

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0248(18)
vom 20.06.03**

15. Wahlperiode

20.06.2003

**Stellungnahme
des dbb
zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz - GMG)**

Diese Stellungnahme basiert der Version des Gesetzentwurfs, die auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung als „Formulierungshilfe für einen Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN“ deklariert ist. Wir gehen davon aus, dass diese neue Fassung ohne weitere Änderungen von den Koalitionsfraktionen in den Deutschen Bundestag eingebracht worden ist und damit auch Grundlage für das betreffende Anhörungsverfahren vom 23. bis 30. Juni 2003 sein wird. Die nachfolgende Stellungnahme des dbb orientiert sich deshalb an der Nummerierung und dem Inhalt der besagten „Formulierungshilfe“:

I. Allgemeine Bewertung

Das Gesundheitswesen und im Besonderen die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Deutschland sind nach Meinung des dbb besser als ihr derzeitiger Ruf: Nach wie vor erhalten alle Versicherten im Krankheitsfall die medizinisch notwendigen Leistungen, kein Versicherter muss unverhältnismäßig hohe Beiträge zahlen. Die in den letzten Jahren erfolgten Beitragserhöhungen sind nicht von den Krankenkassen verursacht worden, sondern im Wesentlichen auf gesetzgeberische Maßnahmen (z. B. Absenkung der Krankenversicherungsbeiträge aus Entgeltersatzleistungen, Abschaffung des Arzneimittelbudgets) und auf andere externe Einflüsse (z. B. Preispolitik der Pharmaindustrie) zurückzuführen.

Der dbb verkennt allerdings nicht, dass die demographische Entwicklung, der medizinische Fortschritt und andere Faktoren in Zukunft zu weiteren Beitragssteigerungen führen werden, wenn nicht rechtzeitig geeignete Gegenmaßnahmen getroffen werden.

Von daher ist es prinzipiell zu begrüßen, dass der vorliegende Koalitionsentwurf eines „Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes (GMG)“ eine umfassende Reform der gesetzlichen Krankenversicherung vorsieht, durch die die Beitragssätze schon ab dem kommenden Jahr gesenkt werden sollen.

Die Schwerpunkte dieser Reform, wie sie in der Allgemeinen Begründung auf S. 159 ff. des Entwurfs formuliert sind, werden vom dbb weitgehend unterstützt. Nicht akzeptabel ist jedoch vor allem das Vorhaben, die Finanzierung des Krankengeldes künftig allein den Versicherten aufzubürden. Auch gegen andere Reformvorhaben hat der dbb zum Teil noch erhebliche Einwendungen und Vorbehalte. Insoweit wird auf die nachstehenden Ausführungen unter „II. Bewertung einzelner Neuregelungen“ verwiesen.

Da das GMG der Zustimmung des Bundesrates bedarf, ist davon auszugehen, dass die Oppositionsparteien im weiteren Gesetzgebungsverfahren noch eigene Reformvorschläge durchsetzen wollen. Im Hinblick darauf sei schon jetzt angemerkt, dass der dbb allenfalls dann bereit ist, etwaige Einschränkungen im Leistungsrecht der GKV und/oder Mehrbelastungen der Versicherten mitzutragen, wenn folgende Grundvoraussetzungen erfüllt sind:

- **Beibehaltung des Solidarprinzips:** Gesunde, junge und einkommensstarke Versicherte müssen auch weiterhin die Leistungen für kranke, alte und einkommensschwache Versicherte mitfinanzieren.
- **Beibehaltung der paritätischen Beitragsfinanzierung:** Soweit GKV-Beiträge nach Arbeitseinkommen bemessen werden, darf die paritätische Finanzierung durch Versicherte und Arbeitgeber als Teil des sozialstaatlichen Konsenses nicht in Frage gestellt werden.
- **Keine „Zwei-Klassen-Medizin“:** Jedem Versicherten müssen - unabhängig von seinen individuellen Einkommensverhältnissen - jederzeit alle medizinisch notwendigen Leistungen gewährt werden. Eine Differenzierung zwischen Grund- und Wahlleistungen der GKV droht indessen zu einer „Zwei-Klassen-Medizin“ zu führen, wenn einkommensschwächere Versicherte aus finanziellen Erwägungen auf Wahlleistungen verzichten. Der dbb lehnt deshalb solche Vorschläge ebenso ab wie die Einführung von Selbstbeteiligungen oder Beitragsrückerstattungen in der GKV.
- **Gerechte Lastenverteilung:** Bei der anstehenden Reform müssen vorrangig die im bisherigen System noch bestehenden Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeschöpft werden. Das Reformkonzept muss im Übrigen so gestaltet sein, dass notwendige Mehrbelastungen bzw. Einschränkungen nicht nur den Versicherten und Patienten, sondern gleichermaßen auch den Leistungserbringern zugemutet werden.

Soweit die Reformmaßnahmen neue Aufgaben oder Mehrarbeit für die Krankenkassen mit sich bringen, müssen hierfür rechtzeitig die personellen und sachlichen Voraussetzungen geschaffen werden. Im Hinblick darauf erwartet der dbb vom Gesetzgeber, dass den Kassen dann auch entsprechend höhere Verwaltungsausgaben - an Stelle einer Deckelung - zugestanden werden.

II. Bewertung einzelner Neuregelungen

Artikel 1: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

zu Nr. 5 (§ 20 SGB V: Einrichtung von kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsfonds

für „Prävention und Gesundheitsförderung“ bzw. zur Förderung der Selbsthilfe):

Verstärkte Aktivitäten der Krankenkassen im Bereich der Prävention und der Gesundheitsförderung sind sicherlich sinnvoll und notwendig. Dazu gehört auch eine verbesserte Förderung von Selbsthilfegruppen und -organisationen, die sich die Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten zum Ziel gesetzt haben.

Der dbb bezweifelt allerdings, dass die geplanten kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsfonds für „Prävention und Gesundheitsförderung“ sowie zur Förderung der Selbsthilfe wesentliche Verbesserungen in den genannten Bereichen herbeiführen werden. Dies vor allem deshalb, weil § 20 Abs. 3 Satz 1 bzw. Abs. 4 Satz 5 SGB V, wo konkrete Beträge für die einschlägigen Ausgaben der Krankenkassen vorgegeben werden, nach wie vor nur als Soll-Vorschriften ausgestaltet sind. Dadurch bleibt es den einzelnen Kassen - auch unter Berücksichtigung der vorgesehenen Pflicht-Einlage von mindestens 25 % des in Abs. 3 Satz 1 genannten Betrags - letztlich selbst überlassen, wie viel sie in die Gemeinschaftsfonds einzahlen. Wenn die anderen Kassen von den Einzahlungen aber gleichermaßen „mitprofitieren“, besteht kein Anreiz, möglichst viel, sondern eher der Anreiz, möglichst wenig einzuzahlen.

Die fehlenden Finanzierungsanreize bzw. -verpflichtungen können insbesondere bei den Gemeinschaftsfonds zur Förderung der Selbsthilfe zu Problemen führen. Da für diese Fonds nicht einmal Mindest-Einlagen vorgesehen sind, könnte unter Umständen sogar der Fall eintreten, dass der Verwaltungsaufwand für die Einrichtung und Betreuung der Fonds höher ist als die hieraus resultierenden zusätzlichen Fördermittel. Ein solches Resultat muss auf jeden Fall verhindert werden. Dies könnte dadurch geschehen, dass Abs. 3 Satz 1 und Abs. 4 Satz 5 von Soll- in Muss-Vorschriften umgewandelt werden.

Nach Meinung des dbb kann es allerdings auch nicht angehen, dass die Mittel für die Gemeinschaftsfonds allein von den gesetzlichen Krankenkassen aufgebracht werden, denn - soweit aus dem Gesetzentwurf erkennbar - sollen die hieraus finanzierten Präventions- und Gesundheitsförderungs-Maßnahmen ja nicht allein den GKV-Versicherten, sondern - zumindest teilweise - der Gesamtbevölkerung zugute kommen. Deshalb müssten auch Privatversicherte sowie andere Institutionen bzw. Organisationen an der Aufbringung der Fondsmittel beteiligt werden. Der betreffende Hinweis in der Gesetzesbegründung („Der Gemeinschaftsfonds steht nicht nur den Krankenkassen, sondern auch anderen Geldgebern offen.“) reicht insoweit nicht aus. Die „anderen Geldgeber“ müssen vielmehr konkret im Gesetz benannt und ihre finanzielle Beteiligung an den Gemeinschaftsfonds konkret beziffert werden.

Wenn hierzu keine gerechte und praktikable Lösung gefunden werden kann, sieht der dbb nur noch zwei Möglichkeiten: Entweder müssen die Gemeinschaftsfonds ausschließlich aus Steuermitteln „gespeist“ werden, oder es muss auf die Einrichtung der Fonds verzichtet werden.

zu Nr. 6 (§ 24 b SGB V: Streichung von Leistungen bei einer nicht krankheitsbedingten

Sterilisation):

Der dbb vertritt grundsätzlich die Position, dass versicherungsfremde Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen und - soweit sie gesamtgesellschaftliche Aufgaben erfüllen - statt dessen aus Steuermitteln finanziert werden sollten. Dem entsprechend unterstützt der dbb auch die vorgesehene Änderung des § 24 b SGB V, wonach die Krankenkassen bei Sterilisationen künftig nur noch dann Leistungen gewähren sollen, wenn die Sterilisation „durch Krankheit erforderlich“ ist.

zu Nr. 7 (27 a SGB V: Streichung von Leistungen zur künstlichen Befruchtung):

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes wurden im Jahr 2001 730.000 Kinder lebend geboren, das waren 30.000 oder 3,9 Prozent weniger als im Jahr zuvor. Damit setzt sich seit 1991 - mit Ausnahme der Jahre 1996 und 1997 - der Trend der rückläufigen Geburtenzahl fort. Im Jahr 2001 starben in Deutschland etwa 821.000 Menschen, das waren rund 11.000 oder 1,3 Prozent weniger als im Jahr 2000. Die Zahl der Sterbefälle ist damit seit 1993 kontinuierlich zurückgegangen. Stellt man Geburten und Sterbefälle gegenüber, wurden im Jahr 2001 91.000 weniger Kinder geboren als Menschen starben. Im Jahr 2000 hatte das Geburtendefizit noch 72.000 betragen.

Angesichts des sich in diesen Zahlen manifestierenden demographischen Wandels in Deutschland und der daraus resultierenden Probleme bei der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme, vertritt der dbb die Auffassung, dass es gesellschaftlich wünschenswert ist, dass die Geburtenrate nicht noch weiter sinkt. Eine ersatzlose Streichung der künstlichen Befruchtung aus dem Leistungskatalog der GKV ist vor diesem Hintergrund alles andere als eine nachhaltige Reformmaßnahme. Sie ist darüber hinaus auch familienpolitisch nicht vertretbar. Etwa 15 Prozent aller Paare in Deutschland sind bei der Zeugung eines eigenen Kindes auf künstliche Befruchtung angewiesen, wofür jedoch nur ein Anteil von 0,1 % der Gesamtkosten der GKV aufgewendet wird. Für die betroffenen ungewollt kinderlosen Paare - das sind immerhin etwa 15 % aller Paare - sind die Kosten von circa 2.500,00 bis 4.000,00 Euro pro Eingriff jedoch teilweise unerschwinglich. Benötigt werden in der Regel drei Versuche bis zum Erfolg. Müsste die künstliche Befruchtung künftig komplett privat finanziert werden, liefe dies letztlich darauf hinaus, dass sich von den ungewollt kinderlosen Paaren nur noch Wohlhabende oder Privatpatienten ihren Kinderwunsch erfüllen könnten. Eine Streichung der künstlichen Befruchtung aus dem Leistungskatalog der GKV lässt sich daher nur unter der Voraussetzung rechtfertigen, dass diese versicherungsfremde Leistung künftig steuerfinanziert wird.

zu Nr. 8 (§ 28 Abs. 4 SGB V -neu-: Einführung einer sog. „Praxisgebühr“):

Der dbb tritt prinzipiell dafür ein, dass das System der hausärztlichen Versorgung gestärkt wird, sofern eine entsprechende Weiterbildung der Hausärzte sichergestellt wird. Der Hausarzt kennt seine Patienten besser als ein gelegentlich aufgesuchter Facharzt und kann deshalb vielfach auch wirtschaftlicher und effektiver arbeiten als der Facharzt. Insoweit sollte ihm die Position eines Lotsen übertragen werden. Sollten jedoch die Hausärzte dazu übergehen, selbst Spezialuntersuchungen vorzunehmen, ist der mit der vorgeschlagenen Regelung beabsichtigte Erfolg nicht gewährleistet. Erfahrungen der Vergangenheit haben gezeigt, dass hausärztliche Fachuntersuchungen nur eine begrenzte Aussagekraft besitzen und dass deshalb Fachärzte nochmals Untersuchungen zu einer endgültigen Diagnostizierung durchführen müssen.

Die Einführung einer Praxisgebühr in Höhe von 15,00 Euro bei Besuch eines Facharztes ohne vorherige Überweisung durch den Hausarzt oder einen anderen Facharzt führt jedoch zu einer Einschränkung der freien Arztwahl insbesondere für Geringverdiener. Da Besserverdiener die Praxisgebühr eher in Kauf nehmen können als Geringverdiener, wird somit ein neuer Ansatz der „Zwei-Klassen-Medizin“ eröffnet. Zudem steht die Einschränkung der freien Arztwahl einem anderen Ziel des GMG, nämlich der „Stärkung der Patientensouveränität“, entgegen. Aus diesen Gründen lehnt der dbb die Praxisgebühr ab.

Darüber hinaus muss auch bezweifelt werden, ob die vorgesehene Einführung einer Praxisgebühr bei Besuch eines Facharztes ohne vorherige Überweisung durch den Hausarzt oder einen anderen Facharzt zu nennenswerten Ausgabenreduzierungen der GKV führen wird oder ob nicht sogar erst durch dieses System die Doppel- und Mehrfachuntersuchungen hervorgerufen werden, die eigentlich damit eingeschränkt werden sollen. Zwar mag es Patienten geben, die aus eigenem Antrieb mehrere Fachärzte frequentieren, ohne dass sich ihr Gesundheitszustand dadurch verbessert. Der überwiegende Teil der Patienten sucht jedoch bei bestimmten Erkrankungen aus vernünftigen Erwägungen heraus einen Facharzt auf wenn er davon ausgegangen werden kann, dass der Hausarzt bei der betreffenden Erkrankung ohnehin an einen entsprechenden Facharzt überweisen wird. Diese vernünftige Art der Facharztkonsultation wird durch die Praxisgebühr verhindert, obwohl sie der GKV unnötige Ausgaben für nunmehr notwendig werdende Doppeluntersuchungen ersparen könnte. Dabei gilt es auch zu bedenken, dass die Zweistufigkeit der Behandlung (erst Haus-, dann Facharzt) zu Zeitverlusten führt; in Fällen, in denen eine möglichst schnelle Facharztbehandlung erforderlich wäre, kann es durch eine verspätete Behandlung unter Umständen sogar zur Verschlimmerung von Krankheiten kommen.

zu Nr. 9 (§ 30 SGB V: Ersetzung des prozentualen Anteils der Kassenleistung zum

Zahnersatz durch Festzuschüsse):

Die geplante Einführung von Festzuschüssen zum Zahnersatz an Stelle des bisherigen prozentualen Kassenanteils wird voraussichtlich dazu führen, dass Bezieher höherer und mittlerer Einkommen in größerem Umfang als bisher private Zusatzversicherungen abschließen werden, um sich bei Bedarf möglichst hochwertigen Zahner-

satz leisten zu können. Geringverdiener, die die Beiträge für derartige Zusatzversicherungen nicht aufbringen können, werden dagegen mit einem einfachen und preiswerten Zahnersatz („Kassengebiss“) vorlieb nehmen müssen.

Nach Auffassung des dbb wäre es sozial gerechter und von daher auch politisch eher zu vermitteln, wenn die bisherigen prozentualen Zuschüsse herabgesetzt würden. Dadurch könnten gleich hohe Einsparungen erzielt werden wie durch die geplante Umstellung auf Festzuschüsse.

Hinsichtlich der in § 30 Abs. 5 vorgesehenen Neuregelung, wonach bei Versicherten mit vollständiger Zuzahlungsbefreiung künftig eine vorherige Begutachtung für aufwendigen Zahnersatz zwingend vorgeschrieben sein soll, stellt sich im Übrigen die Frage, ob der damit verbundene Verwaltungsaufwand nicht größer sein wird als die aus den Begutachtungen resultierenden Einsparungen.

zu Nr. 10, Buchstabe b (§ 31 Abs. 3 SGB V: Erhöhung der Zuzahlungsbeträge für Arznei- und Verbandmittel):

Die geplante Erhöhung der Zuzahlungsbeträge nur für mittlere und große Packungsgrößen von Arznei- und Verbandmitteln erscheint sachgerecht, weil dadurch ein Anreiz zur wirtschaftlichen Inanspruchnahme der betreffenden Mittel gegeben wird. Der dbb hält dieses Vorhaben auch deswegen für akzeptabel, weil chronisch Kranke, die an strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen, durch die Bonusregelung des § 62 a SGB V -neu- von den Zuzahlungserhöhungen ausgenommen werden sollen.

Die zusätzliche Neuregelung, wonach Versicherte, die unter die Härtefallregelung des § 61 SGB V fallen und dadurch bislang von allen Zuzahlungen befreit waren, künftig pro Arznei- bzw. Verbandmittel - unabhängig von der Packungsgröße - eine Zuzahlung von 1 Euro leisten sollen, erscheint ebenfalls vertretbar.

zu Nr. 11 (§ 32 Abs. 1 SGB V: Erstattung des niedrigsten Preises für Heilmittel bei Wahl eines „anderen“ zugelassenen Leistungserbringers):

Die vorgesehene Ergänzung zu § 32 Abs. 1 SGB V, wonach die Krankenkassen den Versicherten preisgünstige Leistungserbringer für Heilmittel anbieten können und dann lediglich deren Preise erstatten sollen, auch wenn der Versicherte statt dessen einen anderen, teureren Leistungserbringer wählt, erscheint zwar auf den ersten Blick sinnvoll, weil dadurch Einsparungen bei den Leistungsausgaben erzielt werden können.

Die Prüfung der Frage, ob die angebotene preisgünstige Leistung für den Versicherten - wie im Gesetzentwurf vorgeschrieben - „wohnortnah“ und „zumutbar“ ist, dürfte allerdings einen erheblichen Verwaltungsaufwand bei den Krankenkassen verursachen. Der dbb befürchtet deshalb, dass die relativ geringen Einsparungen bei den Leistungsausgaben durch die zusätzlichen Verwaltungsausgaben weitgehend aufgezehrt, wenn nicht gar überkompensiert werden.

zu Nr. 12, Buchstabe a und c (§ 33 Abs. 1 und 3 SGB V: Altersmäßige Begrenzung des

Leistungsanspruchs bei Sehhilfen):

Die geplante Begrenzung des Leistungsanspruchs bei Sehhilfen auf Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres ist nach Auffassung des dbb nicht akzeptabel. Es dürfte wohl unstrittig sein, dass kein Mensch sich „freiwillig“ eine Brille oder Kontaktlinsen zulegt, sondern nur dann, wenn eine derart gravierende Sehstörung vorliegt, dass sie den Betroffenen im Alltag und im Berufsleben erheblich beeinträchtigt. Insoweit besteht kein Unterschied zwischen Seh- und Hörhilfen.

Sehstörungen treten im Regelfall aber erst in höherem Lebensalter ein. Die Begrenzung des Leistungsanspruchs auf Versicherte bis zum 18. Lebensjahr hätte daher zur Folge, dass die weit überwiegende Mehrzahl der Versicherten die Aufwendungen für eine Sehhilfe künftig in voller Höhe selbst tragen müssen. Das dazu in der Gesetzesbegründung angeführte Argument, dass die Versicherten im Durchschnitt bereit sind, rd. 150,00 Euro für medizinisch nicht notwendige Leistungen (z. B. Entspiegelung und/oder Tönung der Gläser) auszugeben, und die daraus abgeleitete Annahme, dass ihnen dann wohl auch noch die Übernahme des bisherigen Kassenanteils von durchschnittlich rd. 50,00 Euro zugemutet werden könne, klingt geradezu zynisch. Denn es gibt sicherlich nicht wenige Versicherte, die auf Grund ihres niedrigen Einkommens dringend darauf angewiesen sind, dass die Krankenkasse die Kosten für die medizinisch notwendige Gestaltung der Sehhilfe übernimmt. Diese Versicherten sind notgedrungen auch bereit, ein sog. „Kassengestell“ zu tragen, weil sie sich keine schickere und teurere Brille leisten können. Im Hinblick darauf sind die oben genannten Euro-Beträge wohl kaum aussagekräftig, da es sich hierbei lediglich um Durchschnittswerte handelt.

Nicht plausibel ist auch die vorgesehene Ausnahmeregelung, wonach volljährige Versicherte nur dann Anspruch auf Sehhilfen haben, *„wenn sie auf beiden Augen mindestens eine Sehbeeinträchtigung der Stufe 1 der Internationalen Klassifikation der Krankheiten gemäß § 295 Abs. 1 Satz 2 aufweisen“*. Diese Abgrenzung vermag allein deshalb nicht zu überzeugen, weil Sehhilfen schon bei einem wesentlich geringeren Grad der Sehbeeinträchtigung „medizinisch notwendig“ sind. Wenn also das Prinzip, dass die GKV allen Versicherten jederzeit die medizinisch notwendigen Leistungen gewährt, weiter Gültigkeit haben soll, ist es nicht zu vertreten, dass sich die Krankenkassen künftig erst dann an den Aufwendungen für Sehhilfen beteiligen, wenn der Betroffene bereits „halb blind“ ist.

Der dbb erwartet deshalb, dass die vorgesehenen Neuregelungen in **Nr. 12 Buchstabe a und c komplett gestrichen** werden. Zumindest aber muss die Versorgung mit Sehhilfen auch für volljährige Versicherte weiterhin Bestandteil des Leistungskatalogs der GKV bleiben. Akzeptabel wäre allenfalls eine stärkere Eigenbeteiligung der Versicherten mit einer Einbeziehung der betreffenden Zuzahlungen in die Härtefallregelungen der §§ 61 und 62 SGB V.

zu Nr. 12, Buchstabe b (§ 33 Abs. 2 SGB V: Erstattung des niedrigsten Preises für Hilfs-

Leistungser- mittel bei Wahl eines „anderen“ zugelassenen
bringers):

Die obigen Ausführungen zu Nr. 11 gelten für Hilfsmittel entsprechend.

zu Nr. 13, Buchstabe a (§ 34 Abs. 1 SGB V: Weitgehender Ausschluss des Leistungsan-
spruchs bei nicht verschreibungspflichtigen Arznei-
neimitteln):

Die geplante Herausnahme von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln aus der Leistungspflicht der GKV (mit Ausnahmeregelungen für Kinder bis zu 12 Jahren, behinderte und entwicklungsgestörte Jugendliche bis zu 17 Jahren sowie für homöopathische und anthroposophische Arzneimittel und für besonders gelagerte Einzelfälle) bedeutet einen Ausstieg aus der paritätischen Finanzierung der Krankenversicherung. Bereits heute trägt der Patient einen Teil seiner Behandlungs- und Arzneimittelkosten selbst. Bei rezeptfreien Arzneimitteln handelt es sich um Medikamente, die nach mindestens fünfjähriger Erfahrung als besonders sicher und nebenwirkungsarm erwiesen haben und deshalb nicht mehr vom Arzt verschrieben werden müssen. Der dbb lehnt einen Ausschluss dieser Medikamente aus der Erstattungspflicht der GKV daher ab.

Die Nichterstattung verschreibungsfreier Medikamente setzt zudem kontraproduktive Anreize. Derzeit entfallen etwa 30 % der Verordnungen auf rezeptfreie Arzneimittel. Sie machen aber nur etwa zwölf Prozent der GKV-Ausgaben aus. Mit der Streichung der verschreibungsfreien Medikamente aus dem GKV-Leistungskatalog ist zu erwarten, dass ein Großteil der Patienten, die bislang regelmäßig nicht verschreibungspflichtige Medikamente auf Rezept erhalten haben, in Zukunft um Verschreibung anderer wirkungsgleicher, aber verschreibungspflichtiger Medikamente bitten wird. Soweit medizinisch vertretbar, werden sich die Ärzte derartigen Bitten in den meisten Fällen wohl auch nicht verschließen, weil sie andernfalls damit rechnen müssen, die Patienten zu verlieren. Verschreibungspflichtige Arzneimittel sind aber in der Regel teurer als nicht verschreibungspflichtige. Der aus der Neuregelung erwartete Einspareffekt könnte daher durch das beschriebene Ausweichverhalten der Patienten konterkariert werden. Experten rechnen mit rund 1,5 Mrd. Euro Mehrausgaben pro Jahr für die GKV.

Die in dem Gesetzentwurf vorgesehene Regelung, nach welcher der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen autorisiert werden soll, in den Arzneimittelrichtlinien eine Liste nicht verschreibungspflichtiger Wirkstoffe zu erstellen, die essentiell für die Behandlung schwerwiegender Erkrankungen sind und demnach doch von der GKV erstattet werden dürfen, zeigt, dass die Regelung bereits im Stadium des Gesetzgebungsverfahrens Korrekturbedarf aufweist. Der dbb plädiert deshalb dafür, Nr. 13 Buchstabe a zu streichen.

Wenn der Gesetzgeber an der Neuregelung festhält, sollte sie zunächst nur probe-weise eingeführt werden. Falls sich in der Erprobungsphase herausstellen sollte, dass die Krankenkassen durch die Herausnahme der nicht verschreibungspflichtigen

Arzneimittel aus der Leistungspflicht der GKV tatsächlich nennenswerte Einsparungen erzielen, könnte über eine entsprechende Dauerregelung nachgedacht werden.

zu Nr. 16, Buchstabe b (§ 36 Abs. 2 SGB V: Festsetzung von Festbeträgen für Hilfsmittel

künftig auf Bundesebene):

Die vorgesehene Neuregelung, wonach die Festbeträge für Hilfsmittel künftig von den Spitzenverbänden der Krankenkassen einheitlich auf Bundesebene - statt bisher von den einzelnen Landesverbänden und den Verbänden der Ersatzkassen - festgesetzt werden sollen, würde das Festsetzungsverfahren erheblich vereinfachen, die bisherige Intransparenz beseitigen und die Wirtschaftlichkeit im Hilfsmittelbereich maßgeblich stärken.

Die Neuregelung wird deshalb uneingeschränkt vom dbb unterstützt.

zu Nr. 18 (§ 39 Abs. 4 SGB V: Erhöhung der Zuzahlung bei Krankenhausaufenthalt):

Die vorgesehene Erhöhung des Zuzahlungsbetrags bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung von bisher 9,00 auf 12,00 Euro pro Tag bedeutet eine Anhebung um 33 %. Dieser Steigerungssatz entspricht wohl kaum der in der Gesetzesbegründung angesprochenen „wirtschaftlichen Entwicklung“, zumal die letzte Anhebung dieses Zuzahlungsbetrages erst im Rahmen der Euro-Umstellung zum Jahresbeginn 2002 erfolgt ist (von 17,00 DM auf 9,00 Euro). Davor war der Zuzahlungsbetrag bereits durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz vom 23.06.1997 (BGBl. I S. 1520) um 5,00 DM angehoben worden.

In Anbetracht dessen hält der dbb allenfalls eine weitere Anhebung auf 10,00 Euro für vertretbar.

zu Nr. 20 (§§ 58 und 59 SGB V: Wegfall des Sterbegeldes):

Das Sterbegeld ist eine versicherungsfremde Leistung der GKV und sollte deshalb - auch nach der oben bereits angesprochenen Grundsatzposition des dbb - nicht aus den Beiträgen der Versicherten und Arbeitgeber finanziert werden. Die vorgesehene Streichung der §§ 58 und 59 SGB V ist insofern nur konsequent.

Eine Beibehaltung des Sterbegeldes mit künftiger Finanzierung aus Steuermitteln wäre indessen nur dann gerechtfertigt, wenn grundsätzlich alle Bürger, also auch die nicht in der GKV Versicherten, Anspruch auf die einschlägigen Leistungen hätten. Die Zahl der Anspruchsberechtigten wäre somit wesentlich höher als nach bisherigem Recht, zumal das Sterbegeld nach § 58 SGB V ohnehin nur noch dann gezahlt wird, wenn der Verstorbene am 1. Januar 1989 bereits versichert war.

Angesichts der Finanzlage der öffentlichen Haushalte erscheint die Forderung nach Steuerfinanzierung eines allgemeinen Sterbegeldes daher äußerst unrealistisch.

zu Nr. 21 (§ 60 SGB V: Engere Auflagen bei Übernahme von Fahrkosten):

Nach der Begründung zu Nr. 21, Buchstabe b, Doppelbuchstabe a sollen die Kosten für Verlegungsfahrten zwischen verschiedenen Krankenhäusern künftig auch dann nicht mehr von den Krankenkassen übernommen werden, wenn „*die beteiligten Krankenhäuser aus wirtschaftlichen oder organisatorischen Gründen der Zusammenarbeit eine Verlegung für erforderlich halten*“. Sofern dies bedeutet, dass der Patient die Kosten für die Verlegungsfahrt selbst tragen muss, ist die vorgesehene Änderung des § 60 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 nicht akzeptabel, da der Patient die Gründe für die Verlegung nicht zu vertreten hat. Falls die Kosten für derartige Verlegungsfahrten jedoch von den beteiligten Krankenhäusern getragen werden, bedarf es noch einer entsprechenden Klarstellung in der Gesetzesbegründung.

Im Übrigen hat der dbb gegen die geplanten Änderungen des § 60 SGB V keine Bedenken.

zu Nr. 22, Buchstabe a (§ 61 Abs. 1 SGB V: Wegfall der Zuzahlungsbefreiung für Arznei- und Verbandmittel):

Versicherte, die unter die Härtefallregelung des § 61 SGB V fallen, sollen nach der oben angesprochenen Neuregelung in § 31 Abs. 1 SGB V künftig pro Arznei- und Verbandmittel eine Zuzahlung von 1 Euro zahlen. Damit würde die bisherige vollständige Zuzahlungsbefreiung wegfallen. Die Streichung der Wörter „Arznei- und Verbandmittel“ in § 61 Abs. 1 ist somit nur folgerichtig.

Der dbb hält dieses Änderungsvorhaben, wie schon in den Anmerkungen zu Nr. 10, Buchstabe b ausgeführt, für vertretbar.

zu Nr. 24 (§ 62 a SGB V -neu-: Bonusregelung (Zuzahlungsermäßigung) bei Teilnahme am Hausarztssystem, an Disease-Management-Programmen oder an integrierter Versorgung):

Die Einführung der vorgesehenen Zuzahlungsermäßigungen zu Medikamenten stellen unseres Erachtens keinen nennenswerten Anreiz dar, sich zunächst an den Hausarzt zu wenden und sind zudem sehr verwaltungsaufwendig. Ferner zielt diese Bonusregelung in die gleiche Richtung wie die Praxisgebühr, indem sie - insbesondere für die Bezieher kleiner Einkommen - die freie Arztwahl indirekt beschränkt und ist deshalb kritisch zu betrachten.

Um Versicherte zur Teilnahme an Disease-Management-Programmen bzw. an einer integrierten Versorgung zu animieren, könnte die Bonusregelung jedoch geeignet sein. Hinsichtlich der Teilnahme an Disease-Management-Programmen bzw. an einer integrierten Versorgung könnte die Bonusregelung hingegen von vornherein als unbefristete Regelung konzipiert werden.

zu Nr. 25 (§ 65 a SGB V: Versichertenbonus für gesundheitsbewusstes Verhalten):

Die Einführung von Boni für Versicherte, „die regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach §§ 25 und 26 oder Leistungen der Krankenkasse zur primären Prävention in Anspruch nehmen“, ist grundsätzlich zu begrüßen. Eine endgültige Bewertung dieses neuen Förderinstruments wird allerdings erst möglich sein, wenn die Krankenkassen in ihrer Satzung die konkreten Anspruchsvoraussetzungen und die Höhe der Boni festgelegt haben.

Problematisch erscheint die Umsetzung der Bonusregelung für Arbeitgeber bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (§ 65 a Abs. 2 SGB V -neu-). Dies vor allem deshalb, weil im Regelfall nicht alle Beschäftigten eines Betriebes bei derselben Krankenkasse versichert sind. Von daher stellt sich die Frage, ob die Krankenkasse dem Arbeitgeber eines Versicherten auch dann einen Bonus gewähren muss, wenn der Arbeitgeber zwar Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung anbietet, der betreffende Versicherte sich an diesen Maßnahmen jedoch nicht beteiligt, weil er hierzu nicht verpflichtet ist. Ebenso stellt sich die Frage nach dem Anreiz für Arbeitgeber, solche Angebote zu erwägen, wenn nur für einen kleinen Teil der Beschäftigten Bonus-Satzungsregelungen ihrer Krankenkasse bestehen.

zu Nr. 26 (§§ 67 und 68 SGB V -neu-: Einführung des Hausarztsystems / Finanzierung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte):

Der dbb hat gegen die Einführung des Hausarztsystems grundlegende Bedenken. Insoweit wird auf die obigen Ausführungen zu Nr. 8 (Einführung einer sog. „Praxisgebühr“) verwiesen.

Die geplante Neuregelung in § 68 SGB V, wonach „die Krankenkassen ihren Versicherten zu von Dritten angebotenen Dienstleistungen der elektronischen Speicherung und Übermittlung patientenbezogener Gesundheitsdaten finanzielle Unterstützung gewähren“ können, ist grundsätzlich positiv zu bewerten, weil durch persönliche elektronische Gesundheitsakten Doppel- und Mehrfachuntersuchungen vermieden werden können und die Behandlungsqualität und -sicherheit erhöht wird. Sofern die Krankenkassen von dieser Kann-Regelung Gebrauch machen und möglichst viele Versicherte eine entsprechende Gesundheitsakte anlegen lassen, wird dies sicherlich auch die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Gesundheitswesen insgesamt verbessern.

In Zusammenhang mit der Einführung der elektronischen Gesundheitsakten müssen allerdings auch weitreichende datenschutzrechtliche Neuregelungen getroffen werden, um sicherzustellen, dass die in den Akten gespeicherten Daten ausschließlich für den angestrebten Zweck, nämlich die Optimierung der medizinischen Behandlung des Versicherten, verwendet werden.

zu Nr. 38 (§ 81 a SGB V -neu-: Einrichtung von Korruptionsbekämpfungsstellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen):

Die Einrichtung von Korruptionsbekämpfungsstellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, aber auch - wie in Art. 1 Nr. 119 (§ 197 a SGB V -neu-) vorgesehen - bei den Krankenkassen erscheint angesichts der einschlägigen Erfahrungen gerade auch in der jüngeren Vergangenheit nicht nur sinnvoll, sondern leider auch notwendig, um finanzielle Schäden der GKV in Zukunft so weit wie möglich zu verhindern.

Allerdings erscheint es problematisch, wenn die Korruptionsbekämpfungsstellen dort eingerichtet werden, wo die Korruption - zumindest teilweise - erfolgt, nämlich innerhalb der KBVen bzw. der Krankenkassen. Dadurch könnte in der Öffentlichkeit der Verdacht entstehen, dass den Beschäftigten in den Korruptionsbekämpfungsstellen die nötige Unabhängigkeit fehlt und dass deren Ermittlungen möglicherweise verschleppt oder behindert werden.

Um diesem Verdacht entgegenzuwirken, sollten die Korruptionsbekämpfungsstellen im Wesentlichen nur Prüf- und Kontrollbefugnisse erhalten und bei Verdachtsfällen allenfalls Vorermittlungen durchführen dürfen. Schon im Stadium der Vorermittlungen sollte auch der oder die neu vorgesehene „Beauftragte zur Bekämpfung von Missbrauch und Korruption im Gesundheitswesen“ eingeschaltet, zumindest aber informiert werden. Die Rechte und Befugnisse des/der Beauftragten sollten zugleich deutlich über den in Art. 1 Nr. 137 vorgesehenen Rahmen erweitert werden.

zu Nr. 47 (§ 95 Abs. 1 SGB V: Zulassung von Gesundheitszentren zur Vertragsärztlichen Versorgung):

Die geplante Zulassung von Gesundheitszentren zur Vertragsärztlichen Versorgung wird vom dbb begrüßt.

zu Nr. 49 (§ 95 Abs. 2b i.V.m. § 95 d SGB V -beide neu-: Fortbildungspflicht für Vertragsärzte):

Die gesetzliche Verankerung einer Fortbildungspflicht für Vertragsärzte und die damit verbundene Regelung, dass die Betroffenen alle fünf Jahre gegenüber dem Zulassungsausschuss den Nachweis erbringen müssen, dass sie der Fortbildungspflicht nachgekommen sind, werden ebenfalls begrüßt.

zu Nr. 55 (§ 106 b SGB V -neu-: Ermöglichung von Einzelverträgen der Krankenkassen mit Vertragsärzten):

Der dbb bewertet die Ermöglichung von Einzelverträgen der Krankenkassen mit Vertragsärzten grundsätzlich positiv, weil die Aussicht besteht, dass dadurch Einsparungen bei den Leistungsausgaben erzielt werden können. Allerdings gilt es zu bedenken, dass der Abschluss und die „Pfleger“ entsprechender Einzelverträge für die Kassen mit einem deutlich höheren Verwaltungsaufwand verbunden ist als bei Kollektivverträgen. Im Hinblick darauf bedarf es in der Einführungsphase der Einzelverträge noch geeigneter Rentabilitätsprüfungen, um feststellen zu können, ob

dieses neue Vertragssystem „unter dem Strich“ tatsächlich zu Einsparungen bei den Kassen führt bzw. ob und inwieweit sich dieses System auf die Höhe der Beitragsätze auswirkt. Andererseits ist zu beobachten, ob die Besorgnis ungleichgewichtiger Vertragspartnerschaften berechtigt ist. Davon betroffen wären insbesondere jene Fachärzte, die sich neu niederlassen, weil die Neuregelung verbindlich nur sie Anwendung findet. Der dbb kann vor diesem Hintergrund nicht nachvollziehen, weshalb bereits etablierte Fachärzte zu Lasten ihrer neuen Kollegen im Kollektivvertragssystem verbleiben dürfen. Somit wird mit der Maßgabe, mehr Wettbewerb im Anbieterbereich zu schaffen, wieder neue Wettbewerbsbeschränkungen geschaffen.

zu Nr. 66 (§§ 116 a und 116 b SGB V -neu-: Ambulante Behandlung im Krankenhaus) und Nr. 69 (§ 119 a SGB V -neu-: Ambulante Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe und in Rehabilitationseinrichtungen):

Die vorgesehenen Neuregelungen zur Einbeziehung der Krankenhäuser, Einrichtungen der Behindertenhilfe und Rehabilitationseinrichtungen in die ambulante Versorgung werden vom dbb begrüßt.

zu Nr. 91 (§§ 139 a bis l SGB V -neu-: Einrichtung eines „Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin“) i.V.m. Nr. 15 (§ 35 b Empfehlungen zu Arzneimitteln):

Wenngleich die mit Einrichtung eines „Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin“ verfolgte Absicht einer Qualitätsverbesserung in der medizinischen Versorgung zu begrüßen ist, hegt der dbb Bedenken hinsichtlich der tatsächlichen Auswirkungen eines solchen Instituts auf eben diese. Aufgrund der Vielzahl an Institutionen und Verbänden, die im Kuratorium des Zentrums vertreten sein sollen, und den hohen wissenschaftlichen Anforderungen, die an die Arbeit des Zentrums zu stellen sind, wird die Meinungsbildung bei der Abgabe einer Bewertung neuer Medikamente ein zeitintensiver Prozess sein. Damit verbunden ist, dass Patienten auf neue Medikamente unter Umständen lange warten müssen. Außerdem kann nicht immer davon ausgegangen werden, dass die empfohlenen Arzneimittel bei allen Patienten die erwünschte Wirkung entfalten. Insofern ist mit der zentralen Abgabe von verbindlichen Empfehlungen eine Standardisierung der medizinischen Versorgung verbunden, die die Möglichkeiten für eine individuell zugeschnittene pharmakologische Therapie stark einschränkt.

Erfahrungen mit einer zentralen Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln gibt es nur in wenigen Ländern, die einen staatlichen Gesundheitsdienst haben. So wird beispielsweise in Großbritannien seit 1999 eine standardisierte Bewertung von Arzneimitteln durch das Institut NICE (National Institute for Clinical Excellence) durchgeführt. In dieser Zeit mussten die Patienten zum Teil ein Jahr und länger auf neue Medikamente warten, z. B. bei einem Medikament gegen Lymphdrüsenkrebs 15 Monate, bei einem Mittel gegen Multiple Sklerose 30 Monate, bei einem Medikament gegen Schizophrenie 14 Monate und bei einem gegen Erblindung 16 Monate.

Offen bleibt in dem vorliegenden Gesetzentwurf auch die Frage der Finanzierung der Arbeit des Instituts, die hohe laufende Kosten in Form von Gutachteraufträgen, Arbeitsgruppensitzungen etc. verursachen wird. Zieht man zur Orientierung die Kosten des britischen NICE heran, das seine eigenen Bearbeitungskosten pro Prüfauftrag auf etwa 70.000,00 britische Pfund (entspricht etwa 100.500,00 Euro) schätzt, lassen sich für das Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin ähnliche Kosten erwarten. Je nach Anzahl der Prüfaufträge gelangt man rasch in einen zweistelligen Millionenbetrag, den man veranschlagen müsste. Es stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob nicht die durch Gründung des Zentrums verursachten Zusatzkosten die möglichen Einsparungen überkompensieren. Bei den fragwürdigen Effekten der Institutsarbeit auf die medizinische Versorgung der Patienten sollte von einem solchen Institut daher abgesehen werden.

zu Nr. 97 (§ 140 e SGB V -neu-: Ermöglichung von Verträgen mit Leistungserbringern im Geltungsbereich des EG-Vertrages):

Die geplante Neuregelung, wonach die Krankenkassen zur Versorgung ihrer Versicherten künftig auch Verträge mit ausländischen Leistungserbringern im Geltungsbereich des EG-Vertrages abschließen dürfen, ist prinzipiell zu begrüßen.

Der dbb gibt allerdings zu bedenken, dass entsprechende Verträge in der Regel einen deutlich höheren Verwaltungsaufwand (Einsatz von Dolmetschern, ggfs. Reise-tätigkeiten, etc.) verursachen als Verträge mit inländischen Leistungserbringern. Da wahrscheinlich nur wenige Versicherte die Leistungserbringung im Ausland in Anspruch nehmen werden, können hierdurch auch nur geringe Einsparungen bei den Leistungsausgaben erzielt werden. In Anbetracht dessen ist damit zu rechnen, dass die Krankenkassen nur in seltenen Fällen von der Neuregelung des § 140 e SGB V Gebrauch machen werden. Diese ungünstige Perspektive würde sich im Übrigen noch weiter verschlechtern, wenn die im Rahmen des 12. SGB V-Änderungsgesetzes beschlossene Deckelung der Verwaltungskosten für das Jahr 2003 (§ 4 Abs. 4 Satz 2 f. SGB V) in Zukunft weiter fortgesetzt wird.

zu Nr. 100 (§ 147 SGB V: Verpflichtende Personalkostenübernahme bei Betriebskrankenkassen ab 01.01.2005):

Ein Abrücken von der früheren Regelung, dass die Personalkosten einer Betriebskrankenkasse vom Trägerunternehmen zu schultern sind, war mit der Öffnungsperspektive zwangsläufig verbunden. Allerdings hat die derzeitige Fassung des § 147 SGB V mit dem Ablehnungsrecht durch den Arbeitgeber eine einheitliche und den übrigen Mitbewerbern in der GKV gleichstellende Regelung vermieden. Vielmehr unterscheiden sich nach wie vor traditionelle Betriebskrankenkassen, die weder eine Öffnung noch eine Personalkostenübernahme durch die BKK vollzogen haben, und geöffnete, bei denen überwiegend auch ein Wechsel bei den Personalkosten stattgefunden hat.

Die Bedeutung der persönlichen Verwaltungskosten hat der Gesetzgeber gerade mit dem 12. SGB V-Änderungsgesetz und der darin enthaltenen Deckelung des Kalenderjahres 2003 im Verhältnis zum Vorjahr unterstrichen. Es ist folgerichtig, dabei die gleichen Maßstäbe an alle Krankenkassen anzulegen und davon auszugehen, dass die Verwaltungskosten stets in den Krankenkassenbeitrag mit einfließen. Unter diesen Vorzeichen ist die Neufassung des § 247 Abs. 2 nicht zu beanstanden. Dies gilt auch für die generelle Verweisung auf § 613 a BGB und ein Zustimmungserfordernis der jeweiligen Beschäftigten. Sofern dieser einer Übernahme widerspricht, hat das bisherige Trägerunternehmen eine Weiterbeschäftigung sicherzustellen.

Aus gewerkschaftlicher Sicht wäre noch anzumerken, dass in diesen Fällen die inhaltliche Ausgestaltung der Rechte und Pflichten in den Dienst- oder Arbeitsverhältnissen der übernommenen Personen vielfach aus dem Tarifvertragsrecht der jeweiligen Branche (Metall, Chemie, Banken etc.) herrührt. Wie das Landesversicherungsamt Nordrhein-Westfalen haben auch andere Aufsichtsbehörden in der Vergangenheit bereits kritisch hinterfragt, dass solche Tarifregelungen von krankenkassenspezifischen Vereinbarungen abgelöst werden sollten. Denkbar wäre daher die Ergänzung von Absatz 2 um einen Satz 4: *„Sie hat dabei übernommenes Tarifrecht aufgabengerecht auszugestalten.“*

Was das Errichtungsverbot nach dem neuen Absatz 3 des § 147 SGB V anbetrifft, das für die Innungskrankenkassen in einem neuen § 157 Abs. 3 eine Parallele findet, ist die Verhinderung einer denkbaren Interessenkollision plausibel. Die Erfahrungen mit der Bundesinnungskrankenkasse Gesundheit und der Direkt-IKK Gesundheitstechnik wie mit der BKK für Heilberufe haben offensichtlich dazu geführt, eine generelle Schranke für die Neugründung von Betriebs- und Innungskrankenkassen aus dem Bereich der Vertragspartner im Gesundheitswesen einzubauen. Die Konfliktsituation bleibt insoweit erhalten, als in die Existenz bestehender Krankenkassen aus diesem Sektor nicht eingegriffen werden kann.

zu Nr. 113 (§ 171 a SGB V -neu-: Ermöglichung der kassenartenübergreifenden Vereinigung von Krankenkassen):

Der dbb hat sich stets für die Aufrechterhaltung einer gegliederten Sozial- und einer gegliederten Krankenversicherung ausgesprochen. Diese Position ist auch in seinem Grundsatzprogramm enthalten. Allerdings darf nicht übersehen werden, dass durch die Einführung des Wettbewerbs und die Öffnungsmöglichkeiten für Betriebs- und Innungskrankenkassen eine völlig umstrukturierte Kassenlandschaft entstanden ist. Aus früheren Zuweisungssystemen und engen Verknüpfungen zu einzelnen Unternehmungen bzw. Handwerksorganisationen ist ein Gemenge von Konkurrenten entstanden, bei denen weitgehend Beitragssatz und Image Mitglieder-Zugewinne oder -Verluste definieren. Die klassische Zugehörigkeit zu den vier großen Kassenarten mit ihren traditionellen Unterscheidungskriterien ist in ein verwachsenes Übergangsstadium eingetreten, in dem Ortskrankenkassen überwiegend Landeskrankenkassen geworden sind, Innungskrankenkassen vielfach mit dem Handwerk nur noch von ihrer Tradition her verbunden sind, Betriebskrankenkassen schon durch ihre Bezeichnung verdeutlichen, dass sie mit einem einzelnen Betrieb nichts mehr zu tun haben, und Ersatzkassen längst in keiner Weise mehr eine Ersatzfunktion ausüben. Ausgesprochene Branchenausrichtungen gibt es nur noch für

die Krankenversicherung der Landwirte, Bergleute und Seeleute, so dass deren Träger mit den landwirtschaftlichen Krankenkassen, der Bundesknappschaft und der See-Krankenkasse auch aus den Regelungen des zukünftigen 8. Titels richtigerweise herausgenommen worden sind.

Für die Beteiligten im Wettbewerb ist eine kassenartenübergreifende Funktion vielleicht eine erstrebenswerte Perspektive, doch müssen einige weitere Probleme erkannt werden: So stellt sich die Frage, ob die Regelung der Kassenartenzugehörigkeit nach der beteiligten Krankenkasse mit der höchsten Mitgliederzahl nach § 171 a Abs. 2 SGB V -neu- alle damit verbundenen Fragen beantwortet. Zwar gibt es damit keine bundesverbandsfreien Krankenkassen, allerdings im Zusammenhang mit einer Fusion mögliche „weiße Flecken“ innerhalb eines Kassensystems. Fusionieren beispielsweise AOK und IKK Baden-Württemberg und gehört die fusionierte Krankenkasse dem AOK-System an, stellt sich für andere Innungskrankenkassen die Frage, ob sie sich auf Baden-Württemberg erstrecken können, was jedenfalls bei überregionalen oder gar bundesweit agierenden Innungskrankenkassen nicht auszuschließen ist. Damit könnte der Wunsch nach einer Konzentration auch unterlaufen werden.

Wenn man generell von einer noch zu hohen Zahl selbständiger Körperschaften im Bereich der GKV ausgeht, wären neben der kassenartenübergreifenden Fusion auch Zusammenschlüsse innerhalb der Kassenarten bis hin zu einer Bundes-Krankenkasse als Alternative denkbar. Mit der jetzt eröffneten Gestaltungsmöglichkeit bleibt es dem Markt überlassen, wie er „freundliche oder feindliche“ Übernahmen oder „fusions under equals“ lösen wird.

Schließlich sei darauf hingewiesen, dass in der Regelung des § 171 a noch eine Verweisung auf § 351 RVO fehlt, falls bei einer Fusion von Krankenkassen mit und ohne Dienstordnungsrecht eine Kasse entsteht, die bisher keine Dienstordnung aufzustellen hatte, weil sie als Betriebs- oder Ersatzkasse kein DO-Recht kannte. Sinnvoll wäre schließlich eine generelle Regelung im Hinblick darauf, dass in einem möglicherweise sehr komplizierten Anpassungsverfahren unterschiedliches Tarifrecht aneinander angeglichen werden muss. Eine diesbezügliche Ergänzung könnte lauten:

„Die Arbeitsbedingungen, insbesondere die Bezahlung der Beschäftigten darf sich im Zusammenhang mit einer solchen Vereinigung nicht verschlechtern. Die Tarifvertragsparteien sind gehalten, angemessene Übergangsregelungen zu vereinbaren.“

zu Nr. 114 (§ 172 SGB V: Anhörungs- und Informationsrechte der Kassenverbände):

Die Erweiterung der Anhörungsrechte der Kassenverbände auf die Tatbestände der Öffnung und der Verlagerung des Sitzes ist durch die Erfahrung der letzten Jahre geprägt. So kann durch eine solche Verlagerung die Notwendigkeit entstehen, einen Landesverband zu errichten oder wieder zu errichten, der wegen § 207 Abs. 2a SGB V in Identität mit der einzigen Krankenkasse dieser Kassenart im selben Bundesland als selbständige Einrichtung nicht erforderlich war. Und auch durch Öffnungsbe-

schlüsse können die Verhältnisse innerhalb einer Kassenart nicht nur marginal verschoben werden, so dass eine Beteiligung der Bundesverbände sinnvoll ist.

Sollte der Bundesverband die geplante Maßnahme für eine Fehlentwicklung halten, stellt sich berechtigterweise die Frage nach einer Sanktion. Die Hinweise im neuen Abs. 2 des § 172 sind im Kern auf die „Leistungsfähigkeit“ abgestellt, die jeweils auch ein Kriterium für die Aufsichtsbehörde zu einer Schließung (§§ 146 a, 153, 163, 170 SGB V) darstellt. Da es sich um einen Tatbestand „auf Verlangen“ handelt und die Aufsichtsbehörde noch eine eigene Entscheidung nach Hinweisen auf fehlende Leistungsfähigkeit behält, sind diese Regelungen nicht zu beanstanden.

zu Nr. 117 (§ 191: Hinweispflicht der Krankenkassen gegenüber freiwillig versicherten

Mitgliedern über die Konsequenzen einer Nichtzahlung der Krankenversicherungsbeiträge)

Der dbb begrüßt die vorgesehene Regelung uneingeschränkt, da die teilweise unzureichende Information seitens der Krankenkassen in der Vergangenheit oftmals dazu geführt hat, dass freiwillig versicherte Mitglieder ungewollt aus der GKV ausgeschlossen wurden. Insbesondere der Hinweis auf Übernahmemöglichkeit der Krankenversicherungsbeiträge unter bestimmten Voraussetzungen gemäß § 13 BSHG sieht der dbb als geeignet an, um in Zukunft das unbeabsichtigte Ende von Mitgliedschaften auf Grund von Beitragsrückständen zu vermeiden.

zu Nr. 118 (§ 194 Abs. 1 a SGB V -neu-: Ermöglichung der Vermittlung von privaten

Zusatzversicherungsverträgen durch Krankenkassen):

Gegen die vorgesehene Ergänzung des § 194 SGB V hat der dbb erhebliche Bedenken. Eine gewisse Zusammenarbeit zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und privaten Versicherungsunternehmen hat es auch in der Vergangenheit schon auf eher informeller bis locker kooperativer Form gegeben. Dazu bedarf es keines ausdrücklichen gesetzlichen Tatbestandes einer „Vermittlung“. Wird dies ein gesetzlich fundiertes Satzungsgestaltungsrecht, stellt sich nicht nur die Frage nach der Auswahl und einem möglichen Auswahlverschulden, sondern insbesondere nach den Folgewirkungen einer Vermittlungstätigkeit. Sollte dafür eine wie auch immer gearbete Provision fließen, wie dies bei Vermittlungsgeschäften nicht unüblich ist, ist deren haushaltsrechtliche Behandlung ebenso offen wie die Folgen einer denkbaren finanziellen Vernetzung fragwürdig.

Der dbb warnt davor, die gesetzlichen Krankenversicherungen auf diesem Wege schrittweise weiterhin dem Sozialgesetzbuch zu entfremden und dem Versicherungsvertragsgesetz anzunähern. Es stellt sich im übrigen schon die im Zusammenhang mit dem Europäischen Verein auf Gegenseitigkeit entstandene Frage, ob die Krankenversicherungsträger nicht selbst das Zusatzgeschäft abwickeln sollten. Wegen der in unübersehbaren Folgen verhafteten Vermischung von Elementen privater wie gesetzlicher Versicherungsstrukturen war dies bisher verneint worden. Es

macht aber auch deutlich, dass die Trennschnur zwischen beiden Systemen deutlich gezogen werden muss.

zu Nr. 119 (§ 197 a SGB V -neu-: Einrichtung von Korruptionsbekämpfungsstellen bei den Krankenkassen):

Hierzu wird auf die obigen Ausführungen zu Nr. 38 verwiesen.

zu Nr. 123 (§ 221 SGB V -neu-: Beteiligung des Bundes an Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen):

Dass der Bund den Krankenkassen die Aufwendungen für versicherungsfremde Leistungen künftig erstatten soll, ist sicherlich sachgerecht. Nicht sachgerecht ist jedoch, dass die Höhe der Erstattungen davon abhängig gemacht werden soll, wie hoch das Aufkommen aus der geplanten Erhöhung der Tabaksteuer in den nächsten Jahren sein wird. Abgesehen davon ist die Verknüpfung einer Steuer bzw. - hier - einer Steuererhöhung mit einem konkreten Verwendungszweck ordnungspolitisch ohnehin äußerst bedenklich und zudem verfassungswidrig.

Der dbb lehnt die Regelung des § 221 SGB V -neu- deshalb grundsätzlich ab. Die Steuerfinanzierung der versicherungsfremden Leistungen ist anders zu lösen!

zu Nr. 128 (§ 248 SGB V: Beitragserhöhung für Rentner, die Versorgungsbezüge und/oder Arbeitseinkommen erhalten):

Die vorgesehene Verdoppelung des Beitragssatzes auf Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen, die neben einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung bezogen werden, bedeutet für die betroffenen Bestandsrentner eine erhebliche Reduzierung des laufenden Nettoeinkommens, die diesem Personenkreis nach Auffassung des dbb nicht zugemutet werden kann. Dies vor allem auch deshalb, weil damit zu rechnen ist, dass die Renten ab 2005 auch noch stärker besteuert werden, so dass die Betroffenen dann weitere Netto-Einkommenseinbußen haben werden. Durch diese Maßnahme werden diejenigen „bestraft“, die sich eigenverantwortlich um ihre Altersvorsorge gekümmert haben und nun zusätzliche Einkünfte vorweisen können. Damit werden die Bemühungen für mehr Eigenvorsorge im Bereich der Riester-Rente konterkariert.

Der dbb lehnt die Beitragserhöhung auf Zusatzeinkünfte für Rentner daher ab. Weiterhin gibt es keinen nachvollziehbaren Grund, warum die mit dem GSG 1993 vorgenommene Streichung des § 248 Abs. 2 bis heute ohne Kompensation für die betroffenen freiwillig in der GKV versicherten Beamten im Ruhestand geblieben ist. Es handelt sich dabei um eine Benachteiligung gegenüber sonstigen freiwillig gesetzlich Krankenversicherten, die - sofern sie die 9/10-Belegung erfüllen - mit Rentenbezug in der beitragsgünstigen Krankenversicherung der Rentner versichert sind.

zu Nr. 129 (§ 249 SGB V: Alleinige Finanzierung des Krankengeldes durch Versicherte):

Die Neuordnung der Finanzierung des Krankengeldes gehört mit zu den dramatischsten Eingriffen des GMG in die gewohnten Strukturen der deutschen Sozialversicherung. Die geplante Regelung bewirkt keine Ausgabenreduzierung, sondern lediglich eine Belastungsverschiebung von den Arbeitgebern auf die Arbeitnehmer und birgt die Gefahr weiterer Herausnahmen und zusätzlicher Kostenverschiebungen zu Lasten der Arbeitnehmer. Das Vertrauen auf die Stabilität der paritätischen Finanzierung auch anderer Sozialversicherungsbeiträge wird zwangsläufig mit beschädigt. Darüber hinaus wird sich demnächst die Frage nach der Fortsetzung einer gleichgewichtigen Besetzung der Selbstverwaltungsorgane stellen.

Die Begründung verweist zum einen auf die notwendige Entlastung der Lohnnebenkosten. Selbst wenn man deren Kausalität für Arbeitsmarkt und Einstellungsverhalten der Arbeitgeber unterstellt, darf die Bedeutung des Konsumverhaltens und -damit verknüpft - der Reallohnentwicklung der Versicherten nicht unterschätzt werden. Sie haben ein nicht minder hohes Interesse an niedrigeren Krankenversicherungsbeiträgen, und es gibt keine inhaltlich nachvollziehbare Argumentation, warum die Arbeitgeber ausgerechnet am Krankengeld künftig nicht mehr beteiligt sein sollen. Es kann vorausgesagt werden, dass die politische Diskussion über die Zukunft der Entgeltfortzahlung dadurch tangiert wird und dass Kompensationsforderungen an den Tariftischen erhoben werden.

Zum anderen verweist die Begründung auf die Folgewirkungen im Risikostrukturgleichgewicht. Das ist formell nachvollziehbar, stößt jedoch bereits mit der für alle Kassen gleich hohen pauschalen Festsetzung ohne Rücksicht auf die tatsächlichen Krankengeld-Ausgaben auf Widerspruch.

In der massiven Sorge, dass aus der jetzigen Verlagerung weitere Umschichtungen folgen werden, lehnt der dbb diesen Ausstieg aus der Parität entschieden ab. Diese Ablehnung wird auch nicht dadurch gemildert, dass das Krankengeld nicht aus dem GKV-Leistungskatalog herausgenommen wurde, sondern auch künftig Aufgabe der Krankenkassen bleibt.

zu Nr. 137 (§ 274 a bis c SGB V -neu-: Bestellung eines Beauftragten zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen):

Hierzu wird auf die obigen Ausführungen zu Nr. 38 verwiesen.

**zu Nr. 142 (§ 290 SGB V: Einführung einer Krankenversichertennummer):
und Nr. 143, Buchstabe (§ 291 Abs. 2 SGB V: Neugestaltung der Krankenversichertenkarte):**

Die Einführung einer neuen zweiteiligen Krankenversichertennummer wie auch die Vorhaben zur Neugestaltung der Krankenversichertenkarte (mit Lichtbild und Er-

weiterung der administrativen Daten) sind sachlich gerechtfertigt bzw. notwendig und - soweit erkennbar - auch unter datenschutzrechtlichen Aspekten vertretbar.

zu Nr. 144 (§ 291 a SGB V -neu-: Erweiterung der Krankenversichertenkarte zu einer elektronischen Gesundheitskarte):

Hierzu wird auf die obigen Ausführungen zu Nr. 26 (§ 68 SGB V -neu-) verwiesen.

zu Nr. 159 (§ 305 Einführung einer Patientenquittung)

Die Einführung einer Patientenquittung setzt den Patienten in Kenntnis der vom Vertragsarzt bzw. -zahnarzt für ihn abgerechneten Leistungen und deren Kosten. Damit sorgt die Patientenquittung für mehr Transparenz im Gesundheitswesen und schärft das Kostenbewusstsein der Versicherten. Sie ist daher zu begrüßen.

Artikel 3: Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

zu Nr. 4 (§ 35 a Abs. 6 SGB IV: Veröffentlichung der jährlichen Vergütungen von Vorstandsmitgliedern der Krankenkassen im Bundesanzeiger):

Die Ergänzung des § 35 a Abs. 6 SGB IV mit der Veröffentlichung der Vorstandsgehälter soll einen seit Jahren schwelenden Konflikt offensichtlich durch mehr Transparenz lösen. Die Besoldung von Geschäftsführern der Orts- und Innungskrankenkassen und ihrer Verbände war 1975 durch Artikel VIII des 2. BesVNG mit einer Bandbreite von drei Besoldungsgruppen je nach Kassengröße normiert worden. Mit den Entscheidungen von Lahnstein, auch die Kassenspitzen zu verändern und an die Stelle von auf Lebenszeit gewählten Geschäftsführern auf sechs Jahre gewählte Vorstände zu setzen, wurden diese Vorschriften und die entsprechenden Regelungen der Landes Anpassungsgesetze zum 2. BesVNG obsolet, obwohl sie bis zum heutigen Zeitpunkt noch nicht aufgehoben sind.

Fakt ist, dass die Aufsichtsbehörden in nicht nur einem Fall die Bezahlungssystematik für Vorstandsmitglieder untersucht und beanstandet haben. Es hat auch nicht wenige Gerichtsverfahren zu diesem Themenkreis gegeben. Da sich nach aufsichtsbehördlicher Einschätzung nur wenige Vorstände außerhalb eines angemessenen Niveaus bewegen, ist die Publikation dafür vielleicht ein geeignetes Regulierungsinstrument.

Durch die Verweisungen in § 209 a bzw. § 215 SGB V gelten die Vorschriften auch für die Vorstände von Landes- und Bundesverbänden. Die nach § 212 Abs. 5 SGB V gegründeten Verbände der Ersatzkassen sind keine Körperschaften des öffentlichen Rechts und unterfallen daher nicht diesen Regelungen. Sollte für ihre Verbandsspitzen die gleiche Transparenz gewünscht werden, wäre eine entsprechende Ergänzung notwendig.

Artikel 23: Übergangsvorschriften

zu § 6 (Moratorium für die Errichtung und Öffnung von Betriebs- und Innungskassen):

Ein Stillstand für Neuerrichtungen und Öffnungsbeschlüsse von Betriebs- und Innungskassen bis zum Jahresende 2006 mag zu einer gewissen Beruhigung der Kassenlandschaft führen, doch passt es auf der anderen Seite nicht als staatliches Regulativ in eine gewollt wettbewerbsorientierte GKV-Landschaft. Unter Umständen könnte das Moratorium sogar einer freien Weiterentwicklung der Wettbewerbssituation zeitweise im Wege stehen.