen zukünftig nicht mehr über die Höhe der Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber bestimmen, sondern der Beitragssatz gesetzlich festgelegt wird. Aus dem Fonds erhalten die Kassen einen Einheitsbetrag je Versicherten. Folge des Gesundheitsfonds ist, dass die Kassen ihre Finanzhoheit verlieren und eine neue **zentralistische Mammutbehörde** geschaffen wird.

Diese so genannte Strukturreform führt nach unserer Auffassung **nur zu mehr Bürokratie, löst aber die mittel- und langfristigen Finanzierungsfragen der Gesetzlichen Krankenversicherung überhaupt nicht.**

➤ **Überprüfung des Leistungskatalogs**

Der Gesetzentwurf spart eines der drängendsten aber unpopulären Themen, nämlich die **"Reduzierung des Umfangs des Leistungskataloges"** gänzlich aus. Vielmehr werden zusätzliche Leistungen (u.a. geriatrische Reha, Impfmaßnahmen, Mutter/Kind-Kuren), so nötig sie im Einzelfall sein mögen, in die Leistungspflicht der Krankenversicherung überführt. **Statt das Notwendige zu tun, nämlich die "großen Risiken" von der Solidargemeinschaft tragen zu lassen und die "kleinen Risiken" der Eigenverantwortung auf die Patienten zu übertragen, geht die Regierungskoalition hier den Weg des geringsten Widerstandes.**

Schlussbetrachtung:

Ziel der durch das Gesetz avisierten Strukturänderung ist die Abkehr von den heute in der ambulanten Versorgung der Bevölkerung vorherrschenden freiberuflich-selbständigen Strukturen hin zu einem Versorgungssystem, das von angestellten, also abhängig beschäftigten Zahnärzten (und natürlich Ärzten) dominiert wird, und das einer **zentralen regierungskonformen Steuerung unterliegt**, also auf ein staatlich gelenktes Gesundheitssystem hinausläuft. Aus unserer Sicht wird das GKV-WSG darüber hinaus dazu führen, dass die Private Krankenversicherung als einziges funktionstüchtiges und zukunftsfähiges System zur Absicherung von Krankheitskosten durch gesetzliche, nicht nachvollziehbare Auflagen vom Markt gedrängt und damit letztendlich zerstört wird, wie wir in unserer separaten Stellungnahme vom 7. November 2006 an die Mitglieder des Gesundheitsausschusses im Einzelnen erläutert haben.

Der anlässlich der anstehenden Anhörungen mitzubberatende Antrag der FDP-Bundestagsfraktion "für Nachhaltigkeit, Transparenz, Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen" (Drucksache 16/1997) hat eine völlig andere Grundintention als der vorliegende Entwurf des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes. Dieser Antrag geht von dem Leitbild des mündigen Bürgers aus und favorisiert Marktmechanismen im Gesundheitswesen. Dem können wir uns nur anschließen.

Die Mitglieder des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte fordern die Bundesregierung auf, diese auf Vereinheitlichung und Kollektivismus setzende Reform umgehend zu stoppen und eine Neuausrichtung im Sinne eines liberalen und an der Eigenverantwortung des mündigen Bürgers ausgerichteten Gesundheitssystems zu wagen!

(Dr. Karl-Heinz Sundmacher)

Bundvorsitzender des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte

Bonn - Bad Godesberg, den 8. November 2006