

Stellungnahme

zum Entwurf des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV

(GKV-WSG), BT-DS 16/3100

Deutschland hat ein modernes und leistungsfähiges Gesundheitswesen, das den Bürgerinnen und Bürgern Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung und zugleich rund 4,2 Millionen Beschäftigten und Selbständigen Arbeitsplätze bietet. Das Gesundheitswesen ist eine dynamische Wirtschaftsbranche mit Innovationskraft und erheblicher ökonomischer Bedeutung für den Standort Deutschland.

aus dem Koalitionsvertrag vom 11. November 2005

Es entzieht sich logischer Erkenntnis, warum ein hoch gelobtes Gesundheitswesen so grundlegend verändert werden muss, dass aus einer systembezogenen Weiterentwicklung ein Systembruch wird.

Fritz Beske

Der von der Großen Koalition eingebrachte „Entwurf für ein Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ richtet sich gegen den Sachverstand aller Beteiligten im Gesundheitswesen, gegen die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung und teils gegen eigene Überzeugungen von Parlamentariern der Parteien aus der Große Koalition selbst.

Die anstehenden Herausforderungen auf Seite einer nachhaltigen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, beschrieben durch den demographischen Wandel und den medizinischen Fortschritt, werden nicht bewältigt. Die Unterfinanzierung des Gesundheitswesens, verursacht durch die überwiegende Lohnanbindung der Sozialversicherungsbeiträge, wird durch die Regelungen des Gesetzes festgeschrieben. Strukturelle Maßnahmen führen zu einer Degression in der Versorgung.

Das Zusammenwirken der Vielzahl von Einzelregelungen, die staatliche Zugriffsmöglichkeiten erhöhen, Freiheit und Wahlmöglichkeiten einschränken, Versorgung vereinheitlichen und den Wettbewerb einschränken, zeigen deutlich die Richtung an:

Deutschland schlittert in die Staatsmedizin.

Die gesundheitspolitischen Ergebnisse der Großen Koalition, verantwortet durch Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, stehen daher in diametralem Gegensatz zu den Bekundungen der Bundeskanzlerin Angela Merkel in der Regierungserklärung vom 30. November 2005, als sie „mehr Freiheit wagen“ zum Programm ihrer Amtszeit deklarierte.

Statt einer Fortentwicklung des seit Jahrzehnten gewachsenen Gesundheitssystems findet eine Kehrtwende statt. Zurück zu mehr Staat, weg von einem pluralen System hin zur Einheitsmedizin.

Finanzierung

Errichtung des Gesundheitsfonds

Die Errichtung eines Gesundheitsfonds als Kernelement der Reform von Finanzierungsstrukturen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (§§ 271 f. SGB V) wird abgelehnt. Die zentrale Problemstellung auf der Finanzierungsseite der GKV bestehend aus dem demographischen Wandel, einer wachsenden Morbidität und einer an den Faktor Arbeit gekoppelten Beitragsfinanzierung wird durch die Schaffung eines Gesundheitsfonds nicht ansatzweise gelöst. Die drängenden Fragen einer demographiefesten Finanzgrundlage, die Innovationen und medizinischen Fortschritt auf Dauer gewährleistet, bleiben unbeantwortet. Durch die Einführung eines Gesundheitsfonds wird die Installation eines weiteren bürokratischen Monstrums innerhalb des Gesundheitswesens befürchtet. Der NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, schließt sich der Meinung der mit dem Beitragseinzug befassten Stellen an. Die durch die Errichtung eines Gesundheitsfonds zusätzlich anfallenden Verwaltungskosten werden der Versorgung der Patienten entzogen. Darüber hinaus wird der Staat erstmals mittels Fonds unter staatlicher Festsetzung des Beitragssatzes Einfluss auf das Versorgungsgeschehen nehmen.

Steuerfinanzierung

Der NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, begrüßt die teilweise Steuerfinanzierung der beitragsfreien Krankenversicherung der Kinder (§ 221 SGB V), hält das festgelegte Finanzvolumen jedoch für nicht ausreichend. In seinem Positionspapier zur Finanzierung des Gesundheitswesens aus dem Jahre 2001, aktualisiert im Jahre 2004, forderte der NAV-Virchow-Bund bereits, dass die indirekten und direkten Subventionen von gesellschafts-, familien- und sozialpolitischen Leistungen durch die Gesetzliche Krankenversicherung beendet werden müssen. Diese gesamtgesellschaftlichen Aufgaben haben nichts mit dem direkten Krankheitsrisiko der Versicherten zu tun. Der jetzt für das Jahr 2008 veranschlagte Zuschuss in Höhe von 1,5 Milliarden Euro zur pauschalen Abgeltung

versicherungsfremder Leistungen ist jedoch eklatant zu niedrig angesetzt. Auch der weiterhin avisierte Zuschuss in Höhe von einer Milliarde Euro ändert an dieser Einschätzung nichts.

Zudem ist die Gleichbehandlung der Beiträge in der GKV Versicherten mit denen in der PKV nicht gewährleistet. Hier befürchtet der NAV-Virchow-Bund eine verfassungswidrige Gesetzesvorlage, die bei einer späteren höchstrichterlichen Klärung korrigiert werden muss. Der NAV-Virchow-Bund bedauert zudem, dass der Gesetzgeber auf halbem Wege anhält und eine Steuerfinanzierung weiterer versicherungsfremder Leistungen nicht regelt.

Ambulante Versorgung – Vertrags„wettbewerb“

Den Krankenkassen werden künftig vielfältige Möglichkeiten geboten, aus dem Kollektivvertrag auszuscheren und eine Versorgung auf Basis von Einzelverträgen auszuhandeln. Dadurch wird die bisherige kollektivvertraglich geregelte Versorgung dramatisch reduziert, es droht eine Atomisierung der Vertragslandschaft. Diese Versorgungsform, die bislang durch einen Sicherstellungsauftrag bezeichnet ist, soll eine wohnortnahe und flächendeckende Versorgung ambulant tätiger Haus- und Fachärzte gewährleisten. Diese Versorgung soll abgelöst werden durch selektivvertragliche Lösungen

- in der **hausarztzentrierten Versorgung** (§ 73b SGB V),
- durch die „**besondere ambulante Versorgung**“ (§ 73c SGB V),
- durch die **Öffnung der Krankenhäuser** für die ambulante Versorgung (§116b SGB V)
- und durch die Fortschreibung der **Integrierten Versorgung** (§140d SGB V).

In Verbindung mit einem weiteren Konzentrationsprozess der Gesetzlichen Krankenkassen (Bildung eines Spitzenverbandes, Möglichkeit von Kassenfusionen und Kasseninsolvenzen) entsteht eine Einkaufsmacht auf Kassenseite. Dem steht die Schwächung der korporatistischen ärztlichen Vertretung auf Seite der niedergelassenen Ärzteschaft gegenüber. In Händen der Kassenärztlichen Vereinigungen bleibt nurmehr ein partieller und stetig kleiner werdender Sicherstellungsauftrag, beispielsweise für die Notdienstversorgung.

Durch die kassenseits verpflichtende Einführung der hausarztzentrierten Versorgung und der Einführung von Prämien- und Bonusmodellen für Patienten wird de facto ein **Primärarztmodell** eingeführt, das verschiedene Deutsche Ärztetage kategorisch ablehnten.

Bis heute hat der Gesetzgeber versäumt die durch das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) im Jahre 2004 bestehenden Möglichkeiten, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung abzuschließen, zu evaluieren. Es ist bis dato weder nachgewiesen, dass die hausarztzentrierte/hausarztbasierte Versorgung eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit noch der Versorgung nach sich zieht. Bis heute wurden Hausarztmodelle von Krankenkassen vorwiegend unter dem Aspekt des Marketings und der Kundenbindung angeboten. Nach einer repräsentativen Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) vom Mai 2004 suchten bereits vor der Möglichkeit, Hausarztmodelle zu wählen, rund 93 Prozent der Patienten zuerst und vorwiegend ihren Hausarzt auf.

Diese strukturellen Veränderungen in Verbindung mit den finanziellen Regelungen, wie der faktischen Festschreibung der Budgetierung und der schrittweisen Beschneidung der Privaten Krankenversicherung und deren Mehrerlösen für die Ärzteschaft, bewirken eine deutliche Schwächung der ambulanten Versorgung. In Kombination mit zahlreichen Äußerungen von Politikern der Großen Koalition über vermeintlich zu hohe Arztzahlen in Deutschland, lässt dies den Schluss zu, dass die Politik über den Umweg von radikalen Strukturveränderungen eine Reduktion der Arztzahlen in Deutschland erzwingen will.

Die steht im diametralen Gegensatz zum bereits heute schon bestehenden Arztmangel in zahlreichen Regionen und der Tatsache, dass sich immer weniger Mediziner für eine Tätigkeit im niedergelassenen Bereich entscheiden. Die Folge wird ein fortschreitender Arztmangel mit Begleiterscheinungen wie Wartelisten sein.

Der kassenseitigen Marktmacht stehen die Kassenärztlichen Vereinigungen mit beschnittenen Möglichkeiten (Ausschluss der Mitwirkungsmöglichkeiten bei der hausarztzentrierten Versorgung und der Integrierten Versorgung) gegenüber. Die Aufgabe des Schutzes der niedergelassenen Ärzte werden ärztliche Verbände und Organisationen übernehmen. Aus diesem Grund hat die Allianz Deutscher Ärzteverbände, als Dachverband der großen freien ärztlichen Verbände wie dem NAV-Virchow-Bund, beschlossen, eine Vertragswerkstatt zu gründen. Zweck dieser Vertragswerkstatt ist nicht allein, Auffanggesellschaft für das Vertragsgeschehen außerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen zu sein, sondern auch eigene Versorgungskonzepte zu entwickeln und dadurch ärztliche Kompetenz und Verantwortung zu dokumentieren.

Neuordnung der Vergütung in der ambulanten Versorgung

Durch die Verschiebung der Einführung eines neuen vertragsärztlichen Vergütungssystems zum 1. Januar 2009 wird die bestehende Unterfinanzierung im ambulanten ärztlichen Bereich fortgeschrieben. Mit der Einführung einer neuen Vertragsarztgebührenordnung (§§ 85a, 85b SGB V) wird zwar vordergründig der Forderung der Ärzteschaft nach einem Entgeltsystem in festen Preisen Rechnung getragen, das von der Politik in Aussicht gestellte Ende der Budgetierung findet jedoch nicht statt. Durch ein restriktives System von Mengenbegrenzungen und die weitestgehende Einführung von Pauschalen wird die Budgetierung im ambulanten Bereich hingegen zementiert. Diese Budgetierung führte bislang dazu, dass das System der ambulanten Versorgung mit derzeit mindestens 7,9 Milliarden Euro unterfinanziert ist (Fritz Beske & Thomas Drabinski, Finanzierungsdefizite in der Gesetzlichen Krankenversicherung, IGSF-Band 105, Kiel, September 2005, Seite 33).

Die mit der Neuordnung der Vergütung in der ambulanten Versorgung beabsichtigte Vergleichbarkeit der Vergütungssysteme zwischen Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung wird auf das Schärfste abgelehnt. Der NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, tritt mit aller Kraft dafür ein, dass die bestehende Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) reformiert wird und als Referenzgebührenordnung für ärztliche Leistungen weiter gilt. Eine Vergütungssystematik innerhalb der Sozialgesetzgebung steht unter dem Diktat der Beitragssatzstabilität und auf Grund ungelöster Finanzierungsfragen auch unter dem Druck der Unterfinanzierung.

Die rund 94.500 Praxen niedergelassener Ärzte sichern nicht nur eine flächendeckende ambulante und wohnortnahe Versorgung, sie sind Arbeitgeber für 653.000 Menschen. Der finanzielle Druck auf die Arztpraxen in den zurückliegenden Jahren hat dazu geführt, dass trotz (von Kassen und KVen gemeinsam beschlossener) steigender Zahl von Praxen die Zahl der Arzthelferinnen abnimmt. In den zurückliegenden zehn Jahren sank dabei die Zahl der Ganztagskräfte um 10 Prozentpunkte, die Zahl der Teilzahlkräfte stieg um 8 Prozentpunkte. Die Arbeitslosigkeit unter den Arzthelferinnen nahm im selben Zeitraum um 40 Prozent zu.

Unter dem Aspekt, dass das Gesundheitswesen zu den wichtigsten Zukunftsbranchen in Deutschland zählt und in den kommenden Jahren zusätzliche beitragspflichtige Arbeitsplätze schaffen kann, ist die Lösung der Vergütungsfrage im ambulanten Bereich, wie sie im Gesetz vorgesehen ist, der direkte Weg zu einem massenhaften Abbau von Arbeitsplätzen. Für die dann entlassenen Praxismitarbeiter ist dies der vorgezeichnete Weg in die Altersarmut.

Gemeinsamer Bundesausschuss (GemBa)

Durch die Umwandlung der bisherigen Struktur von ehrenamtlichen auf hauptamtliche Mitglieder und dem Zugriffsrecht des Bundesgesundheitsministeriums als Aufsichtsbehörde verändert der Gemeinsame Bundesausschuss seinen Charakter weg von einem Gremium der Selbstverwaltung hin zu einer unterstaatlichen Behörde. Da der Gemeinsame Bundesausschuss für den überwiegenden Teil der Regelungen zum Leistungskatalog in der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig ist, befürchtet der NAV-Virchow-Bund mit den Veränderungen am GemBa eine zentralistische Gesundheitssystemsteuerung (§ 91 SGB V).

Einführung eines Basistarifs in der Privaten Krankenversicherung (PKV)

Die Einführung eines Basistarifs in der Privaten Krankenversicherung (Art. 35 VVG, Art. 36 VAG, Art. 37 Kalkulationsverordnung) ist nach Ansicht des NAV-Virchow-Bundes, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, nichts anderes als die schrittweise Implementierung von Elementen der Gesetzlichen Krankenversicherung in die PKV, die dadurch ihr Geschäftsmodell der Vollversicherung verlieren soll. Beispielhaft sei genannt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen mit der Sicherstellung der im Basistarif Versicherten betraut sind, die gesamtschuldnerische Haftung vom Patienten auf das Versicherungsunternehmen übergeht und damit erstmals innerhalb der PKV das Prinzip der Kostenerstattung durch die Sachleistung abgelöst wird.

Es entfällt zwar das bislang in der Regel von der Ärzteschaft gemeinsam getragene Ausfallrisiko durch Nichtversicherte, weil sich zukünftig jeder Nichtversicherte in den für ihn geltenden Rechtskreis zurückkehren kann. Doch die bestehenden Probleme der GKV, gekennzeichnet durch Unterfinanzierung, Mangelversorgung und schleichende Rationierung werden dadurch nicht beendet. Im Gegenteil: Diese Schwierigkeiten werden sich nun auch auf den Bereich der dann staatlich reglementierten Privatmedizin ausweiten.

Unabhängig davon, dass der Gesetzgeber einen wesentlichen Schritt zur Gleichschaltung der Systeme unternimmt, wird nach Befürchtungen des NAV-Virchow-Bundes der nächste Schritt eine Angleichung der Beihilferegelungen an den Basistarif sein. Im Gesetz ist ausdrücklich die Rede von einer Beihilfe-konformen Regelung des Basistarifs. Dieses Regelwerk öffnet den Beihilfeträgern, nämlich den chronisch finanziell unter Druck befindlichen Ländern, den Kommunen und dem Bund, Beihilfeberechtigte schrittweise durch einen Basistarif abzusichern.

Der NAV-Virchow-Bund sieht dabei als kritisch an, dass die Vergütungen im privatärztlichen Bereich auf das Niveau des bereits heute insuffizienten EBM der Gesetzlichen Krankenversicherung angeglichen werden soll. Dadurch werden den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ersten Schätzungen zu Folge 2,1 Milliarden Euro jährlich entzogen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Ärzteschaft allein im Bereich der Gebührenordnung seit 20 Jahren – im Gegensatz zu anderen freien Berufen – einen kontinuierlichen realen Einkommensverlust zu verzeichnen hat. So wurde der Ärzteschaft in den letzten 25 Jahren lediglich ein Honorarzuwachs von 13,6 Prozent zugestanden, während die Grundlohnsumme allein in den vergangenen 12 Jahren um 27 Prozent gestiegen ist. Im Gegensatz dazu wurde die Rechtsanwaltsgebührenordnung für den Zeitraum 1995 bis 2004 um real 20 Prozent angehoben. Dem steht eine Anhebung der GOÄ im gleichen Zeitraum von gerade einmal 3,6 Prozent gegenüber. Dieser Umstand ist bereits heute wesentlich mitverantwortlich für die stetig abnehmende Attraktivität des Arztberufes in Deutschland, die schon jetzt in Versorgungsengpässen einerseits und erheblichen Abwanderungsbewegungen ins europäische Ausland andererseits gipfelt.

Wahltarife, Kostenerstattung

Der NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, begrüßt die weitere Liberalisierung der Regelungen zur Kostenerstattung (§ 53 SGB V). Insbesondere den Wegfall der „Zwangsberatung“ durch die Krankenkassen und den Wegfall der zeitlichen Mindestbindung. Die in dem Zusammenhang mit den Neuregelungen zur Kostenerstattung möglichen Wahltarife können zu mehr Wettbewerb zwischen den Krankenkassen führen. Dazu sollte jedoch eine Evaluierung in regelmäßigen Abständen stattfinden.

Die Möglichkeiten des Patienten, ermäßigte Zuzahlungen leisten zu müssen, wenn Sie nicht an Vorsorge und Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen oder in ein DMP eingeschrieben sind und dies vom behandelnden Arzt bestätigt bekommen, das sie sich therapietreu verhalten, wird abgelehnt. Zur Überprüfung dieser Therapietreue fehlen allgemeingültige Maßstäbe. Zudem stört eine derartige Vorgabe, das vertrauensvolle Arzt-Patienten-Verhältnis und die gerade bei chronischen Krankheiten notwendige Compliance. Zudem wird über diese Regelung und über die Änderung im § 52 SGB V (Kostenbeteiligung bei Krankheiten durch Tätowierung oder Piercing) erstmals das Prinzip des Verschuldens in die Krankenversicherung eingeführt.

Im Gesetz werden erstmals Früherkennungsuntersuchungen mit einer zukünftigen Zuzahlungsobergrenze für den Fall einer chronischen Krankheit kombiniert (§§ 62, 65a SGB V). Demzufolge erhöht sich die Belastungsgrenze auf 2 Prozent, wenn für das eingetretene Krankheitsbild Vorsorgeuntersuchungen angeboten und vom Patienten nicht in Anspruch genommen wurden. Diese Neuregelung fußt ebenfalls

auf einem „Selbstverschuldungsprinzip“ bei Krankheit und wird daher aus ethischen Gründen abgelehnt. Es greift zudem in die Patientenautonomie ein, in dem es das bisher de facto bestehende „Recht auf Nichtwissen“ beispielsweise bei Krebs-Früherkennungsuntersuchungen in Frage stellt. Diese Art der Regelung ist aus Sicht des NAV-Virchow-Bundes ungeeignet, eine Gesundheits- und Präventionspolitik auf Stammtischniveau.

Arzneimittelversorgung

Verordnung besonderer Arzneimittel

Der Gesetzgeber lässt bei der Gestaltung des neuen § 73d bewusst offen, welche Arzneimittel künftig unter diese Regelung (verpflichtende Zweitmeinung bei der Verordnung besonderer Arzneimittel) fallen sollen. Es werden „insbesondere gentechnisch entwickelte und biotechnologisch hergestellte Arzneimittel und andere hochwirksame Arzneimitteltherapien und Verfahren“ aufgezählt, die Regelungen dazu sollen im Gemeinsamen Bundesausschuss getroffen werden. Die Formulierungen in der Gesetzesbegründung, dass als Voraussetzung der Zweitmeinung „die Vorgaben zur Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit“ gelten, lässt den Schluss zu, dass der dann „professionalisierte“ Gemeinsame Bundesausschuss nur auf Grundlage der Ergebnisse des „Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ (IQWiG) entscheiden wird. Unter dem Eindruck der bislang gefällten Entscheidungen (Insulinanaloga) steht die berechtigte Befürchtung, dass die Vorgaben vorrangig unter dem Diktat der Kostendämpfung stehen.

Vergleichbare Regelungen, wie beispielsweise in Österreich, haben in der Praxis gezeigt, dass der neu entstehende bürokratische Aufwand in keinem Verhältnis zu möglichen wirtschaftlichen Vorteilen oder gar einer Verbesserung in der Versorgung steht.

Nationaler Gesundheitsrat

Der NAV-Virchow-Bund unterstützt den Beschluss des Außerordentlichen Deutschen Ärztetages vom 24. Oktober 2006 zur Einrichtung eines Nationalen Gesundheitsrates. Statt, wie von der Politik derzeit praktiziert, einsame Entscheidungen zu fällen, ist gemeinsames Handeln notwendig. Die Einrichtung eines Nationalen Gesundheitsrates im vorpolitischen Bereich kann sachgerechte Entscheidungen vorbereiten. Dem Gremium sollen neben Ärzten und Wissenschaftlern auch Patientenvertreter angehören.

Berlin, den 16. November 2006