



# ZENTRALVERBAND DES DEUTSCHEN HANDWERKS

MOHRENSTRASSE 20/21 • HAUS DES DEUTSCHEN HANDWERKS • 10117 BERLIN

(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache

0248(10)  
vom 20.06.03

15. Wahlperiode

**Stellungnahme zum**  
**Entwurf eines**  
**„Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes“ (GMG)**  
**der Fraktionen von SPD und**  
**Bündnis 90/Die Grünen**  
**(Stand: 16.06.2003)**

## I. Grundsätzliche Bewertung

Angesichts ständig steigender Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung sind durchgreifende strukturelle Reformen und ein Umsteuern hin zu mehr privater Eigenvorsorge dringend notwendig. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen zielen zum Teil in die richtige Richtung und stellen erste Schritte hin zu einer Basissicherung dar, sind aber vielfach zu halbherzig ausgestaltet. So sollte die Anhebung von Zuzahlungen spürbarer ausfallen und die kostenbewusste Leistungsanspruchnahme der Versicherten auch durch das Kostenerstattungsprinzip – statt einer Patientenquittung – gefördert werden.

Das Krankengeld sollte komplett aus der GKV ausgegliedert werden. Die Steuerfinanzierung der versicherungsfremden Leistungen ist grundsätzlich zu begrüßen; ihre Finanzierung durch eine Steuererhöhung ist aber in der derzeitigen wirtschaftlichen Lage ein falsches Signal. Die Mutterschaftsleistungen, die bisher die Arbeitgeber zahlen müssen – der Zuschuss zum Mutterschaftsgeld bis zum Nettoverdienst und die Lohnfortzahlung für werdende Mütter während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote – müssen aus Steuermitteln finanziert werden. Weiterhin sollten nicht be-

rufstätige Ehegatten, die weder Kinder erziehen noch Familienangehörige pflegen, einen Beitrag zur GKV entrichten.

Bei der Krankenversicherung der Rentner sollten nicht neue Sonderregelungen geschaffen werden (für Bezieher von Betriebsrenten und Einkünften aus selbständiger Tätigkeit). Vielmehr sollten die Rentner insgesamt stärker als bisher an ihren Krankheits- und Pflegekosten beteiligt werden, indem ihr Beitrag zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung in Stufen vom halben auf die volle Beitragshöhe angehoben wird. Für alle Rentner (und nicht nur die freiwillig in der GKV versicherten) sollten alle Einkommensarten in die Beitragsberechnung einbezogen werden. Diese Mehrbelastung wäre zumutbar, wenn durch umfassende Reformen der Kassenbeitrag deutlich gesenkt wird. Analoge Regelungen sollten auch für privat krankenversicherte Rentner gelten.

Verfehlt wäre nach Ansicht des ZDH, wenn die Kassen – wie mit dem Gesetzentwurf beabsichtigt - in größerem Umfang als bisher Verträge mit einzelnen Hilfsmittelerbringern abschließen. Ein echter Wettbewerb kann so nicht geschaffen werden, denn die kleinbetrieblich strukturierten Gesundheitshandwerke stehen nur einer begrenzten Zahl von Kassen gegenüber und sind deren Marktmacht ausgeliefert. Es besteht auch die Gefahr, dass die Kassen Dumping-Anbieter bevorzugen und Qualitätsaspekte zu kurz kommen.

Wenn es dem Gesetzgeber nicht gelingt, den Leistungskatalog der GKV auf das medizinisch Notwendige und die wirklich Schutzbedürftigen zu begrenzen und den GKV-Beitrag auf unter 12 % abzusenken, dann sollte wenigstens der Arbeitgeberbeitrag auf max. 6 % festgeschrieben werden. Mittelfristig muss ein Systemwechsel, d.h. der Übergang von den lohnbezogenen Beiträgen zu Kopfpauschalen, vorgenommen und ein konkretes Modell zur Umsetzung dieser Pauschalen entwickelt werden.

## **II. Bewertung im Einzelnen**

### **II.1. Neuordnung der Zuzahlungen**

Nach Ansicht des Handwerks müssen durch höhere Zuzahlungen, Kostenerstattung und Beitragsrückgewähr die Anreize der Versicherten zu einer kostenbewußten Leistungsinanspruchnahme gestärkt werden.

Verglichen mit diesen Erfordernissen ist die im Gesetzentwurf vorgesehene Erhöhung der Zuzahlungen im Krankenhausbereich (von 9 auf 12 Euro täglich, § 39 SGB V) und bei Arznei- und Verbandmitteln (je nach Packungsgröße statt bisher 4/4,50/5 Euro künftig 4/6/8 Euro, § 31 SGB V) nicht weitreichend genug. Sie wird durch die Bonus-Gewährung bei Teilnahme am Hausarztmodell außerdem wieder aufgeweicht. Statt die Zuzahlungen bei Arzneimitteln nach Packungsgröße zu staffeln, sollten sie prozentual zu den Kosten der Medikamente erfolgen, so dass der Eigenanteil – bis zu einer festgelegten Höchstgrenze – mit dem Preis der Arzneimittel ansteigt.

Die geplante Einführung einer Praxisgebühr (§ 28 Abs. 4 SGB V) ist grundsätzlich richtig. Diese sollte nicht 15 Euro, sondern etwa 7 Euro betragen, dafür aber für alle Arztbesuche (einmal zu zahlen im Rahmen einer Gesamtbehandlung) gelten und

nicht nur für die Versicherten, die ohne Überweisung ihres Hausarztes einen Facharzt aufsuchen.

Die im Rahmen des Hausarzt-Modells vorgesehene Pflicht, immer zuerst den Hausarzt aufzusuchen, wird den Behandlungszeitraum insgesamt verlängern und die Zahl der Arztkontakte erhöhen. Dies wird zu Mehrausgaben der GKV führen und belastet auch die Unternehmen durch größere Abwesenheitszeiten der Arbeitnehmer. In vielen Bereichen ist die Diagnose des Facharztes unerlässlich und das vorherige Aufsuchen des Hausarztes überflüssig.

In dem Gesetzentwurf ist weiterhin vorgesehen, dass die Krankenkassen den Versicherten, die regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten oder zur primären Prävention in Anspruch nehmen, einen Bonus gewähren. Bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung eines Arbeitgebers kann die Kasse sowohl dem Arbeitgeber als auch teilnehmenden Versicherten Boni gewähren. (§ 65 a SGB V)

Grundsätzlich ist nach Ansicht des ZDH die Stärkung der Prävention sinnvoll. Sie sollte aber nicht mit der Gewährung von Boni verbunden werden, da dies wieder zu Mehrausgaben der Kassen führt. Es ist fraglich, ob eine bessere Krankheitsverhütung zu Einsparungen führt, die diese Mehrkosten decken.

Was die betriebliche Gesundheitsförderung anbelangt, liegt es vor allem im Interesse der arbeitsintensiven Handwerksbetriebe, die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter zu stärken und die Krankenstände zu senken. Insbesondere in Kleinbetrieben macht sich das Fehlen einer Arbeitskraft gravierend bemerkbar, da hier – anders als in Großbetrieben – eine Ersatzkraft nicht ohne weiteres verfügbar ist. Andererseits kann ein Kleinbetrieb schon aus Verwaltungs- und Kostengründen nicht genauso umfangreiche betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen anbieten, wie dies Großbetrieben möglich ist. Bei der Bonusgewährung werden also die kleinen Betriebe gegenüber den großen benachteiligt.

Fraglich ist auch, wie die Bonusgewährung praktisch funktionieren soll, wenn die Arbeitnehmer eines Betriebes bei verschiedenen Kassen versichert sind.

Zu halbherzig ist die vorgesehene Patientenquittung, die nur auf Wunsch der Versicherten ausgestellt werden soll. Statt der Patientenquittung sollte mehr Kostenbewußtsein der Versicherten durch die Einführung des Kostenerstattungsprinzips, also das Vorstrecken der Behandlungskosten, geschaffen werden. Durch die aktuelle Rechtsprechung des EuGH, die den Versicherten ohne Genehmigung ihrer Krankenkasse Behandlungen im Ausland ermöglicht, wird das Kostenerstattungsprinzip ohnehin an Bedeutung gewinnen. Bei den Personen, in denen die Anwendung des Kostenerstattungsprinzips finanziell nicht zumutbar ist, sollte das Ausstellen von Patientenquittungen verpflichtend sein.

## **II.2. Neuordnung des GKV-Leistungskatalogs**

Nach Ansicht des ZDH muss der Leistungskatalog der GKV stärker auf das medizinisch Notwendige begrenzt und die private Eigenvorsorge der Versicherten gestärkt werden. Einige Maßnahmen des Gesetzentwurfs gehen in diese richtige Richtung

wie die Herausnahme von nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimitteln aus der Leistungspflicht der GKV. (§ 34 SGB V)

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Herausnahme des Krankengeldes (§ 249 SGB V) aus der paritätischen Finanzierung ist ein erster Schritt zur Herstellung einer gleichen Lastenverteilung von Arbeitgebern und Arbeitnehmern an den Kosten der Lohnfortzahlung. Derzeit belaufen sich die jährlichen Kosten der arbeitgeberfinanzierten Entgeltfortzahlung auf über 35,5 Mrd. €, und der Finanzierungsanteil der Arbeitnehmer beträgt rund 3,5 Mrd. Euro. Da nach Ausgliederung des Krankengeldes die Arbeitgeberaufwendungen 32 Mrd. Euro betragen und der Finanzierungsanteil der Arbeitnehmer rund 7 Mrd. Euro, ergibt sich immer noch eine Disparität der Lastenverteilung.

Um diese Schieflage zu beseitigen, sollte die sechswöchige arbeitsrechtliche Lohnfortzahlung im Krankheitsfall in einem ersten Schritt auf zunächst 4 Wochen reduziert werden. Da Nicht-Arbeit nicht genauso gut bezahlt werden sollte wie Arbeit, fordert der ZDH weiterhin, die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall wieder auf 80 % abzusenken; alternativ dazu könnten Krankheitstage mit Urlaub oder über Arbeitszeitkonten verrechnet werden.

Das Krankengeld sollte ganz aus der GKV ausgegliedert und privat abgesichert werden. Dann müssten auch nicht die Arbeitgeber für die komplizierte Berechnung und Abführung der Beiträge in die Pflicht genommen werden. (Wenn das Krankengeld privat abgesichert würde, dann müssten Rentner, die keinen Anspruch mehr auf Krankengeld geltend machen können, diese Leistung nicht absichern und würden an dieser Stelle entlastet.) Sollte das Krankengeld aber in der GKV bleiben, dann sollten die Versicherten durch die Abführung eines gesonderten Beitrags für seine Finanzierung aufkommen.

Die Neuregelung im Gesetzentwurf, die versicherungsfremden Leistungen (incl. beitragsfreie Mitversicherung während des Bezugs von Mutterschafts- und Erziehungsgeld und während der Elternzeit, § 221 SGB V) aus Steuermitteln zu finanzieren, ist grundsätzlich zu begrüßen. Die Finanzierung über eine höhere Tabaksteuer lehnt der ZDH jedoch ab. Steuererhöhungen sind in der derzeitigen wirtschaftlichen Lage ein völlig falsches Signal.

Die vorgesehene Regelung, dass der GKV das Aufkommen aus der höheren Tabaksteuer als pauschale Abgeltung für versicherungsfremde Leistungen gezahlt wird, ist auch deshalb unbefriedigend, weil eine solche Pauschalzahlung u.U. nicht das gesamte Volumen der versicherungsfremden Leistungen abdeckt. Zumindest für die Personen, die im Mutterschaftsurlaub bzw. in der Elternzeit sind, sollte eine klare Zurechnung dergestalt erfolgen, dass KV-Beiträge für sie vom Bund an die GKV gezahlt werden.

Zu den versicherungsfremden Leistungen gehört auch das Mutterschaftsgeld. Die bisherigen Regelungen zum Mutterschaftsgeld haben zu einer wachsenden Belastung der Arbeitgeber geführt. Während das Mutterschaftsgeld seit über 30 Jahren auf kalendertäglich 25 DM (bzw. 13 Euro) festgeschrieben ist, müssen die Arbeitgeber während der gesetzlichen Mutterschutzfristen den Differenzbetrag bis zur Höhe des Nettoverdienstes aufstocken. Da sich die Nettodurchschnittsverdienste seit damals beträchtlich erhöht haben (um das Vierfache), deckt das Mutterschaftsgeld nur noch

rund 27 % der Durchschnittsverdienste ab. Diese Kosten belasten die Betriebe und halten sie u. U. davon ab, überhaupt Frauen einzustellen.

Der ZDH fordert, dass die Mutterschutzleistungen, die bisher die Arbeitgeber zahlen – der Zuschuss zum Mutterschaftsgeld und der Lohnersatz während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote - aus Steuermitteln finanziert werden müssen, da es sich hier um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt. Sollte dies kurzfristig nicht möglich sein, dann müsste als Zwischenlösung zumindest das Mutterschaftsgeld in Stufen auf kalendertäglich mindestens 50 Euro angehoben werden, um den Zustand von 1968 wieder herzustellen. Es würde dann den durchschnittlichen Nettoverdienst der Frauen abdecken.

Dass künstliche Befruchtung künftig privat finanziert werden soll (§ 27 a SGB V), ist fragwürdig, wenn andererseits Empfängnisverhütung und Abtreibung ausdrücklich als „gesamtstaatliche Aufgabe“ bezeichnet werden und aus Steuermitteln finanziert werden sollen.

Die endgültige Abschaffung des Sterbegeldes (§§ 58 und 59 SGB V) lehnt der ZDH ab, weil es ohnehin eine auslaufende Leistung ist und für die Jahrgänge, die noch Anspruch darauf haben, Vertrauensschutz gewährleistet bleiben sollte.

Zu den versicherungsfremden Leistungen gehören auch die Beitragsausfälle durch die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten und Kindern. Die Mitversicherung von Ehegatten sollte dahingehend modifiziert werden, dass zumindest nicht-berufstätige Ehepartner, die weder Kinder erziehen noch Familienangehörige pflegen, einen Beitrag zur GKV entrichten. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen schlägt hier konkret ein Splitting des gemeinsamen Einkommens der Ehegatten mit anschließender Anwendung des hälftigen Beitragssatzes auf beide Entgeltteile vor.

Grundsätzlich zu begrüßen ist, dass den Kassen mit dem Gesetzentwurf die Möglichkeit eröffnet wird, mit privaten Versicherungsunternehmen zu kooperieren. (§ 194 SGB V)

### **II.3. Organisationsrecht der Krankenkassen**

Der ZDH begrüßt die im Gesetzentwurf vorgesehene Bereinigung der Kostenstrukturen bei den Betriebskrankenkassen: Gemäß § 147 SGB V werden die Betriebskrankenkassen zur Übernahme der Kosten ihres Personals verpflichtet; die Personalkosten können nicht mehr vom Arbeitgeber, der die BKK errichtet hat, übernommen werden. Diese Neuregelung dient dem Abbau von wettbewerbsverzerrenden Vorteilen.

Unakzeptabel ist weiterhin, dass gemäß dem neuen § 147 und 157 SGB V (Handwerks-)Betriebe von Leistungserbringern vom Recht auf Errichtung einer Innungskrankenkasse und Betriebskrankenkasse ausgenommen werden sollen. Die Begründung, dass eine „Gegnerfreiheit“ zwischen GKV und Leistungserbringern nicht gewahrt wäre, wenn Vertragspartner der Krankenkassen als Arbeitgeber in der Selbstverwaltung vertreten sind, ist nicht stichhaltig. In erster Linie muss eine Kasse wirtschaftlich leistungsfähig sein und einen wettbewerbsfähigen Beitragssatz bieten, um für Versicherte attraktiv zu sein. Ob sie günstige Verträge mit den

Trägerbetrieben oder anderen Leistungserbringern abschließt, ist nicht von Bedeutung. Außerdem stellen Handwerksbetriebe von Leistungserbringern wie z.B. orthopädieschuhtechnische Betriebe nicht nur Hilfsmittel, sondern auch Produkte für den normalen Lebensgebrauch (z.B. Maßschuhe) her. Betrieben mit einer solchen breiten Leistungspalette kann erst recht nicht die Errichtung einer Innungskrankenkasse verboten werden. Im Kern zielt das Errichtungsverbot wohl darauf, den Wettbewerb durch neue und preisgünstige Kassen zu verhindern.

Nach geltendem Recht haftet nach Schließung einer Innungskrankenkasse für die bestehenden Verpflichtungen die Trägerinnung, wenn die IKK nicht geöffnet war, und bei geöffneten IKK's die Verbände der Innungskrankenkassen. Bei drohender Schließung könnte die IKK laut Gesetzentwurf durch eine Öffnung die Haftungsverpflichtungen auf die Verbände der IKK's abwälzen. Um dies zu erschweren, soll die Trägerinnung bei Inkrafttreten des Öffnungsbeschlusses die bestehenden Verbindlichkeiten der Kasse ausgleichen (neuer § 164 SGB V).

Der ZDH bezweifelt die Richtigkeit der Unterstellung, dass IKK's sich öffnen, um im Falle der Schließung Haftungsverpflichtungen abzuwälzen. Zu bedenken ist weiterhin, dass viele Kassen erst durch die hohen Einzahlungen in den Risikostrukturausgleich in eine schwierige Finanzlage kommen. Anstatt die Öffnung der IKK's zu erschweren, sollte die Umverteilung durch den RSA deutlich zurückgeführt werden.

#### **II.4. Hilfsmittel**

Die vorgesehene Abschaffung des Zuschusses der Kassen zu den Sehhilfen (bis auf Sehhilfen für Kinder und Jugendliche sowie bei schweren Sehstörungen) gemäß § 33 SGB V ist nach Ansicht des ZDH nicht sinnvoll. Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass rund 20 % aller Brillen zum Festbetrag, also ohne Zuzahlung, oder mit nur geringen Zuzahlungen abgegeben werden. Es ist zu befürchten, dass bei Streichung des Kassenzuschusses vor allem bei Geringverdienern die rechtzeitige Anschaffung einer notwendigen Brille unterbleibt. Eine Unterversorgung würde beträchtliche Gefahren im Straßenverkehr und am Arbeitsplatz bedeuten.

Der ZDH schlägt vor, statt der bisherigen Erstattung der Festbeträge durch die Kassen einige wenige Festzuschüsse für Sehhilfen einzuführen: Die Versicherten könnten dabei Anspruch auf drei unterschiedliche Zuschüsse für eine Einstärkenbrille, für eine Mehrstärkenbrille und für die Augenglasbestimmung bekommen. Ein solches Festzuschusssystem würde verglichen mit den bisherigen Festbeträgen (mit über 100 Positionen) eine Vereinfachung bedeuten. Auf diese Weise könnten außerdem auch Einsparungen – bis zu 300 Mio. Euro jährlich - erzielt werden.

#### Vertragsbeziehungen zwischen Kassen und Hilfsmittelerbringern

Im Bereich Hilfsmittel können schon nach geltendem Recht die Kassen außer mit den Verbänden der Leistungserbringer auch mit einzelnen Leistungserbringern Verträge über Preise abschließen, die unter den Preisen der Kollektivverträge – sowie unter den Festbeträgen - liegen. Mit der Neufassung des § 127 SGB V, vor allem aber durch den neuen § 33 SGB V will der Gesetzgeber anregen, dass künftig mehr Verträge zwischen Kassen und einzelnen Leistungserbringern abgeschlossen werden. Gemäß § 33 SGB V soll eine Kasse, wenn sie mit einem einzelnen Hilfsmittelerbringer, der wohnortnah liefern kann, einen Vertrag über einen günstigen Preis abgeschlossen hat, nur noch diesen günstigen Preis erstatten. Weiterhin sollen die

Kassen die Vertragspartner im Wege von Ausschreibungen auswählen können. (§ 127 Abs. 2 SGB V)

Diese Regelungen lehnt der ZDH ab. Für das bisherige Vertragsmodell spricht, dass allen Leistungserbringern, die zugelassen sind, der Zugang zur Versorgung der Patienten – und der Zugang der Patienten zu den Leistungserbringern – gewährleistet wird. Den Versicherten bietet sich damit ein breites Angebot an Leistungserbringern.

Der ZDH wendet sich entschieden gegen Auflockerungen des Vertragsrechts durch Einkaufsmodelle oder Ausschreibungen. Solche Ausschreibungen werden derzeit schon rechtswidrig von der Bundesknappschaft im Bereich Orthopädietechnik für ganze Versorgungsbereiche und mehrere Jahre durchgeführt. Hierdurch wird eine Vielzahl von Leistungserbringern ausgeschlossen und, wenn diese vom Markt verschwinden, die Ausschreibung letztlich ad absurdum geführt. Die monopolistischen Strukturen auf der Nachfrageseite (Kassen) hätten monopolistische Strukturen auf der Anbieterseite zur Folge.

Außerdem wären die kleinbetrieblich strukturierten Leistungserbringer im Handwerk der Verhandlungs- und Marktmacht der monopolistischen Kassen zu stark ausgeliefert. Die Leistungserbringer stehen nicht einer Vielzahl von Kassen, sondern nur wenigen großen Kassen gegenüber, können also nicht auf andere Kassen ausweichen.

Es ist weiterhin zu befürchten, dass die Kassen – wenn der Erstattungsanspruch nur noch auf den niedrigsten Vertragspreis besteht - vor allem auf die Preise achten (Preisdumping) und die Qualität der Leistungen zu kurz kommt. Die billigste Lösung ist nicht auch zugleich die wirtschaftlichste. Da Hilfsmittel in der Regel arbeitsintensiv angepasst werden müssen (z.B. Hörsysteme), gehört zu der Leistung bzw. Versorgung immer auch eine beachtliche Dienstleistungskomponente.

Die Neuregelung von § 127 und 33 SGB V darf nicht dazu führen, dass durch in Einzelverträgen ausgehandelte niedrige Preise eines Unternehmers der Kostenerstattungsanspruch aller Patienten auf dieser Höhe begrenzt wird. Der ZDH fordert, dass die Krankenkassen die Kosten in Höhe des jeweiligen Festbetrages erstatten, wenn der Versicherte einen zugelassenen Leistungserbringer wählt, der mit der Krankenkasse keinen Einzelvertrag abgeschlossen hat.

Grundsätzlich zu begrüßen ist, dass gemäß § 127 Abs. 3 SGB V die Krankenkassen die Versicherten und Ärzte über die Hilfsmittel-Leistungserbringer, mit denen sie Einzelverträge geschlossen haben, sowie über die vereinbarten Preise informieren müssen. Das verursacht bei den Kassen sicher einen hohen bürokratischen Aufwand, führt aber bei den Leistungserbringern zu mehr Transparenz über das Marktgeschehen.

Nicht akzeptabel ist, dass gemäß § 127 Abs. 3 SGB V die Leistungserbringer, die keinen Einzelvertrag mit einer Kasse abgeschlossen haben, den Versicherten hierüber informieren müssen. Wie in der Privatwirtschaft auch, sollte es Sache der Versicherten sein, aus den Angeboten von mehreren Leistungserbringern den richtigen auszusuchen. Eine ausreichende Information der Versicherten ist schon durch die Pflicht der Kassen in § 127 SGB V sichergestellt, Versicherte und Ärzte über die Preisvereinbarungen mit Leistungserbringern zu informieren.

Der Gesetzentwurf sieht weiterhin vor, dass die Festbeträge künftig bundeseinheitlich von den Spitzenverbänden der Kassen festzulegen sind. (§ 36 SGB V) Die Gesundheitshandwerke und der ZDH halten dies für eine sinnvolle Maßnahme zur Verwaltungsvereinfachung.

Darüber hinaus fordert der ZDH, nicht nur die Festlegung der Festbeträge, sondern auch die Zuständigkeit für Verträge mit Preisvereinbarungen (§ 127 SGB V) auf die Bundesebene zu verlagern. Über die Preise sollten die Bundesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassenverbände auf Bundesebene Verträge mit Verbänden der Leistungserbringer auf Bundesebene schließen, soweit Festbeträge nicht festgelegt sind. Wenn künftig, wie im Gesetzentwurf vorgesehen, Preisvereinbarungen auch auf örtlicher Ebene getroffen werden können, dann wären diese örtlichen Preise absolut intransparent und die Qualität der örtlichen Billig-Anbieter kaum überprüfbar.

In § 127 SGB V wird die Notwendigkeit des Wiedereinsatzes von wiederverwendbaren Hilfsmitteln betont. Dies dient nach Ansicht des ZDH einer sparsamen Mittelverwendung der GKV und wird im Bereich der Hilfsmittel auch derzeit schon praktiziert.

Weiterhin soll gemäß § 139 SGB V der Entscheidungsprozeß zur Aufnahme von Hilfsmitteln in das Hilfsmittelverzeichnis beschleunigt werden, indem die Entscheidung spätestens 6 Monate nach Vorlage aller Unterlagen zu erfolgen hat. Dies ist aus Sicht des ZDH zu begrüßen, da derzeit mehr als ein Jahr vom Tag der Anmeldung eines Hilfsmittels an bis zur Veröffentlichung im Bundesanzeiger vergeht. Dieser Prüfstau würde durch die geplante Regelung deutlich verkürzt.

Laut § 139 SGB V sollen die Spitzenverbände der Kassen Empfehlungen für Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung von Hilfsmittelerbringern abgeben. Solche einseitigen Entscheidungen der Kassen über Qualitätsstandards ohne Einbindung der Leistungserbringer wären nach Auffassung des Handwerks nicht akzeptabel.

Der ZDH schlägt vor, die Leistungserbringer zur Entwicklung von Qualitätsstandards zu verpflichten. Die von den Leistungserbringern zu entwickelnden Qualitätsstandards sollten dann bundesweit verpflichtend sein.

Die Kassen sollen laut Gesetzentwurf (§ 36 SGB V) bei der Anhörung betr. die Festsetzung der Festbeträge den betroffenen Leistungserbringern eine angemessene Frist einräumen. Dies ist zwar grundsätzlich zu begrüßen, reicht aber nicht aus. Die bisherigen Erfahrungen der Hilfsmittelerbringer mit solchen Anhörungen ließen nicht den Eindruck entstehen, dass sich die Kassen ernsthaft mit ihren Bedenken auseinandersetzen. Der ZDH fordert daher ein angemessenes Beteiligungs- (Mitsprache)recht der Hilfsmittelerbringer bei der Festsetzung der Festbeträge.

Notwendig ist weiterhin, dass die Leistungserbringer bei der Erstellung des Hilfsmittelverzeichnisses ein Mitspracherecht und in den Bundesausschüssen „Ärzte/Krankenkassen“ und „Zahnärzte/Krankenkassen“ Sitz und Stimme bekommen.

Des Weiteren soll laut dem Gesetzentwurf ein – staatsfernes und fachlich unabhängiges - „Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin“ geschaffen werden, dessen

zentrale Aufgabe die Bewertung von Nutzen und Qualität medizinischer Leistungen ist. Der ZDH lehnt die Einrichtung eines solchen Zentrums in der vorgesehenen Form ab. Auf keinen Fall dürfen hierdurch mehr Staatsmedizin und weitere Regulierungen kommen. Wenn aber eine solche Institution geschaffen wird, dann muss gewährleistet sein, dass im Kuratorium alle Leistungserbringer, auch die Verbände der Gesundheitshandwerke, vertreten sind. Der § 139 h SGB V nennt ausdrücklich die Ärzte, Apotheker und die Pharmaindustrie, nicht aber Hilfsmittelerbringer und Zahntechniker.

#### Abgrenzung zwischen ärztlicher und gewerblicher Tätigkeit

Mit Sorge beobachtet der ZDH, dass sich bei der Versorgung der Patienten mit Hilfsmitteln die Grenzen zwischen der ärztlichen Tätigkeit und dem gewerblichen Bereich der Gesundheitshandwerke immer stärker verwischen und Ärzte zunehmend ihre Tätigkeit auf den Gewerbebereich der Gesundheitshandwerke ausdehnen. Beispiele dafür sind:

- Fertigbrillen, vergrößernde Sehhilfen und fast 50 % aller Kontaktlinsen werden von den Augenärzten verkauft.
- HNO-Ärzte verkaufen Hörgeräte, die sie über den Versandhandel beziehen. Nach Schätzungen der Bundesinnung der Hörgeräteakustiker wurden im letzten Jahr 80.000 bis 90.000 Hörgeräte – d. h. rund 20 % aller verkauften Hörgeräte – von den Ärzten abgegeben.
- Fachärzte für Orthopädie versorgen ihre Patienten unmittelbar mit Bandagen, Einlagen und Kompressionsstrümpfen. Z. B. erhalten Ärzte für die Abgabe von Bandagen an die Patienten von den Herstellerfirmen ein Provision oder sind „stille Teilhaber“ dieser Firmen. Der Verkauf von Kompressionshilfsmitteln erfolgt nicht nur direkt über die Ärzte, sondern auch über Arztehefrauen oder Arztmitarbeiter, die eigene Sanitätshäuser neben den Arztpraxen unterhalten.

Nach Auffassung des ZDH ist ein solches „Wildern“ von Ärzten im Bereich der Gesundheitshandwerke rechtswidrig. Die Direktversorgung mit Hilfsmitteln ist u. a. mit dem Handwerksrecht und mit dem ärztlichen Berufsrecht unvereinbar. Dem Arzt ist zwar nicht jede gewerbliche Tätigkeit verboten. Allerdings ist der ärztliche ein freier Beruf. Schon das Bundesverfassungsgericht hatte festgestellt, dass sich eine gewerbliche Tätigkeit allgemein schlecht mit einem freien Beruf verträgt. Merkmal des freien Berufs ist u.a. ein besonderes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Das Vertrauensverhältnis wird beeinträchtigt, wenn der Patient nicht mehr sicher sein kann, ob der Arzt ihm gegenüber sachgerecht oder aus eigennützigen Gründen handelt, weil er für die Abgabe des Hilfsmittels eine zusätzliche Einnahme erzielt.

Wenn der Arzt Nebeneinkünfte durch die Abgabe eines Hilfsmittels erzielt, werden vielfach Leistungen verordnet, die über das medizinisch Gebotene hinaus gehen. Der Arzt verfügt weitgehend über das Monopol, Verordnungen auszustellen und die Nachfrage nach den vom ihm indizierten Leistungen maßgeblich zu steuern. Je mehr Zusatzeinkünfte der Arzt durch seine Tätigkeit im Rahmen der Hilfsmittelversorgung erzielt, desto größer ist sein Interesse an derartigen Verordnungen.

Die Gesundheitshandwerke sind auf Grund ihrer langjährigen Ausbildung und der abgelegten Meisterprüfung für die Versorgung mit Hilfsmitteln umfassend qualifiziert. Die ordnungspolitisch fragwürdigen Übergriffe der Ärzte gefährden eine qualitativ hochwertige Versorgung der Verbraucher.

Die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Ärzte führt im Ergebnis zu erheblichen Wettbewerbsverzerrungen in der Hilfsmittelversorgung zu Lasten der Gesundheitshandwerke. Auf diese Weise werden Arbeits- und Ausbildungsplätze im Bereich der Gesundheitshandwerke gefährdet.

Um dem Eindringen von Ärzten in den Gewerbebereich der Gesundheitshandwerke entgegenzutreten und fehlsteuernde Anreize zu vermeiden, sollte eine klare gesetzliche Regelung in § 126 SGB V getroffen werden.

Im § 126 SGB V sollte folgender Absatz 6 angefügt werden:

*„6. Vertragsärzte gelten nicht als zugelassene Leistungserbringer im Sinne dieser Vorschrift. Sofern ein Vertragsarzt ein Hilfsmittel verordnet, darf er weder entgeltliche Tätigkeiten im Rahmen der Hilfsmittelversorgung erbringen noch sich mittelbar oder unmittelbar an der Abgabe beteiligen, es sei denn, die Heilmittel- und Hilfsmittelrichtlinien sehen etwas anderes vor.“*

#### Berechtigungsschein für Hilfsmittel

Ergänzend zu dieser rechtlichen Klarstellung fordert der ZDH, die Möglichkeiten des § 15 Abs. 3 Satz 1 SGB V stärker zu nutzen. Laut dieser Regelung können die Krankenkassen einen Berechtigungsschein ausgeben und die Versicherten mit diesem Schein direkt den Hilfsmittelerbringer – ohne Verordnung durch den Arzt - aufsuchen, soweit dies zweckmäßig ist.

Während die Versicherten heute schon direkt vom Augenoptiker eine Brille beziehen können, sollte diese Möglichkeit insbesondere den Hörgeräteakustikern ebenfalls eröffnet werden. Bei Orthopädie-Technikern und –Schuhtechnikern wird dagegen die Abgabe eines Hilfsmittels in der Regel erst nach der ärztlichen Diagnose erfolgen können.

#### **II.5. Zahnersatz**

Dass laut § 30 SGB V in den Kostenangeboten der Zahntechniker Angaben zum Herstellungsort des Zahnersatzes zu machen sind, ist nachdrücklich zu begrüßen. Der Empfänger der Konformitätserklärung nach dem Medizinproduktegesetz muss in der Rechnung genannt werden.

Die zahntechnischen Leistungen sollen nach § 88 SGB V zu Leistungskomplexen zusammengefasst werden. Die Landesverbände der Kassen vereinbaren mit den Innungsverbänden der Zahntechniker Vergütungen für die Leistungskomplexe. Der prozentuale Kassenzuschuss zu Zahnersatz wird gemäß § 30 SGB V durch Festzuschüsse auf der Basis dieser Leistungskomplexe ersetzt.

Der ZDH hält eine solche Standardisierung und Normierung von zahnärztlicher Behandlung und zahntechnischen Herstellungsleistungen - und die Standardisierung der Geldleistungen der Kassen - für falsch, da zahnärztliche und zahntechnische Leistungen individuell unterschiedlich und keine Massenprodukte sind. Gerade weil der Versicherte beim Zahnersatz teilweise hohe Zuzahlungen leistet, hat er einen Anspruch auf eine korrekte Zuordnung der in seinem individuellen Fall entstandenen

Kosten. Die hinter der Standardisierung stehende Absicht ist wohl, zahntechnische Leistungen wie z.B. Kronen „einkaufsfähig“ zu machen und zum niedrigstmöglichen Preis anfertigen zu lassen.

Laut § 30 SGB V soll der Zahnarzt künftig dem Heil- und Kostenplan zwei Kostenangebote beifügen. Damit entsteht zunächst einmal mehr Bürokratie. Der Zahnarzt kann nicht mehr nur mit dem zahntechnischen Betrieb seines Vertrauens zusammenarbeiten, sondern ist gezwungen, ein zweites (Schein-)Angebot einzuholen. Laboratorien werden auf Dauer nicht bereit sein, Angebote zu machen, wenn sie nie einen Auftrag erhalten. Mehrere Angebote sind außerdem bei einer individuellen Einzelleistung wie dem Zahnersatz nur schwer zu vergleichen.

Besonders absurd ist die Verpflichtung zur Einholung von zwei Kostenangeboten, wenn ein Anbieter das Praxislabor des Zahnarztes ist. Es dürfte im Interesse des Zahnarztes liegen, sein eigenes Labor auszulasten. Wegen des gesetzlich vorgegebenen Preisabstandsgebots (§ 88 Abs. 3 SGB V) ist ein Praxislabor verglichen mit einem niedergelassenen Zahntechniker immer der günstigere Anbieter. Der Zahnarzt könnte theoretisch auch von einem zweiten Praxislabor ein teureres Schein-Angebot einholen.

Die Verpflichtung zur Einholung von zwei Angeboten (mit der Zielsetzung, dass der günstigere Anbieter den Auftrag erhält) ist also im Ergebnis ein „Praxislabor-Förderprogramm“.

#### Notwendige Einschränkung der Praxislabore

Statt die Praxislabore zu fördern, sollten sie eingeschränkt werden. Das Abrechnungsvolumen des in zahnärztlichen Laboratorien hergestellten Zahnersatzes nimmt kontinuierlich zu. Damit wird den Betrieben des Zahntechnikerhandwerks unmittelbar Konkurrenz gemacht. Die Zahnärzte erfinden dabei immer neue Formen von „Praxislabor“ wie die Gründung von Praxislabor-Vereinen oder Praxislabor-Vermietungs-GmbH's.

Wenn immer mehr Zahnärzte die Grenzen des engen Praxislabor-Begriffs überschreiten, der durch die Rechtsprechung geprägt wurde, dann folgen sie damit in wachsendem Maß wirtschaftlichen Verhaltensregeln, die für Gewerbetreibende üblich sind, aber der ärztlichen Standesethik zuwiderlaufen. So entwickelt der Zahnarzt ein besonderes wirtschaftliches Interesse, beispielsweise an der Auslastung seines Labors mit ertragreichen Arbeiten. Da nur der Zahnarzt Zugang zum Patienten hat und über die Auftragsvergabe entscheidet, wird hier der „Wettbewerb“ zwischen zahnärztlichem Praxislabor und dem Gewerbelabor selbständiger Zahntechnikermeister mit ungleichen Chancen geführt.

Aber auch der Aspekt des umfassenden Patientenschutzes bzw. der Qualitätssicherung ist hier von Bedeutung. Trotz immer weiter voranschreitender Spezialisierung und technischen Fortschritts leitet heute noch der Zahnarzt aus der Rechtsprechung das Recht ab, zahntechnische Leistungen herzustellen und abrechnen zu können, ohne dass es eines besonderen Nachweises einer sachlichen und personellen Qualifikation, auch seiner Mitarbeiter, bedarf. Die Herstellung zahntechnischer Leistungen ist kein Bestandteil der Zahnheilkunde. Die allgemeine berufliche Spezialisierung zwingt zu einer eindeutigen und zeitgemäßen Abgrenzung der Berufsfelder „Zahnmedizin“ und „Zahntechnik“.

Die Herstellung von Zahnersatz in den Praxislabors und die Abgabe dieses Zahnersatzes durch den Zahnarzt an den Patienten führt im Ergebnis zu erheblichen Wettbewerbsverzerrungen zulasten der Gewerbelabors der selbständigen Zahntechniker. Auf diese Weise werden Arbeits- und Ausbildungsplätze in den mittelständischen Zahntechniker-Betrieben gefährdet.

Der ZDH fordert eine trennscharfe Abgrenzung zwischen ärztlicher und gewerblicher Tätigkeit, d.h.

1. eine klare Definition der Praxislabors, die dem Aspekt des umfassenden Patientenschutzes und der Einhaltung der Grundprinzipien der freien Heilberufe und der Berufsethik des Arztes Rechnung trägt, und
2. eine Ergänzung des § 136 b SGB V, derzufolge zahntechnische Leistungen nur von zugelassenen Leistungserbringern erbracht und abgerechnet werden dürfen.

## **II.6. Krankenversicherung der Rentner**

Die geplante Änderung bei der Krankenversicherung der Rentner, wonach zukünftig die in der GKV versicherten Rentner für Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen aus selbständiger Tätigkeit den vollen Kassen-Beitragssatz statt bisher den halben entrichten sollen (§ 248 SGB V), setzt an der falschen Stelle an und wird vom ZDH abgelehnt.

Mit der geplanten Maßnahme wird es nicht zu einer spürbaren Entlastung der Sozialversicherungssysteme kommen, und durch einen höheren Krankenversicherungsbeitrag für Versorgungsbezüge (dazu zählen u. a. Betriebsrenten) wird die betriebliche Altersvorsorge als zweite Säule der Alterssicherung erheblich an Attraktivität verlieren. Außerdem würde die stärkere Beitragsbelastung von Arbeitseinkommen aus selbstständiger Tätigkeit einseitig die Selbständigen zusätzlich belasten.

Stattdessen sollte die Krankenversicherung der Rentner wie folgt reformiert werden:

1. Alle Rentner sollten weiterhin wie bisher den halben Beitrag ihrer Kranken- und Pflegekasse auf Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen zahlen. Zusätzlich sollten zukünftig für alle Rentner – wie bereits jetzt bei den freiwillig versicherten Rentnern – auch Einkommensarten wie Zins- und Mieteinkünfte in die Beitragsberechnung einbezogen werden. Damit würde eine Gleichbehandlung der Rentner und mehr Transparenz erreicht.
2. Die Rentner sollten generell stärker an den Kosten ihrer medizinischen Behandlung beteiligt werden, auch um mehr Generationengerechtigkeit zu schaffen. In Stufen sollte daher der jetzige halbe Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag der Rentner auf die volle Beitragshöhe angehoben werden, d. h. in der Endstufe tragen die Rentner diese Beiträge alleine. (Entsprechend sind die Beitragszuschüsse für privat kranken- und pflegeversicherte Rentner ebenfalls zu senken und in der Endstufe zu streichen). Dies würde die verfehlte Regelung beseitigen, dass die Rentenversicherung wie ein Arbeitgeber den halben Beitrag für die Rentner an die Krankenversicherung zahlt. Auch könnte auf diese Weise der Rentenversicherungsbeitrag stabilisiert, vielleicht sogar gesenkt werden.

### III. Weiterer Reformbedarf

Nach Ansicht des ZDH sollten weitere Möglichkeiten zur Ausgrenzung von Leistungen aus der GKV genutzt werden: So sollten die Behandlungskosten bei privaten Unfällen künftig privat abgesichert werden. Nach Berechnungen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen würde die GKV dadurch jährlich um 8 bis 10 Mrd. Euro entlastet. Der GKV-Beitrag könnte fast um einen Prozentpunkt gesenkt werden.

Wenn es dem Gesetzgeber nicht gelingt, den Leistungskatalog der GKV auf das medizinisch Notwendige und die wirklich Schutzbedürftigen zu begrenzen und den GKV-Beitrag auf unter 12 % abzusenken, dann sollte wenigstens der Arbeitgeberbeitrag auf max. 6 % festgeschrieben werden.

Mittelfristig sollte die Finanzierung der GKV vom Arbeitsverhältnis abgekoppelt werden. Die Rürup-Kommission hat zu Recht festgestellt, dass die derzeitige ausschließliche Lohnfinanzierung beschäftigungsfeindlich und insgesamt nicht zukunftsfähig ist. Die von Prof. Rürup vorgeschlagene Lösung – ein System einkommensunabhängiger Gesundheitsprämien mit steuerfinanziertem sozialem Ausgleich – würde ermöglichen, die Gesundheitskosten von den Arbeitseinkommen abzukoppeln. Durch den steuerfinanzierten sozialen Ausgleich könnten negative Auswirkungen auf das untere Lohngefüge vermieden werden. Ein Modell zur konkreten Umsetzung der Kopfpauschalen sollte entwickelt werden.

Dass der Mindestbeitrag in der GKV für hauptberuflich Selbständige auf der Basis von drei Viertel der monatlichen Bezugsgröße berechnet wird, der Mindestbeitrag der freiwillig Versicherten aber nur auf der Grundlage von einem Drittel der monatlichen Bezugsgröße, ist eine nichtgerechtfertigte Benachteiligung der Selbständigen. Sie muss dadurch korrigiert werden, dass der Mindestbeitrag für Selbständige gesenkt und auf dieselbe Höhe gebracht wird wie der Mindestbeitrag für die freiwillig Versicherten in der GKV.

Dringend notwendig ist außerdem eine Reform des Umlageverfahrens nach dem Lohnfortzahlungsgesetz. Nach der jetzigen Gesetzeslage ist nicht klar geregelt, welche Kasse für die Durchführung des Umlageverfahrens zuständig ist, wenn die Arbeitnehmer eines Betriebes bei verschiedenen Kassen versichert sind. Folgende Änderungen sind notwendig:

#### - Einbeziehung der Angestellten

In unserer Organisation herrscht weitgehend Einigkeit darüber, dass in Zukunft auch Angestellte in das Umlageverfahren einbezogen werden sollten. Auch in anderen Bereichen (z.B. bei den Kündigungsfristen) wird nicht mehr zwischen Arbeitern und Angestellten unterschieden, und die Zahl der Angestellten in Handwerksbetrieben nimmt offensichtlich zu. Handwerkliche Kleinbetriebe mit einem hohen Angestelltenanteil müssen gegen das wirtschaftliche Risiko der Krankheit ebenso abgesichert sein wie Betriebe mit einem hohen Arbeiteranteil. Eine Einbeziehung der Angestellten in das Umlageverfahren würde auch dazu beitragen, die bisherigen Abgrenzungsprobleme und die Trennung zwischen dem Verfahren U1 (Ausgleich der Entgeltfortzahlung) und U2 (Ausgleich der Aufwendungen bei

Mutterschaft, solange die arbeitgeberfinanzierten Mutterschutzleistungen noch nicht in die Steuerfinanzierung überführt sind) zu überwinden.

Interessant wäre die Prüfung der Frage, in welchem Verhältnis Arbeiter und Angestellte bei den am Ausgleichsverfahren beteiligten Betrieben beschäftigt werden und wie hoch ihre Gehaltssumme und ihre Arbeitsunfähigkeitszeiten sind, um die Auswirkungen auf den Umlagesatz bei Einbeziehung der Angestellten beurteilen zu können.

- Einbeziehung der Ersatz- und Betriebskrankenkassen

Notwendig wäre weiterhin, die Betriebskrankenkassen in den Kreis der für die Umlage zuständigen Kassen einzubeziehen. Mehrheitliche Meinung in der Handwerksorganisation ist außerdem, dass unter dem Aspekt des Wettbewerbs auch die Ersatzkassen einbezogen werden sollten. Dies würde allerdings erfordern, dass Arbeitgebervertreter bei den Ersatzkassen in den Verwaltungsrat gewählt werden oder aber eine eigene Arbeitgebervertretung für diesen Bereich eingerichtet wird.

- Klarstellung, welche Kasse für Umlage zuständig ist

Um die Unsicherheit der jetzigen Gesetzeslage zu beseitigen - die zuständige Umlagekasse kann nicht allein auf Grund des Gesetzeswortlauts vom Arbeitgeber erschlossen werden -, sollte § 10 Abs. 3 LFZG dahingehend geändert werden, dass der Arbeitgeber die zuständige Krankenkasse aus dem - erweiterten - Kreis derjenigen nach § 10 Abs. 1 LFZG möglichen Krankenkassen wählt, bei denen zumindest ein Beschäftigter des Arbeitgebers, für den Leistungen aus der Umlagekasse gewährt werden, versichert ist. Durch diese Wahlmöglichkeit des Arbeitgebers würde das Umlageverfahren zum Wettbewerbsfaktor zwischen den Krankenkassen, und es würde sich außerdem der Kontakt zwischen zuständiger Kasse und Arbeitgeber verbessern.

Im Rahmen des Wahlrechts des Arbeitgebers muss auch die bisher schon praktizierte Lösung möglich sein, dass nicht nur eine einzige Kasse das Umlageverfahren für alle Beschäftigten eines Betriebes durchführt, sondern dass der Arbeitgeber seine Beschäftigten bei deren jeweiliger Kasse meldet („Splitting“).

- Problematik der Umlage beim Altersteilzeitgesetz

Vom Zentralverband des Baugewerbes wurde weiterhin darauf aufmerksam gemacht, dass nach der geltenden Rechtslage des Altersteilzeitgesetzes der Arbeitgeber verpflichtet ist, sowohl während der Arbeitsphase als auch während der Freistellungsphase eines Blockzeitmodells entsprechende Umlagebeiträge für den Altersteilzeitarbeitnehmer abzuführen, andererseits jedoch eine Erstattung von Arbeitgeberaufwendungen durch die Krankenkassen in der Freistellungsphase faktisch nicht in Betracht kommt. Der Beitragsverpflichtung des Arbeitgebers während der Freistellungsphase steht also keinerlei Erstattungsanspruch gegenüber.

Berlin, 17. Juni 2003  
Dr.Do