

Anhörung Gesundheitsausschuss Block III

Versicherungsrecht - Leistungsrecht

Prof. Dr. Jens-Uwe Niehoff

Gliederung

1. Grundsätzliches	1
2. Beurteilung einzelner Leistungen.....	3
3. Fazit	10

1. Grundsätzliches

Das WSG beruft sich auf eine zentrale Gemeinsamkeit der den Entwurf tragenden Fraktionen. Diese Gemeinsamkeit lässt sich in einem Satz zusammenfassen:

Die 120 jährige Erfolgsgeschichte der GKV kann/soll nicht in die Zukunft verlängert werden.

Das WSG ist im Prozess der Transformation der GKV folgerichtig eine weitere Etappe, die den

Bestand und die Zukunft der solidarischen Krankenversicherung grundsätzlich zur Disposition stellt.

Die Einigkeit in diesem Ziel kann nicht darüber hinweg täuschen, dass es in der Frage nach der Alternative prinzipielle und unvereinbare positionelle Differenzen gibt, die sich auch in dem Gesetzesentwurf niederschlagen und deshalb ggf. differenzierter Bewertung bedürfen.

Die Ablehnung des WSG ist breit. Sie ist jedoch von sehr unterschiedlichen und zum Teil gegensätzlichen Motiven gespeist. Das ist ein Signal dafür, dass es der Politik nicht gelingt, in der so wichtigen Zukunftsfrage des allgemeinen und sozial undiskriminierten Zugangs zu medizinischer Hilfe im Bedarfsfall einen hinreichenden Konsens in der Gesellschaft zu vermitteln. Es fehlt an einem politischen Grundkonsens in der Frage der Zukunft sozialer Sicherung zwischen der Mehrheit der Bevölkerung und der Politik.

Die breite Allianz der Gegner wird jedoch nur solange bestehen, wie unter ihnen eine Diskussion um die Zukunft vermieden werden kann und auch nur solange, wie das beabsichtigte Gesetz nicht verabschiedet ist. Spätestens dann ist das neuerliche Aufbrechen der gesamten Konfliktbreite zu erwarten, was vermutlich und zum Schaden der Krankenversorgung zu einer weiteren massiven und auch neuen Handlungsdruck erzeugenden Destabilisierung der GKV führen wird. Der Gesetzesentwurf wird somit unbeschadet sinnhafter Einzellösungen die Diskussion um Krankenversicherung eskalieren.

Die Klammer der Einigkeit über die vermeindlich grundlegenden Neugestaltungserfordernisse der Krankenversicherung wird von Argumenten erzeugt, die aus fachwissenschaftlicher Sicht substanziell falsch oder fraglich sind. Das betrifft vor allem drei Mythen

- die angeblich dramatischen demografischen Risiken für die GKV
- die These von des sozialökonomischen Nachteilen des wissenschaftlichen Fortschritts in der Medizin (Innovationsdruck) und
- die zwingende Notwendigkeit einer Absenkung der Kosten für lohnabhängige Arbeit im Interesse der wirtschaftlichen Zukunftssicherung der Bundesrepublik.

Es ist festzuhalten, dass zu beabsichtigten Grundprinzipien der Neuordnung der Krankenversicherung gut dokumentierte und fachlich qualifiziert begründete negative Erfahrungen vorliegen. Wegen der aus dem Erfahrungsbestand ableitbaren Konsequenzen maßgeblicher Leitideen des WSG muss unterstellt werden, dass das WSG nicht das Ende, sondern den Anfang einer sich verschärfenden Auseinandersetzung um die Zukunft eines der grundlegenden Rechte der Menschen, nämlich des diskriminierungsfreien Rechtes auf Schutz und Wiederherstellung der Gesundheit sowie der Teilhabe am Leben im Falle von irreversiblen Krankheitsfolgen markiert.

Die GKV steht nach ihrem bisherigen Rechtsbestand in einem besonderen Verhältnis zu den sie tragenden Mitgliedern. Hieraus erwachsen auch eigenverantwortliche Mitgestaltungsrechte über die Zukunft der GKV. Es ist deshalb bedauerlich, dass die Mitglieder aus der Diskussion um die Zukunft eines der zentralen Leitbilder des Lebens in der Bundesrepublik praktisch ausgeschlossen sind.

Ebenso bedauerlich ist, dass es auch die Kassen in den zurückliegenden Jahren versäumt haben, den solidarische Zusammenhalt innerhalb der Mitglieder der GKV zu pflegen und zu fördern. Getrieben von einem maßlosen Wettbewerb, sind zentrale Leitbilder der GKV verblast. Es dominiert der Wirtschaftswettbewerb, während die die GKV tragenden Mitglieder de facto zwangsweise zu Kunden eines Versicherungsgeschäfts degradiert wurden. Dies signalisiert auch den sich ausbreitenden Willen, den Rechtsstatus von Körperschaften gegen den von Unternehmen auszutauschen. Dies ist einer der Gründe für den Verlust von solidarischer Handlungsfähigkeit und von Vertrauen der Versicherten zu ihren Krankenkassen.

Die tatsächlichen und schwerwiegenden Konfliktpunkte um die GKV werden öffentlich nicht thematisiert. Sie betreffen vor allem

- die Abkopplung der Einkommensentwicklung der Bürger von der Entwicklung des Bruttosozialprodukts
- der Übertragung von wirtschaftlichen Wettbewerbsmodellen auf humane Dienstleistungen und zwar Missachtung des empirischen Erfahrungsbestandes und des wissenschaftlichen Sachverständes
- die Auflösung demokratischer Gestaltungsprinzipien der GKV durch die Etablierung von Käufer- und Anbietermärkten sowie durch den Übergang von einer körperschaftlichen Verfassung der GKV in unternehmerische Strukturen
- die Ablösung der Orientierung an den Bedarfen der Versicherten und Kranken durch ein Orientierung an den Wettbewerbsinteressen der wirtschaftlichen Akteure und mittels sog „Zielvereinbarungen“ z.T. auch der von den Mitgliedern der GKV finanzierten Mitarbeiter der Krankenkassen
- die Forderung nach der Rückkehr zu Prinzipien der Kostenerstattung und der Einzelleistungsvergütung bei den Leistungserbringern
- die offenkundige Etablierung prospektiver Entgeldsysteme (prospective payment systems) mit allen ihren international gut dokumentierten nachteiligen Folgen für die Patienten
- die Etablierung von Mechanismen der Risikoselektion und – da es hierfür keine umfassenden Klassifikationssysteme gibt – des gleichzeitig des nur partiellen Ausgleichs der Selektionsfolgen
- die Einführung von wählbaren und differenziellen Versicherungsprodukten als sukzessive wirkender Ersatz für ein einheitliches solidarisches Leistungsrecht

- die Einführung von Elementen der ursächlichen Konditionierung von Leistungen zunächst nur am Beispiel marginaler Gruppen
- die Schaffung von Anreizsystemen zur Begrenzung der solidarischen Mitfinanzierung der GKV für Bezieher höherer Einkommen.

Da in entscheidenden Punkten gegen Kernprinzipien der GKV positioniert und nicht zielkonsentiert, greift das WSG implizit, jedoch konsequent, auf eine Reihe von Surrogaten aus der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion der letzten 50 Jahre zurück und rethematisiert auf diese Weise Diskurse, die als überwunden galten und nur noch von wissenschaftshistorischer Bedeutung zu sein schienen. Das WSG führt solche Surrogate partiell auch dann zusammen, wenn sie in sich und gegeneinander widersprüchlich sind. Folgerichtig kann die „Philosophie“ des WSG so ohne weiteres auch keiner intellektuellen Strömung zugeordnet werden. Dieses Sammelsurium, bzw. diese innere Widersprüchlichkeit betrifft u.a. folgende Leitideen, bzw. jeweils deren Repräsentanten

- Meinhard Keynes (soziale Absicherung als Existenzbedingung eines modernen Kapitalismus)
- Milton Friedman (Neoliberalismus)
- Alain Enthoven (Managed Regulation/Competition)
- Health Belief Model (Hochbaum, Kegels und Rosenstock)
- Moral Hazard Theorem (ohne konkrete Autoren)

Auffällig sind drei besondere Aspekte:

1. Die Ergebnisse der weltweit größten Studie zur Wirkung von Krankenversicherungen und hier besonders der Schaffung von Wahlfreiheiten, das RAND Health Insurance Experiment, werden ausgeblendet. Das ist verblüffend, weil diese Studie mit Sicherheit bekannt ist, zumal (m.W. zwar nicht derzeit aber in der Vergangenheit) das Bundesgesundheitsministerium einer der Sponsoren der RAND-Corporation war. (Derzeit sind deutsche Sponsoren die Techniker Krankenkasse, der Flughafen Berlin-Schönefeld, die Fraport AG, die Deutsche Bank und das Umweltministerium.)
2. Es ist auch interessant, dass eines der wichtigsten fundamentalen Schriften zum Thema Krankenversicherung, nämlich die „Ökonomische Theorie des Gesundheitswesens“ von Herder-Dorneich, Ph. (1994) Nomos Verlag Baden-Baden völlig ausgeblendet wird. Dies belegt die durchgängige Erfahrungs- und Wissensresistenz des WSG.
3. Der Sachverständigenbeirat Gesundheitswesen und seine Expertisen sowie die Interessen der Mitglieder- und Versichertenmehrheit spielen praktisch keine Rolle.

Nachfolgend wird keine Grundsatzstellungnahme zum WSG in allen seinen möglicherweise im Einzelnen auch positiven Aspekten versucht, sondern nur der durch die Einladung zur Anhörung vorgegebene Themenblock betrachtet.

2. Beurteilung einzelner Leistungen

Thermenkomplex	Beurteilung
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung § 37 b 132 d	<p>Die Einführung der Palliativversorgung in das Leistungsrecht ist zu unterstützen.</p> <p>Begründung: Besonders für die wachsende Zahl alleinstehender alter und sehr alter Menschen und hier</p>

	<p>besonders derer in ungünstigen sozialen Lebenslagen sollte es die Chance auf ein würdiges und begleitetes Sterben geben.</p> <p>Problem: Unbefriedigend ist, dass das Gesetz die ambulante Palliativversorgung präferiert, weil bezüglich des Personenkreises mit dem besonderen Bedarf an solchen Leistungen die ambulante Palliation oft keine angemessene Lösung ist. Es wird ebenfalls nicht die offenbar implizite Auffassung geteilt, die Palliation sollte regelhaft räumlich vom Krankenhaus getrennt werden. Dagegen spricht neben allgemeinen Bedenken zur sozialen und regionalen Funktion von Krankenhäusern der Grundversorgung auch, dass eines der im Einzelfall besonders dramatischen Probleme, nämlich die pflegerische Begleitung von Menschen, die irreversibel vital geschädigt sind, jedoch der intensivmedizinischen Dauerversorgung bedürfen, weder in der Palliativversorgung noch in Einrichtungen der stationären Pflege durch eine ambulante medizinische Versorgung gelöst werden kann. Die räumliche Trennung von Krankenhaus und Palliation, die ambulante statt der stationären Palliativversorgung kann, muss aber nicht, auch die geeignete Versorgung sein.</p> <p>Vorschlag: Der Text sollte so geändert werden, dass die entsprechenden ambulanten und stationären Einrichtungen und Leistungsanbieter gleichberechtigt sind, ihre speziellen Angebote jedoch an soziale und medizinische Indikationsvoraussetzungen gebunden werden. Dies sollte die Möglichkeit einschließen, bei besonderen (seltenen) Problemfällen, Betten der stationären Palliation zeitweise oder dauerhaft im Bettenbedarfsplan zu führen.</p>
<p>Geriatrische Rehabilitation § 40</p>	<p>Der Ausbau der geriatrischen im Leistungsrecht wird unterstützt.</p> <p>Begründung: Nach geltender Auffassung soll Rehabilitation helfen, jene Selbständigkeit zu bewahren oder wiederzuerlangen, die für Personen gleichen Alters und Geschlechts typisch ist. Dieser Anspruch kann also im Sinne des Gesetzes zu Recht, nicht durch das Alters begrenzt werden.</p> <p>Problem: Aus sozialen und subjektiven Gründen (Motivation, Verstehbarkeit der eigenen Bedarfslage und Fähigkeit zur Artikulation von spezifischen Bedürfnissen) entsteht hier im Verhältnis der Bedarfsträger zu den wirtschaftlichen Interessen der Leistungserbringer ein sehr komplexes und spezifisches Problem. Es muss deshalb die Beantragung und Durchführung solcher Leistungen, die Bedarfsbewertung und die Evaluation von Leistungen und Ergebnissen unbedingt geklärt werden. In diesem Zusammenhang muss auch die Frage der Zuständigkeit für die unabhängige fachlich gutachterliche Expertise grundsätzlich beantwortet werden.</p> <p>Vorschlag: Explizite Aufnahme dieses Aufgabenblocks in die Pflichtaufgaben des MDK nach § 275.</p>

<p>Mutter-Kind-Kuren § 41</p>	<p>Die Einführung eines Rechtsanspruchs auf sog. Mutter-Kind-Kuren wird unterstützt.</p> <p>Begründung: Die Einführung eines solchen Rechtsanspruchs ist grundsätzlich positiv zu werten. Es wird vermutet, dass der Bedarf an solchen Leistungen der Rehabilitation wachsen wird. Gründe können sein, die Veränderungen der Altersverteilungen der Mütter und das Problem der psychischen und körperlichen Folgen ungünstiger sozialer Bedingungen für einen wachsenden Anteil der Bevölkerung. Insbesondere die Festlegung der Indikationen nach § 27 Abs. 1 ist positiv zu unterstützen.</p> <p>Problem: Die besonderen Probleme der Rehabilitation in diesem Indikations- und Anspruchskreis können nicht auf Mütter begrenzt werden. Sie betreffen die Erziehenden insgesamt. Die Umsetzung des Rechtsanspruchs wird verlangen, dass die Indikationen nach § 27 Abs. 1 ggf. sozialmedizinischer Expertise unterworfen werden müssen. Es wird bezweifelt, dass die im WSG ansonsten vertretene Auffassung zum Kauf der Wahlfreiheit in der Rehabilitation im Sinne des Rehabilitationsziels nicht zielführend ist. Des weiteren wird darauf aufmerksam gemacht, dass zu den positiven Entwicklungen der zurückliegenden Jahre allgemein die Aufwertung der Rehabilitation und hier vor allem auch der wissenschaftlichen Grundlagen der Rehabilitation gehört. Teil dieser Entwicklung ist die Ablösung des Kurbegriffs.</p> <p>Vorschlag: Änderung des Titels in: Leistungen der Rehabilitation für Erziehende und ihre Kinder. Die Prüfung von Leistungen der Rehabilitation und der Anspruchsgründe sollten explizite Aufnahme in die Pflichtaufgaben des MDK nach § 275 finden.</p>
<p>Schutzimpfungen § 20 d</p>	<p>Die Begründung eines allgemeinen Rechtsanspruchs auf Impfungen und deren Bedeutung für die Öffentlichkeit wird unterstützt. Die Einordnung dieser Leistungen in die Pflichtaufgaben einer mitgliedergetragenen Solidarversicherung wird hingegen abgelehnt. Dies gilt auch für Impfungen bei Auslandseinsätzen von Mitgliedern der GKV, sofern diese für den Arbeitgeber in Auslandseinsätze gehen.</p> <p>Problem: Impfungen liegen, hier wird der Text der Gesetzesbegründung uneingeschränkt unterstützt, im öffentlichen Interessen. Sie unterliegen demnach auch öffentlichen, bzw. hoheitlichen Pflichtaufgaben. Es kann folglich keine Satzungspflicht der GKV sein, diese Aufwendungen, zudem nach den Regeln der Kostenerstattung, zu übernehmen. Es ist gesichertes Wissen, dass die Inanspruchnahme von Präventionsleistungen und insbesondere auch von Impfungen, negativ der sozialen Lage korreliert. Es ist zudem auch gegenüber dem öffentlichen Interesse</p>

	<p>kontraproduktiv, Impfungen den Prinzipien der GKV, hier insbesondere dem Prinzip der „Holeleistungen“ zu unterwerfen. Gemäß der Logik der Gesetzesbegründung, also des politisch anerkannten öffentlichen Interesses, ist es zwingend, Impfungen in die (z.B. schulärztlichen) Aufgaben des ÖGD zu integrieren. Da diese Leistungen in der jetzt gewählten Form mit großer Sicherheit nur begrenzt, jedenfalls unterhalb der Schwelle eines hinreichend befriedigten öffentlichen Interesses in Anspruch genommen werden, ist zu erwarten, dass die Folge sein wird, die Feststellung von „Schuld“ im ungünstigen Folgefall auch auf impffähige, also vermeidbare Krankheiten auszuweiten. Es muss davon ausgegangen werden, dass die rechtlichen Implikationen erheblich wären. Ich habe deshalb zumindest aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht prinzipielle Zweifel an der Vernünftigkeit dieser Lösung und auch an ihrer Rechtskonformität. In diesem Zusammenhang ist das besondere Haftungsproblem bei Impfschäden, das dann der GKV zugewiesen sein würde, zu beachten.</p> <p>Bezüglich der Übernahme von Impfungen für Auslandseinsätze im Auftrag des Arbeitgebers durch die Mitglieder der GKV werden ebenfalls Einwände geltend gemacht. Dies sollte im Rahmen der Arbeitsverträge geregelt werden. Es ist zudem nicht zu begründen, weshalb Menschen, die keine wirtschaftliche Zukunft in der Bundesrepublik finden und die eine neue Perspektive im Ausland suchen, dieses Privileg ggf. versagt sein soll.</p> <p>Vorschlag: Ersatzlose Streichung von § 20 d.</p>
<p>Zuzahlungsregelungen für chronisch Kranke § 62</p>	<p>Die Einführung von erweiterten Zuzahlungsregelungen für sog. chronisch Kranke im Falle des Nachweises nicht in Anspruch genomener Früherkennungsmaßnahmen wird zurückgewiesen.</p> <p>Begründung: Hier wird de facto die Einführung einer strafbewährten Pflicht zur Teilnahme an Früherkennungsmaßnahmen in der Tradition des sog. Health Belief Models nach Hochbaum, Kegels und Rosenstock konzipiert. Dieses Modell aus den frühen 1950er Jahren kann heute als überholt gelten. Die zentrale These der Autoren, nur bei dem unmittelbaren Erleben der Folgen falschen Verhaltens (Strafe) wären Menschen zu richtigem Verhalten fähig, sollte als überwunden gelten. Zudem ist die Wirkung solcher Strafen sozial extrem asymmetrisch zumal in einem Versorgungssystem, das fundamental auf dem Prinzip der aktiven Nachfrage beruht, sog. Bringeleistungen also ausschließt. Dieses Problem wird auch dann nicht gelöst, wenn der Wettbewerb in der GKV hier zu entsprechenden massiven Werbekonzepten führt. Die Regelungen nach § 62 sind mit dem fachwissenschaftlichen Erkenntnisstand zu Techniken der Früherkennung und von Screenings unvereinbar und ethisch</p>

zutiefst problematisch. Das gilt auch für das vermutbare Ziel, mittels solcher Lösungen die Leistungsproportionen gemäß der sog 20 – 80 – Regel zu Gunsten der bedarfsneutralen Nettozahler zu verschieben.

Diese Regelung ist nach dem Stand des Wissens nicht als effektiv im Sinne eines positiven Gesundheitsziels zu erwarten und wird sich bei hoher sozialer Asymmetrie vor allem gegen Personen mit sozial ungünstigem Risikoprofil wenden.

Problem: Der § 62 ist einer der wichtigsten und zentralen Eingriffe in das Kernkonzept der bislang als solidarisch argumentierten und so auch wirkenden Krankenversicherungsordnung. Neben der tendenziellen Aushebelung des solidarischen Gefüges, sind es vor allem drei Probleme die hier neu geschaffen werden und jeweils in eine eigene gesundheitswissenschaftliche und sozialmedizinische Wissen- und Erfahrungswelt führen:

1. Die Tendenz zur Diskriminierung jeweils solcher Verhaltensweisen, individuellen Gegebenheiten und sozialen Konstellationen, die nach geltenden formellen und informellen Normen als non-konform gelten, bzw. gelten sollen. Hierbei ist die „Bestrafung“ der Nichtinanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen auf jede andere normative (soziale, verhaltensseitige oder auch medizinische) Non-Konformität beliebig auszudehnen.
2. Es wird wegen der Notwendigkeit der Protokollierung und Kontrolle der Inanspruchnahme solcher Normen unvermeidlich auch ein System der Überwachung Gesunder, bzw. der normativen Zweckdienlichkeit ihres individuellen Verhaltens im Sinne einer political correctness eingeführt. Der hier offenkundige politische Wille zur Etablierung eines dann letztlich nicht zu begrenzenden sozialen Kontrollsystems für das sog. Gesundheitsverhalten in der geistigen Tradition des Moral Hazard Theorems ist zweifellos ein tiefer Eingriff von weitreichender Bedeutung. Solche Denkweisen galten seit den umfassenden Diskussionen der 1970 und frühen 1980er Jahre als überwunden, spätestens aber seit der Anerkennung der Ottawa Charter als Konzept für ein modernes und humanes Gesundheitsmodell als ausgeschlossen. Es handelt sich hier um einen Schritt zurück, der bislang undenkbar schien.
3. Es wird auf diese Weise künftig ein Mechanismus gegen Menschen und ihren Entscheidungen etabliert, der die bewusste Nichtteilnahme an Früherkennungsmaßnahmen, sei es aus Angst oder sei es aus persönlichen Überzeugungsgründen mit Strafzahlungen belegt. Dieses gesetzliche Diskriminierungsgebot gilt zusätzlich für jene, die aus individuellen und sozialen oder beruflichen Gründen (langjährige Auslandsaufenthalte) solche Leistungen nicht nutzen können.

	<p>Damit wird durch § 62 der Solidarcharakter der GKV für Menschen, die sich – aus welchen Gründen auch immer – einer solchen Pflicht nicht stellen wollen oder nicht können, die Solidarität aufgekündigt, bzw. konditioniert und eingeschränkt. Speziell für eine mitgliedergetragene Versicherung, die auf den Konsenssäulen eines sozialen Nachteilsausgleichs und dem Toleranzgebot für Individualität beruht, ist dies einer der zentralen kritischen Eingriffspunkte in die GKV.</p> <p>Während die medizinische Sinnhaftigkeit der Mehrheit der Früherkennungsprogramme wegen der schwierigen Probleme der regelhaft schlechten Sensitivität und Spezifität sowie der unbefriedigenden positiven und negativen predictive values zumeist zweifelhaft ist, zumindest aber nach den grundlegenden Erfahrungen der 1970er Jahre unter komplexen Voraussetzungen zu bewerten ist, bewirkt § 62 so vor allem Desolidarisierung und Rückfall in die Zeit der Diskussionen um Ursachen und Folgen einer policy of blaming the victims.</p> <p>Nachliegend ist zudem die Gefahr einer massiven Mengenausweitung von Leistungen an Gesunden, die regelhaft zu negativen Befunden führen, individuell kaum Sicherheit gewährleisten, selbst oft risikobelastet sind, also vor allem die GKV massiv für den sog. 2. Gesundheitsmarkt öffnen und so die ohnehin großen Allokationsprobleme der GKV weiter verschärfen. Das Ziel, scheinbar positive Wettbewerbsanreize für junge und einkommensstarke Mitglieder gegen die Personen mit gegebenem Versorgungsbedarf zu setzen, ist hier erkennbar politischer Natur und im politischen Ziel möglicherweise auch effektiv. Im Sinne einer solidarischen Krankenversicherungsordnung ist diese Maßnahme hingegen schädlich. Sie richtet sich fundamental gegen Menschen, die existenziell hilfebedürftig sind.</p> <p>Auf die besondere Problematik der politischen Aushandlung dessen was chronische Krankheiten sind und damit im Geltungsbereich des Gesetzes liegen, sei am Rande verwiesen.</p> <p>Lösung: Ersatzlose Streichung</p>
<p>Leistungsausschluss § 52 (Selbstverschulden)</p>	<p>Die Einführung von Leistungsausschlüssen über die Einführung von Selbstverschuldensprinzipien in die GKV wird zurückgewiesen.</p> <p>Begründung: Die Maßnahme richtet sich gegen einen sehr kleinen Personenkreis, bzw. realen Bedarf. Es handelt sich zudem um Personen, die keine Mehrheitsinteressen berühren. Dennoch handelt es sich hier aber um ein die Kernsubstanz der GKV grundsätzlich betreffendes Problem. Es betrifft die Einführung eines Verschuldensprinzips. Mit § 52 entsteht eine prinzipielle Öffnung für analoge Argumentationen gegen Übergewichtige, Homosexuelle, Raucher, Jogger usw.. Eine nächste Öffnung wären dann Personen mit hohem Cholesterinspiegel, hohem Blutdruck, unzureichend geführtem</p>

	<p>Diabetes usw.. Es geht dann ggf. auch um die Einführung einer grundsätzlichen und kontrollpflichtigen Compliancepflicht in die GKV.</p> <p>Finanziell bedeutungslos und wohl eher kostensteigernd, wird in Kauf genommen, dass Betroffene sich selbst oder erst sehr spät in die Hilfenachfrage begeben oder hier dem freien Markt hilflos überlassen werden. Zudem werden auch Fragen der Nachweispflicht des Selbstverschuldens und des Widerspruchsrechts gegen Leistungsverweigerungen berührt. Offen ist, wie solche Überprüfungen stattfinden können und wie die Information über ein Selbstverschulden vom niedergelassenen Arzt zur Krankenkasse gelangen soll. Hier wird also offenkundig das Einkommensinteresse der Ärzteschaft in die Pflicht genommen, da diese dann autonom und bei ungeklärtem Widerspruchsverfahren in das Recht der Feststellung von Schuld und ihrer Ahndung gelangen. Diese Situation, nämlich den Hilfebedarf im entsprechenden Einzelfall zu entscheiden, die Leistungen zu erbringen und mit finanziellen Folgen, die Schuldhaftigkeit des Gesundheitsschadens in de facto eigener Rechtsprechung vorzunehmen, ist m.E. vor der gesetzlichen Regelung zunächst rechtlich zu bewerten, zumal hier unverkennbar ein Modell geschaffen werden soll.</p> <p>Lösung: Ersatzlos streichen. Mindestens aber ein geordnetes Verfahren zum Schutz der Personen einführen. Wegen der dringend zu fordernden Unabhängigkeit kommt hier § 275 in Frage.</p>
<p>Wahltarife § 53</p>	<p>Wahltarife widersprechen dem Kernmechanismus der GKV und sind deshalb zurückzuweisen.</p> <p>Begründung: Die Gleichartigkeit des Leistungskataloges und die Unabhängigkeit der Beiträge vom individuellen Bedarf gehören zum Kernbestand der GKV. Die Einführung von Wahltarifen wird, so diese künftig nennenswert in Anspruch genommen werden, zu einer spürbaren Schwächung der Finanzierungskraft der Kassen führen, ggf. mit der Folge einer dann hieraus resultierenden und künftig von Staat zu beschließenden allgemeinen Beitragserhöhung. In Verbindung mit Bonussystemen wird ein Anreizsystem eingeführt, dass zur Verzögerung von Arztbesuchen und / oder zu kaskoanalogen Verhaltensentscheidungen führt. Der Sinn einer freiwilligen Teilnahme am Solidarausgleich wird ausgehöhlt und ggf. ein Anreiz zum Wechsel in eine private Versicherung gesetzt. Dieser Effekte wird durch die beabsichtigten Kostenerstattungsregelungen für Mitversicherte und auch zu deren Nachteil massiv verstärkt. Da diese Entscheidungen rücknehmbar sind, werden von ihr vor allem gut Verdienende und risikoarme sowie junge Personen ohne Leistungsbedarf profitieren.</p> <p>Problem: Die Reziprozität von individuellem Bedarf und</p>

	<p>individueller Finanzierungskraft ist bislang das tragende Element der GKV gewesen. Die Abschaffung oder Einschränkung dieses Prinzips schwächt den Solidarausgleich, erhöht die Bedarfe an steuerfinanzierten Leistungen, wirft die Frage der hälftigen Rückerstattung der Boni an die Arbeitgeber auf, wird nach allen internationalen Erfahrungen zu einem spürbaren Druck der Arbeitgeber auf die Wahlentscheidung führen und wird einen beständigen Druck auf die Beitragssätze bewirken. Es wird darauf hingewiesen, dass sich hieraus auch komplexe Wirkungen auf die ohnehin großen Unterschiede der Finanzierungskraft der GKV nach Bundesländer ergeben. Es sei mindestens darauf hingewiesen, dass die Ausgleichsfähigkeit zwischen den Kassen und im Ost-West-Vergleich geschwächt wird, weil die Regelungen vor allem in Regionen spürbar werden dürften, die wegen ihrer Einküfnteniveaus Nettozahler im RSA sind. Während dort auf diese Weise Überschüsse abgebaut werden, verringert sich zugleich das Ausgleichvolumen und damit zusätzlich die Finanzkraft der „armen“ Bundesländer. Es soll darauf hingewiesen werden, dass die Frage der Wahlfreiheit in dem allgemein bekannten RAND Health Insurance Experiment im Grund weiterhin gültig, ausreichend untersucht ist.</p> <p>Lösung: Streichung des § 53.</p>
Prävention	<p>Da es hier offenkundig nur um die medizinische Prävention geht, gelten alle Einwände, die gegen sie aus grundsätzliche Erwägungen in den letzten 35 Jahren vorgebracht worden sind. Ein besonders Problem stellen hier die zu erwartenden Mengenausweitungen dar.</p>
Leistungen der Pflegeversicherung	<p>Es ist zumindest sicherzustellen, dass die Empfehlungen der Gutachter des MDK an die Pflegeversicherung, die nach geltendem Recht nur durch die Krankenkassen erbracht werden können/dürfen auch tatsächlich und nachprüfbar zu erbringen sind. Die Prüfung kann im Rahmen der Regelungen zur Qualitätssicherung im jetzigen SGB XI erfolgen.</p>

3. Fazit

1. Bezüglich der hier in Rede stehenden Inhalte des Leistungsrechts kann durchweg und unabhängig von einer Bewertung im Detail festgestellt werden, dass es sich um erhebliche Eingriffe in das SGB V handelt.
2. Die Veränderungen wirken vorrangig in zwei Richtungen. Zum einen haben sie Allokationsfolgen für die Proportionen zwischen den aktuellen Versorgungsbedarfen der zumeist älteren Versicherten und den allgemeinen Versicherungsinteressen der zumeist vergleichsweise jüngern und überwiegend gesunden Mitglieder. Das WSG führt de facto das Prinzip „Prävention statt Behandlung“ ein und verstärkt zudem tendenziell die Interessenspaltung zwischen Erwerbstätigen und Rentnern. (siehe hierzu richtungsweisend ein

Gutachten von Knappe aus dem Jahr 2000). Zudem werden erhebliche Anreizsysteme gesetzt, die gegen eine solidarische Umlagenversicherung wirken und zwar materiell wie ideell.

3. Aus sozialmedizinischer und gesundheitswissenschaftlicher Sicht gibt es für die Vorschläge keine positiven empirischen Befunde, wenn es weiterhin um das Ziel einer allgemein zugänglichen und sozial diskriminierungsfreien Krankenversicherung gehen soll. Aus der Sicht der Fachwissenschaft ist das WSG erheblich erfahrungs- und erkenntnisresistent und formuliert Positionen, die hinsichtlich des argumentierten Ziels nachweislich unwirksam oder kontraproduktiv sind.
4. Die Mehrheit der Vorschläge führt infolge unregelter Verfahren, besonders hinsichtlich der Verfahrensweisen zur Sicherung der Unabhängigkeit gutachterlicher Empfehlungen in Rechtsunsicherheiten, einige Regelungen sind möglicherweise rechtlich fehlerhaft. Es ist auch festzuhalten, dass eine Reihe der Regelungen sich insbesondere gegen die Bedarfe von Menschen in ungünstigen sozialen Lebenslagen richten.
5. Soweit die GKV eine demokratische Verabredung der Mitglieder und der Arbeitgeber zur eigenverantwortlichen Regulation und Finanzierung der Absicherung von Krankheitsrisiken ist, handelt es sich bei dem WSG tatsächlich um einen ordnungspolitisch massiven Eingriff in die Selbstverwaltung.
6. Das WSG bewirkt durch die Stärkung der Unterschiede zwischen den Interessen der Zahler und der Nutzer die Spaltung der Mitgliederinteressen, schwächt also den solidarischen Umlagecharakter. Es werden Elemente von Äquivalenzversicherungen eingeführt, die die Einheitlichkeit der Krankenversicherung auflösen oder strategisch in Frage stellen. Es werden Anleihen in außerwissenschaftlichen ideologischen Konzepten (Health Belief Model, Moral Hazard Theorem) genommen und zentrale Aspekte des internationalen Erkenntnisstand der Sozialmedizin, der Gesundheitswissenschaften und der gesundheitsökonomischen Theoreinbildung ausgeblendet oder in Gestalt zur Unkenntlichkeit verstümmelter Surrogate quasi beliebig integriert.
7. Es bestätigt sich, dass das WSG nicht auf eine „Gesundheitsreform“, sondern auf die Transformation der GKV zielt.