

# **Stellungnahme**

**des Sozialverbandes VdK Deutschland**

**zum**

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung  
des Wettbewerbs  
in der Gesetzlichen Krankenversicherung  
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG)**

Bonn, den 03. November 2006

Sozialverband VdK Deutschland e.V.  
Wurzerstraße 4 a  
53175 Bonn  
Telefon: 02 28/8 20 93-0  
Telefax: 02 28/8 20 93-43  
e-mail: kontakt@vdk.de

## Allgemeine Bewertung

Der Sozialverband VdK hat in seinen Grundpositionen zur Sozialpolitik die Richtschnur für eine Reform des Gesundheitswesens formuliert und konkrete Vorschläge unterbreitet, wie die Strukturprobleme beseitigt und bewährte Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten werden können.

### Aus Sicht des VdK sollten folgende Ziele leitend sein:

- Stärkung der Solidarität zwischen alten und jungen, gesunden und kranken, einkommensstärkeren und einkommensschwächeren Menschen
- Bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur, insbesondere für chronisch kranke, behinderte und ältere Menschen (Integration, Qualität, Transparenz)
- Beseitigung des chronischen Einnahmeproblems der gesetzlichen Krankenversicherung
- Schaffung eines fairen Wettbewerbs ohne Risikoselektion sowohl innerhalb der GKV als auch zwischen GKV und PKV
- Mobilisierung aller Wirtschaftlichkeitsreserven

Der vorliegende Gesetzentwurf macht sich diese Ziele rhetorisch zu Eigen, erreicht sie jedoch nicht. Denn trotz einiger positiv zu bewertenden Ansätze werden die genannten Strukturprobleme eher zementiert und darüber hinaus die Weiche für einen Systemwechsel in der GKV gelegt.

Das Solidarprinzip wird durch den Zusatzbeitrag weiter ausgehöhlt: In Zukunft können bis zu 5 Prozent der Gesundheitskosten in Form des Zusatzbeitrags einseitig auf die Versicherten verlagert werden. Das bedeutet eine weitere Aushöhlung der paritätischen Finanzierung im Umfang von 7 bis 8 Milliarden Euro. Der Zusatzbeitrag verschärft eine erhebliche Kumulation der Belastungen wie Zuzahlungen, Praxisgebühr, Leistungsausgrenzungen, Sonderbeitrag, aber auch Belastungen in der Pflege- (Verdopplung des Pflegeversicherungsbeitrags) und Rentenversicherung (faktische Rentenkürzung in Höhe der Inflationsrate durch Nullrunden in den Jahren 2004-2006).

Auf entschiedenen Widerspruch stößt die Regelung, dass bei Beziehern von Einkommen bis zu 800 Euro keine Einkommensprüfung vorgenommen werden soll und damit eine individuelle Belastung von mehr als 1 Prozent in Kauf genommen wird. Die regressive Wirkung dieser Regelung ist unsolidarisch. **Der Sozialverband VdK Deutschland fordert deshalb, nicht**

**nur Sozialhilfeempfänger und Grundsicherungsbezieher, sondern alle Menschen bis 800 Euro Einkommen vom Zusatzbetrag zu befreien.**

Der Gesundheitsfonds droht in Verbindung mit dem Zusatzbeitrag zu einer Verschärfung der Risikoselektion, zur Streichung von Ermessens- und Satzungsleistungen (z.B. Rehabilitation, Prävention, Häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfen für Mütter und Väter) und einem schlechteren Service bei den Krankenkassen zu führen. Um diese negativen Wirkungen abzufedern, sind Satzungs- und Ermessensleistungen in Pflichtleistungen umzuwandeln. Dies gilt insbesondere für *alle* Rehabilitationsleistungen und darf nicht auf Leistungen der geriatrischen Rehabilitation reduziert werden.

**Der Sozialverband VdK Deutschland begrüßt in diesem Zusammenhang ausdrücklich, dass ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich eingeführt werden soll.** Entscheidend ist, dass die krankheits- und behinderungsbedingten unterschiedlichen Risikostrukturen adäquat abgebildet werden. Mit einer Zahl von 50-80 Krankheiten ist das nicht entsprechend darzustellen. Es müssen mehr einbezogen werden.

Der steuerpolitische Schlingerkurs der Bundesregierung ist nicht nachvollziehbar und führt bis zum Ende der Legislaturperiode nicht zu einer Stärkung der Einnahmeseite, sondern reißt neue Finanzierungslöcher. Der Sozialverband VdK Deutschland fordert deshalb, auf die Kürzung des Bundeszuschusses zu verzichten. Im Übrigen erfolgte die Erhöhung der Tabaksteuer zum Zwecke der Stabilisierung der Beiträge in der GKV.

Die private Krankenversicherung bleibt weiter außen vor und wird nicht in einen fairen Risikoausgleich einbezogen. Stattdessen halten Elemente der privaten Krankenversicherung wie Kostenerstattung und Selbstbehalt verstärkt Einzug in die GKV. Dadurch droht ein Mittelentzug durch junge und gesunde Versicherte und eine Verteuerung der Gesundheitsversorgung für chronisch kranke und behinderte Menschen in der GKV.

**Die geplante Einschränkung der Chroniker-Regelung bei Zuzahlungen lehnt der Sozialverband VdK ab.** Statt Menschen zu bestrafen, die bestimmte Vorsorgeuntersuchungen nicht in Anspruch nehmen, sollten positive Anreize (Boni, Befreiung von der Zuzahlung) für ein gesundheitsbewusstes Verhalten gesetzt werden. Bei der Einführung von Höchstpreisen für patentgeschützte Arzneimittel darf es nicht zu höheren Aufzahlungen der Versicherten kommen. Solche Aufzahlungen sind in jedem Fall in die bestehenden Härtefallregelungen einzubeziehen.

**Der vorliegende Gesetzentwurf ist nicht mit dem SGB IX abgestimmt.** Das Wunsch- und Wahlrecht (§9 SGB IX) behinderter Menschen, das keine Zuzahlung für die Ausübung des Wahlrechts kennt, wird nicht berücksichtigt.

Stellungnahme des Sozialverbandes VdK Deutschland zum Entwurf eines  
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes

Der Auftrag des SGB IX, bei der Akutbehandlung den besonderen Belangen behinderter Menschen Rechnung zu tragen (§27 SGB IX), findet sich etwa bei der Honorierung der Ärzte nicht wieder.

Der Gesetzentwurf enthält aber auch Einzelregelungen, die in die richtige Richtung gehen. **Der Sozialverband VdK begrüßt ausdrücklich, dass weitgehend keine Leistungsausgrenzungen vorgenommen wurden.**

Befürwortet werden die Stärkung der integrierten Versorgung und die Ausweitung von Bonus- und Prämienmodellen für Versicherte, die regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen oder sich in besondere Versorgungsstrukturen einschreiben sowie die Ausweitung des vom Versicherungsschutz erfassten Personenkreises. Begrüßt wird ebenfalls, dass die geriatrische Rehabilitation, Mutter/Vater-Kind-Kuren, die ambulante Palliativversorgung und Schutzimpfungen zu Pflichtleistungen werden. Allerdings hält der VdK in diesen Bereichen weitergehende Schritte für erforderlich.

Ausdrücklich sind in diese Bewertung des VdK die organisationsrechtlichen Regelungen wie kassenartenübergreifende Fusionen, Neuordnung des Verbänderechts, Änderungen beim Medizinischen Dienst usw. **nicht** einbezogen.

## **Die Regelungen im Einzelnen:**

### **I. Finanzierung**

#### **1. Gesundheitsfonds und Zusatzbeitrag**

Der Gesundheitsfonds in Verbindung mit einem Zusatzbeitrag für die Versicherten - ob als Kopfprämie oder einkommensbezogen - ist aus Sicht des Sozialverbandes VdK strikt abzulehnen. Der Zusatzbeitrag führt zu einer einseitigen Belastung der Versicherten und zu einer weiteren Aufweichung der paritätischen Finanzierung. Die Kosten des medizinischen Fortschritts und des demografischen Wandels werden über den Zusatzbeitrag - bis zur Überforderungsgrenze - allein von den Versicherten zu tragen sein. Bis zu 5 Prozent der Gesundheitsausgaben sind in Zukunft von den Versicherten allein zu schultern. Erst dann greift die gesetzliche Schutzklausel und es erfolgt eine Anhebung des Beitragssatzes für Arbeitgeber und Arbeitnehmer.

**Die Festlegung, bei Zusatzbeiträgen bis zu 8 Euro auf Einkommensprüfungen zu verzichten, ist aus Sicht des Sozialverbandes VdK Deutschland unsolidarisch und strikt zurückzuweisen.** Der Sozialverband VdK weist in diesem Zusammenhang auf die erheblichen Belastungen, die das Gesundheitsmodernisierungsgesetz Versicherten und Patienten gerade für Bezieher niedriger Einkommen gebracht hat hin.

Die Krankenkassen haben die Wahl, den Zusatzbeitrag einkommensabhängig über den Gesundheitsfonds oder als Kopfprämie zu erheben. Eine einkommensabhängige Prämie, die weniger Verwaltung erfordert, werden viele Krankenkassen vermeiden, denn dies würde die Gefahr bergen, gut verdienende Versicherte zu verlieren. Die Erhebung einer Kopfprämie führt aber zu erheblicher zusätzlicher Bürokratie, da die Krankenkassen ein individuelles Einzugsverfahren bei den Versicherten einschließlich Mahn- und Beitreibungsverfahren aufbauen müssen. Ein nicht unerheblicher Anteil des Zusatzbeitrags wird deshalb durch die hohen Verwaltungskosten aufgezehrt werden.

Die versorgungsstrukturellen Wirkungen von Gesundheitsfonds und Zusatzbeitrag hängen entscheidend davon ab, wie der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (RSA) ausgestaltet wird. Die erheblichen Probleme, die im Folgenden dargelegt werden, lassen sich nur vermeiden, wenn es tatsächlich gelingt, das Krankheits- und Behinderungsgeschehen im RSA adäquat abzubilden. Ob dies gelingt, lässt sich angesichts der vielen offenen Fragen und noch ausstehenden Konkretisierungen zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht sagen.

**Der Sozialverband VdK Deutschland befürchtet eine verschärfte Risiko-  
selektion, die sich negativ auf chronisch kranke, behinderte und ältere  
Menschen auswirkt.** Durch den Zusatzbeitrag werden die Kosten für die  
Krankenversicherung noch deutlicher, die Wechselbereitschaft der jungen und  
gesunden Versicherten sich weiter erhöhen. Die Krankenkassen werden aus  
Wettbewerbsgründen alles tun, um einen solchen Zusatzbeitrag zu vermeiden  
und Satzungs- und Ermessensleistungen zur Disposition stellen. Zu den  
Satzungs- und Ermessensleistungen gehören beispielsweise Rehabilitation  
(außer Anschlussheilbehandlung), Prävention und die Haushaltshilfe für  
Mütter und Väter. Zwar sehen die Eckpunkte vor, eine Reihe von Ermessens-  
leistungen zu Pflichtleistungen zu machen (geriatrische Rehabilitation, Mutter-  
Kind-Kuren, Impfungen, ambulante Palliativleistungen). Andere Leistungen  
bleiben aber nach wie vor außen vor (Bsp. nicht geriatrische Rehabilitation).  
Auch Investitionen in gute Versorgungsangebote für chronisch kranke und  
behinderte Menschen, die - so das Kalkül - die Ausgaben nach oben treiben,  
könnten vermieden werden. Sehr gravierend sind die Auswirkungen des  
Gesundheitsfonds auf Einzelfallentscheidungen der Krankenkassen  
insbesondere bei teuren Versicherten zu erwarten.

Es ist zudem zu befürchten, dass der Zusatzbeitrag sich sehr unterschiedlich  
auf die Versicherten verteilt. Große Versorgerkassen, in denen viele chronisch  
kranke und ältere Menschen versichert sind, werden tendenziell einen deutlich  
höheren Zusatzbeitrag verlangen müssen als andere Kassen, die  
überwiegend jüngere und besser verdienende Mitglieder in ihrem Bestand  
haben. Allerdings bildet die geplante individuelle Belastungsgrenze für den  
Zusatzbeitrag von 1 Prozent des Bruttoeinkommens eine Obergrenze.

In seinen Grundpositionen der Sozialpolitik hat sich der Sozialverband VdK für  
eine Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlagen (Bsp. Anhebung der  
Beitragsbemessungsgrenze) als solidarische Alternative zu einem  
Zusatzbeitrag ausgesprochen.

## **2. Ergänzende Steuerfinanzierung**

**Der Sozialverband VdK Deutschland hält es ordnungspolitisch für  
richtig, Steuern zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen in  
der GKV heranzuziehen.** Dies macht die GKV ein Stück unabhängiger von  
den Löhnen und bezieht auch diejenigen in die Finanzierung gesamtgesell-  
schaftlicher Aufgaben mit ein, die sich bislang nicht beteiligen, beispielsweise  
Beamte und Selbständige.

Der unklare steuerpolitische Kurs der Bundesregierung stößt jedoch auf  
erhebliche Vorbehalte. Die Bundesregierung hat den pauschalen Bundeszu-  
schuss zur GKV aus der Tabaksteuer von 4,2 Mrd. € 2006 auf

1,5 Mrd. € 2007 abgesenkt. Zusammen mit der Erhöhung der Mehrwertsteuer für Arzneimittel und weitere Medizinprodukte resultiert daraus eine Belastung der GKV von jährlich 3,5 Mrd. € ab 2007. Bis zum Ende der Legislaturperiode bleibt der Steuerzuschuss zur GKV unter dem Niveau 2006. Insofern bleibt für diese Legislaturperiode festzuhalten, dass die beschlossenen Maßnahmen eher einem Ausstieg als einem Einstieg in die Steuerfinanzierung gleichkommen.

Die Steuerfinanzierung der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern sollte auf gesetzlich versicherte Personen beschränkt bleiben. Eine Ausweitung auf Privatversicherte würde zu einer Abwanderung freiwillig Versicherter Personen in die private Krankenversicherung führen, da diese überwiegend wegen der beitragsfreien Mitversicherung der Kinder in der gesetzlichen Krankenversicherung geblieben sind.

Völlig offen ist die Gegenfinanzierung des mit den Jahren zunehmenden Steuerzuschusses. Diese Mittel dürfen aus Sicht des Sozialverbandes VdK nicht durch Kürzungen bei anderen Sozialversicherungszweigen, etwa bei der Rente, aufgebracht werden. In diesem Zusammenhang ist daran zu erinnern, dass die Arbeitslosenversicherung mit Milliardenbeträgen zu Lasten der GKV finanziert wird. Diese Politik der Verschiebepolitik hat mit einer nachhaltigen Reform der GKV nichts zu tun.

### **3. Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich**

Um einen fairen Wettbewerb der Krankenkassen zu ermöglichen und dem problematischen Trend zur Risikoselektion einen Riegel vorzuschieben, fordert der Sozialverband VdK Deutschland seit Jahren die Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (RSA). Der bisherige RSA, der nur die Merkmale Alter, Geschlecht, Erwerbsminderung, Teilnahme an einem anerkannten Disease-Management-Programm und Krankengeldbezug berücksichtigt, bildet den Gesundheitszustand des Versicherten nur unvollständig und indirekt ab. Deshalb ist der Gesundheitszustand der Versicherten direkt in die Ausgleichsrechnung zwischen den Kassen einzubeziehen.

**Entscheidend für die Wirksamkeit des morbiditätsorientierten RSA ist, dass das Krankheits- und Behinderungsgeschehen vollständig erfasst und klassifiziert wird.** Nur wenn krankheits- und behinderungsbedingte Mehrkosten möglichst vollständig abgebildet werden, lässt sich das Übel der Risikoselektion umfassend beseitigen.

Der Gesetzentwurf sieht vor, bei der Bestimmung der Morbiditätsgruppen eine begrenzte Anzahl von 50 bis 80 schwerwiegenden Krankheiten zu Grunde zu legen, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die

durchschnittlichen Leistungsausgaben um 50 Prozent übersteigen. Eine Begrenzung der Anzahl der Erkrankungen und Behinderungen wird ausdrücklich betont. Dies würde jedoch die Zielgenauigkeit des RSA erheblich beeinträchtigen und dazu führen, dass viele chronisch kranke und behinderte Menschen versorgungsstrukturell benachteiligt würden. Die Krankenkassen würden sich in ihren Versorgungsanstrengungen auf diejenigen Indikationen richten, die RSA-Zuweisungen auslösen, und es würden die Kassen benachteiligt, die Versorgungsstrukturen ohne RSA-Bezug vorhalten.

Eine differenzierte Beurteilung ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich, da das Verfahren und die Gestaltung zur Klassifikation von Erkrankungen und Behinderungen erst zu einem späteren Zeitpunkt per Rechtsverordnung vorgenommen werden soll. Da der RSA von größter Relevanz für die Versorgung chronisch kranker, behinderter und älterer Menschen ist, sind deren Interessenvertretungen bei der Ausgestaltung zu beteiligen.

Der Sozialverband VdK Deutschland weist in diesem Zusammenhang auch noch einmal daraufhin, dass alle Rehabilitationsleistungen in den RSA einzu-beziehen sind.

## **II. Organisation**

### **1. Reform des Gemeinsamen Bundesausschusses**

Aus Sicht des Sozialverbandes VdK enthalten die Maßnahmen zur Reform des Gemeinsamen Bundesausschusses richtige Ansätze, jedoch sind zusätzliche Maßnahmen zur Sicherung der Funktionsfähigkeit der Patientenbeteiligung dringend erforderlich.

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist mit einem Plenum und 5 sektorbezogenen Spruchkörpern sektorbezogen strukturiert. Damit wird er den Aufgaben einer integrierten, sektorübergreifenden Versorgung nicht mehr gerecht. Identische Regelungsbereiche werden in verschiedenen Gremien diskutiert. Eine entsprechende Zusammenführung bei gleichzeitiger Stärkung der unparteiischen Vorsitzenden ist sinnvoll. Zustimmung findet auch, dass die Beratungen zur Aufnahme von Leistungen in den Leistungskatalog beschleunigt werden sollen. Die zum Teil mehrere Jahre dauernden Beratungsvorgänge sind für die Betroffenen eine erhebliche Belastung. Da sich Rechts- und Fachaufsicht nicht trennen lassen, umfasst aus Sicht des Sozialverbandes VdK die Aufsicht des BMG die rechtliche und inhaltliche Prüfung von Beschlüssen des G-BA.

**Die Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss hat sich bewährt, ist aber im Bestand zu sichern und weiterzuentwickeln.**  
Angesichts der angestrebten Professionalisierung des Gemeinsamen

Bundesausschusses müssen auch die Patientenvertreter strukturell in die Lage versetzt werden, auf Augenhöhe mitzuberaten. Deshalb ist eine Stabsstelle für die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss einzurichten, die bei der Literaturrecherche, der Literatursichtung und Antragsformulierung unterstützt. Die Reduzierung der Zahl der Patientenvertreter von jetzt 9 auf 3 Personen ermöglicht es in Zukunft nicht mehr, die Vielfalt der die Patientenbeteiligung tragenden Organisationen und Patientengruppen adäquat zu repräsentieren. Deshalb darf es nicht zu einer Reduzierung der Zahl der Patientenvertreter kommen.

Die Patientenbeteiligung ist weiterzuentwickeln. So sollten die Mitentscheidungsrechte im Verfahren gestärkt (Vetorecht zur nochmaligen Beschlussfassung, Stimmrecht bei der Geschäftsordnung) und perspektivisch das volle Stimmrecht angestrebt werden. Verwiesen wird in diesem Zusammenhang auf den Koalitionsvertrag, der einen Ausbau der Patientenbeteiligung verspricht.

### **III. Versicherungs- und Leistungsrecht**

#### **1. Geriatrische Rehabilitation und Mutter/Vater-Kind-Kuren als Pflichtleistung**

**Der Sozialverband VdK begrüßt, dass Leistungen der geriatrischen Rehabilitation und Mutter/Vater-Kind-Kuren Pflichtleistung werden.** Es ist jedoch nicht nachvollziehbar, warum geriatrische Rehabilitationsleistungen für ältere und pflegebedürftige Menschen zu Pflichtleistungen werden, während alle anderen Reha-Maßnahmen etwa für Kinder oder erwerbsgeminderte Rentner dem Ermessen der Krankenkassen unterworfen bleiben.

Durch diese Differenzierung entsteht der Eindruck, die Rehabilitation dieser Personengruppen sei weniger notwendig. Außerdem ist unverständlich, warum die geriatrisch ausgerichtete gegenüber der indikationsspezifischen Rehabilitation privilegiert wird, obwohl letztere ebenfalls dem Ziel der Vermeidung und Verminderung von Pflegebedürftigkeit dient.

Es ist zu befürchten, dass der Anspruch auf nicht geriatrische Rehabilitationsleistungen geschwächt wird. Zudem können Fehlanreize entstehen, Menschen in geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen zu versorgen, obwohl eine indikationsspezifische Rehabilitation eigentlich angezeigt wäre.

Diese Situation wird sich voraussichtlich durch die Einführung des Gesundheitsfonds in Verbindung mit dem Zusatzbeitrag verschärfen. Die Krankenkassen werden aus Wettbewerbsgründen alles tun, um einen Zusatzbeitrag zu vermeiden und deshalb Satzungs- und Ermessensleistungen streichen.

**Der VdK hält deshalb die Erweiterung des Rechtsanspruchs auf *alle* Rehabilitationsleistungen für erforderlich.** Zudem sind alle Rehabilitationsleistungen im Risikostrukturausgleich zu berücksichtigen, um sicherzustellen, dass Rehabilitation nicht zu einer Verschlechterung der Wettbewerbsposition der Krankenkassen führt.

## 2. Leistungen der Pflegeversicherung

Der VdK lehnt die dauerhafte Verschiebung der medizinischen Behandlungspflege in die Pflegeversicherung ab. Da die Pflegeversicherung nur eine Teilkaskoleistung darstellt, bedeutet dies, dass **Menschen in stationären Einrichtungen mit einem höheren Bedarf an Behandlungspflege einen Teil der Leistungen selbst tragen müssen**, während im ambulanten Bereich die vollen Kosten von der Krankenkasse übernommen werden. Dies stellt eine Benachteiligung von Menschen in stationären Einrichtungen dar. Begrüßt wird dagegen die Erweiterung des Haushaltsbegriffs.

In Hinblick auf die vielfachen Schnittstellenprobleme zwischen GKV und Pflegeversicherung (Behandlungspflege, Hilfsmittel, Rehabilitation) sieht der VdK die Trennung von Kranken- und Pflegeversicherung als Kernproblem an. Er fordert deshalb die Zusammenlegung von Kranken- und Pflegeversicherung. Nur so wird eine dringend nötige Gesamtversorgungsbetrachtung institutionell verankert. In diesem Zusammenhang hält er das Nacheinander von Kranken- und Pflegeversicherungsreform für verfehlt.

## 3. Ambulante Palliativversorgung

**Der VdK begrüßt die Aufnahme der ambulanten Palliativversorgung in den Leistungskatalog.** Obwohl die große Mehrheit der pflegebedürftigen Menschen wünscht, in der eigenen häuslichen, zumindest aber in gewohnter Umgebung zu sterben, nicht allein gelassen zu werden und nicht unter Schmerzen leiden zu müssen, war dies bisher leistungsrechtlich nicht abgesichert. Allerdings legt die Formulierung nahe, dass der Zugang zu palliativen Leistungen sehr eng gefasst werden soll. Wir verweisen in diesem Zusammenhang auf die Vorschläge der Enquete-Kommission Recht und Ethik der modernen Medizin, die eine *flächendeckende* Einführung von Palliativ-Care-Teams und weitere strukturelle Verbesserungen gefordert hat.

## 4. Kostenerstattung, Selbstbehalte und Wahltarife

Das Sachleistungsprinzip gehört zu den Grundprinzipien des deutschen Gesundheitswesens. Die Kostenerstattung widerspricht diesem Grundsatz und führt zu erheblichen Mehrkosten für den Versicherten. So muss der

Versicherte in Vorleistung treten und bekommen den privatärztlichen Satz in Rechnung gestellt, rückerstattet wird aber nur der einfache Satz. Zudem werden pauschal die Verwaltungskosten (rd. 7,5 %) vom Erstattungsbetrag abgezogen. Damit bleibt der Versicherte auf einem erheblichen Teil der Kosten sitzen.

Selbstbehalte, von der letztlich nur gesunde Versicherte Gebrauch machen, die sich Einsparungen versprechen, unterlaufen das Solidarprinzip und werden abgelehnt. Dagegen stoßen die erweiterten Möglichkeiten zur Prämien-gewährung an die Versicherten, die sich an besonderen Versorgungsformen beteiligen, auf Zustimmung.

## 5. Leistungskatalog und Zuzahlungen

Der Sozialverband VdK Deutschland begrüßt nachdrücklich, dass weitestgehend keine Leistungsausgrenzungen vorgenommen wurden. Allerdings betrachtet er mit großer Sorge, dass mit dem Verweis auf „medizinisch nicht indizierte Eingriffe“ – **im Gesetzeswortlaut nicht beschränkt auf die Bereiche Piercing, Tätowierungen oder Schönheitsoperationen** - das Verschuldensprinzip in der GKV salonfähig gemacht wird. Dies steht im Zusammenhang mit Forderungen, private Unfälle auszugrenzen oder „nicht therapiegerechtes Verhalten“ zu bestrafen. Der VdK lehnt das Verschuldensprinzip in der GKV ab: Es ist nicht handhabbar und führt letztlich zu willkürlichen Leistungsausgrenzungen. Eine klare Abgrenzung, welcher Anteil einer Erkrankung auf eigenes Verhalten oder beispielsweise betriebliche oder sonstige umweltbedingte Gesundheitsbelastungen zurückgeführt werden muss, ist nicht möglich. Einflussgrößen auf die Gesundheit liegen jedenfalls nicht nur im Lebensstil der Bürger, sondern auch im Arbeitsmarkt, der Einkommens- und Vermögensverteilung, im Bildungs- und Verkehrswesen, in der Umweltqualität, den Arbeits- und Wohnverhältnissen. Das Verschuldensprinzip führt auch zu falschen Anreizen, weil beispielsweise Bewegung und Breitensport weniger betrieben wird, weil man die damit verknüpften „selbst gewählten“ Risiken nicht eingehen will. Gleichwohl sieht der VdK sehr wohl den Versicherten und Patienten in der Verantwortung, sich gesundheitsbewusst zu verhalten und unnötige Risiken zu vermeiden. Dies sollte aber durch Aufklärung und Anreize gefördert werden.

Mit „Anreizen“ für die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen wird auch die Verschärfung der Chroniker-Regelung begründet. In den Genuss der 1%-Grenze sollen nur noch jene Chroniker kommen, die alle Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt haben oder in Disease Management Programme eingeschrieben sind. Allerdings gilt diese Regelung erst für die ab dem 1. April 1972 geborenen chronisch kranken Versicherten (der Jahrgang, für den 2007

erstmalig Früherkennungsuntersuchungen fällig würden). Bei Krebsfrüherkennung ab dem Jahrgang 1962 bei Männern und 1987 bei Frauen. Zudem muss der Arzt bei Ausstellung der Bescheinigung, dass der Patient an einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung leidet und sich in Dauerbehandlung befindet, zusätzlich bescheinigen, dass sich der Patient therapiegerecht verhält.

**Der Sozialverband VdK Deutschland lehnt eine solche Malus-Regelung (Verweigerung der Überforderungsregelung) strikt ab.** Durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz wurden 2004 bereits erhebliche Belastungen durch Zuzahlungen und Praxisgebühr vorgenommen. Schon heute verzichten Menschen mit schlechtem Gesundheitszustand und niedrigem Einkommen aus finanziellen Gründen auf notwendige medizinische Leistungen. Weitere Zuzahlungen oder Leistungsausgrenzungen wären unverantwortlich. Stattdessen sollten auch hier über Bonus-Regelungen (Prämien, Zuzahlungsbefreiung) Anreize für ein gesundheitsbewusstes Verhalten gesetzt werden.

## 6. Prävention

**Der Sozialverband VdK fordert die Bundesregierung auf, die präventionsbezogenen Regelungen in einem Präventionsgesetz zu bündeln und dieses spätestens im nächsten Jahr vorzulegen.** Der Ansatz, die Krankenkassen zu einem stärkeren Engagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung und zu einer engen Zusammenarbeit mit den Trägern der Unfallversicherung zu verpflichten, wird begrüßt. Richtig ist auch die Neufassung der Förderregeln für die Selbsthilfeförderung und die Aufnahme von Impfleistungen in den gesetzlichen Leistungskatalog.

Malus-Regelungen als „Anreiz“ zur Inanspruchnahme von Präventionsleistungen werden abgelehnt (siehe Nummer 5).

## IV. Medizinische Versorgung

### 1. Änderung der Honorierung der niedergelassenen Ärzte

Der Sozialverband VdK befürwortet die Ablösung des Punktesystems durch eine Euro-Gebührenordnung und die Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen bei gleichzeitiger Mengensteuerung. Bei der Umsetzung muss sichergestellt werden, dass verdeckte Rationierung beseitigt wird, ohne allerdings Anreize für anbieterinduzierte Mengenausweitung zu setzen.

Fallpauschalen bringen aus der Sicht des VdK eine Reihe von Problemen mit sich. Die derzeitigen Fallpauschalen in der stationären Versorgung belegen schon, dass die komplexe Behandlung und die Versorgung multimorbider und

behinderter Patienten, aber auch älterer Menschen, z.B. bei Demenzerkrankungen, viele Probleme bringen, die mit den heutigen Regelungen nicht gelöst werden. Diese Gefahren bestehen auch für das ambulante System. Es ist zu befürchten, dass bei langwierigen, komplexen Behandlungen Patienten „abgeschoben“ werden. **Bei der Festlegung der Pauschalen ist deshalb der behinderungsbedingte individuelle Mehrbedarf adäquat abzubilden.** Die Morbiditätskriterien Alter und Geschlecht reichen nicht aus! Zudem muss zwangsläufig analog zum stationären Sektor eine verpflichtende externe Qualitätssicherung der vertragsärztlichen Versorgung eingeführt werden. Um die Mitwirkung der Patientinnen und Patienten an den für die Versorgung wichtigen Vergütungsfragen zu ermöglichen und die *Transparenz* zu erhöhen, sollte eine Patientenbeteiligung im Bewertungsausschuss verankert werden.

Die Entbürokratisierung der Richtgrößenprüfungen wird begrüßt.

## **2. Individualverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern**

Der Sozialverband VdK Deutschland befürwortet grundsätzlich die Zielsetzung, das Versorgungsgeschehen verstärkt einzelvertraglich durch Krankenkassen und Leistungserbringer steuern zu lassen. Die neuen Vertragsmöglichkeiten müssen jedoch dazu genutzt werden, die Versorgungsangebote in Hinsicht auf Qualität und Effizienz zu verbessern. Im Mittelpunkt müssen die Behandlungsbedarfe von chronisch kranken und behinderten Menschen stehen. In einer unübersichtlicher werdenden Vertragslandschaft sind neutrale Informationsangebote für Versicherte über Angebote und deren Qualität unverzichtbar. Hier besteht erheblicher Nachholbedarf. Auch müssen die Versicherten durch ihre Krankenkasse über Einzelverträge und den sich daraus ergebenden Verpflichtungen für die Leistungserbringer informiert werden. Im Sinne eines „lernenden Systems“ spricht sich der Sozialverband VdK dafür aus, die versorgungsstrukturellen und finanziellen Wirkungen von Einzelverträgen extern zu evaluieren und in den Geschäftsberichten der Krankenkassen auszuweisen.

## **3. Weiterentwicklung der integrierten Versorgung/ Bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung**

Der Sozialverband VdK unterstützt nachdrücklich alle Bemühungen, die in Deutschland nach wie vor stark getrennten Versorgungsbereiche besser zu verzahnen. Dies betrifft die ambulante und stationäre Versorgung ebenso wie die Zusammenarbeit zwischen Prävention, Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege sowie zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Berufsgruppen. Aus Sicht des VdK wird dies allerdings nur gelingen, wenn für alle Beteiligten Win-

Win-Situationen entstehen: Anreize für die Leistungserbringer müssen Hand in Hand gehen mit einer Stärkung der Wettbewerbsposition der Krankenkasse und primär einer Verbesserung der Versorgung für den Patienten.

Bislang hat die integrierte Versorgung nach § 140 a SGB V eher den Charakter eines eigenständigen Versorgungszweiges, als dass sie eine Integration der Regelversorgung bewirkt. Auch sind das Vertragsgeschehen und die Versorgungslandschaft unübersichtlich. Insofern ist zu begrüßen, dass die integrierte Versorgung auf größere Versichertengruppen ausgedehnt und die Transparenz der Angebote und ihrer Qualität verbessert werden soll. Eine Erweiterung um Pflege und sonstige nichtärztliche Berufe sowie die Verlängerung der Anschubfinanzierung über das Jahr 2006 hinaus sind folgerichtig. Wünschenswert wäre, die Patientenbeteiligung auch auf Verträge zur integrierten Versorgung auszudehnen.

Ein Weg zu einer besseren Verzahnung ist, die Krankenhäuser stärker für die ambulante Behandlung zu öffnen. Bisher haben die Krankenkassen von den nach §116b SGB V bestehenden Möglichkeiten, hochspezialisierte Leistungen und seltene Erkrankungen ambulant im Krankenhaus erbringen zu lassen, nur sehr zögerlich Gebrauch gemacht. Begründet wird dies damit, dass Mehrausgaben durch die ambulante Behandlung im Krankenhaus nicht durch Bereinigung der stationären und ambulanten Budgets gegenfinanziert werden können.

Insofern ist es richtig, den Krankenhäusern die Möglichkeit einzuräumen, unabhängig von einem Vertrag mit den Krankenkassen die im Katalog genannten Leistungen zu erbringen. Aus Sicht des Sozialverbandes VdK wäre es jedoch sinnvoll gewesen, das vertragsärztliche Gesamtbudget zu bereinigen, um eine „Doppelfinanzierung“ der Leistungen zu vermeiden.

#### **4. Stationäre Versorgung einschließlich der stationären Rehabilitation**

Der Sozialverband VdK befürchtet, dass ein pauschaler Sanierungsbeitrag in Höhe von 1% der Budgets letztlich zu Lasten der Patientinnen und Patienten geht.

Die Verpflichtung zur Zertifizierung und die Erweiterung der Wahlmöglichkeiten bei der Auswahl von Rehabilitationseinrichtungen werden begrüßt. Die Verpflichtung zur Zertifizierung sollte jedoch auf ambulante Angebote ausgedehnt werden. Die Vorgabe, dass eventuelle Mehrkosten von den Patienten zu tragen sind, wird in Frage gestellt. Aus Sicht des VdK ist sie nicht mit dem Wunsch und Wahlrecht nach dem SGB IX vereinbar, sofern die Wünsche der Leistungsberechtigten berechtigt sind.

## **5. Arzneimittelversorgung**

Der Sozialverband VdK begrüßt die neuen Spielräume für Apotheken und fordert diese auf, von der Möglichkeit, Rabattverträge auszuhandeln, Gebrauch zu machen. Die Erleichterung der Abgabe von einzelnen Tabletten wird ebenfalls befürwortet.

Der Sozialverband VdK teilt das Anliegen, bei der Preisgestaltung für neue Arzneimittel, die nicht in Festbeträge einbezogen sind, mehr Transparenz zu schaffen. Erstattungshöchstbeträge auf der Grundlage einer Kosten-Nutzen-Bewertung können ein richtiger Ansatz sein. Dies darf allerdings nicht zu Mehrkosten für den Versicherten führen. Sollte es dennoch zu Aufzahlungen für Versicherte kommen, müssen diese unter die Härtefallregelung fallen.

Die Kosten-Nutzen-Bewertung soll das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vornehmen. Die bisherige Erfahrung zeigt, dass das IQWiG mit seiner mitunter puristischen Lesart der evidenzbasierten Medizin nicht immer zu patientenorientierten Lösungen kommt. Die Befürchtung ist deshalb nicht von der Hand zu weisen, dass es mitunter nur zu geringen Nutzenbewertungen und zur Festlegung niedriger Erstattungshöchstbeträge kommt, was wiederum zu hohen Aufzahlungen der Versicherten führen würde. Um dies zu vermeiden, muss die Kosten-Nutzen-Bewertung durch das IQWiG an konkrete gesetzliche Vorgaben geknüpft werden. So muss sichergestellt werden, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Patientinnen und Patienten und faktisch auch Studien unterhalb der höchsten Evidenzklasse berücksichtigt werden. Zudem ist die Verfahrensbeteiligung der Patientinnen und Patienten im IQWiG zu stärken.

Es ist richtig, die Verordnung von Arzneimitteln und Diagnostika, die besondere Anforderungen an Know-how und Patientensicherheit mit sich bringen, an bestimmte Qualifikationen der verordnenden Ärzte zu binden. Es darf allerdings nicht zu einer übertriebenen Ausweitung des Vier-Augen-Prinzips kommen, da dies letztlich zu einer Bürokratisierung der Arzneimittelversorgung führen würde.

## **6. Versorgung mit Hilfsmitteln**

Der Sozialverband VdK Deutschland hat grundsätzlich keine Bedenken dagegen, durch Ausschreibungen und Einzelverträge mehr Wettbewerb in den durch große Intransparenz gekennzeichneten Hilfsmittelmarkt zu bringen. Dies muss allerdings zwingend mit einer externen Qualitätssicherung einhergehen. Während die Qualitätssicherung des Hilfsmittels selbst vergleichsweise gut etabliert ist, findet eine Qualitätssicherung der produktbezogenen Dienstleistungen (individuelle Anpassung, Schulung im Gebrauch) nicht statt, was erhebliche Folgekosten durch unzureichende Compliance und unsachgemäße

Nutzung hervorruft. Die gesetzliche Verpflichtung, produktgruppenbezogene Empfehlungen zur Fortbildung der Leistungserbringer von Hilfsmitteln und zur Qualitätssicherung der Leistungserbringung abzugeben, wurde von den Spitzenverbänden der Krankenkassen nie umgesetzt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen müssen *verpflichtet* werden, Qualitätsanforderungen für die Leistungserbringung *festzulegen* und in den *Ausschreibungen zu berücksichtigen*. Die Einhaltung dieser Anforderungen ist in der Praxis durch die Krankenkassen zu überprüfen.

Insbesondere bei Hilfsmitteln, die eine individuelle, ggf. wiederholte Anpassung oder Schulung benötigen, ist eine wohnortnahe Versorgung unverzichtbar. Bei der Ausschreibung und den Einzelverträgen ist deshalb sicherzustellen, dass eine wohnortnahe Versorgung zur Verfügung steht.

Auffällig ist, dass Wortlaut und „Geist“ der Neuregelungen nicht mit dem SGB IX abgestimmt sind. Das Wunsch und Wahlrecht des SGB IX findet keine Erwähnung, stattdessen ist von „berechtigtem Interesse“ die Rede. Die Vorgabe, dass eventuelle Mehrkosten bei Wahl eines anderen Hilfsmittels oder eines anderen Leistungserbringers von den Patienten zu tragen sind, wird in Frage gestellt. Aus Sicht des VdK ist sie nicht mit dem Wunsch und Wahlrecht nach dem SGB IX vereinbar, sofern die Wünsche der Leistungsberechtigten berechtigt sind. Bereits heute gehören die Hilfsmittel zu den Leistungen mit vergleichsweise hohen Aufzahlungen.

Der Sozialverband VdK begrüßt ausdrücklich, dass der Versorgungsanspruch schwerstbehinderter Menschen auf Hilfsmittel gesichert werden soll. Zweifel an diesem Anspruch sind auf ein höchst fragwürdiges Urteil des BSG zurückzuführen, das den Anspruch einer schwerst behinderten Heimbewohnerin auf Versorgung mit einem speziellen Lagerungsrollstuhl, der ihr noch ein gewisses Maß an passiver Teilhabe am Gemeinschaftsleben ermöglicht hätte, wegen fehlender Rehabilitationsfähigkeit verneint hat. Der VdK unterstreicht, dass alle Menschen ungeachtet der Schwere ihrer Behinderung zur Teilhabe fähig sind.

## **7. Fahrtkosten**

Gesetzlich festgelegte Rabatte für Krankenkassen sind im Bereich der Arzneimittelproduktion und- distribution bereits Praxis. Entsprechende Abschläge für Taxi- und Krankentransportunternehmen erscheinen vertretbar.

## **V. Private Krankenversicherung**

Aus Sicht des Sozialverbandes VdK Deutschland wurde eine Chance verpasst, das durch Risikoselektion gekennzeichnete Nebeneinander von

Stellungnahme des Sozialverbandes VdK Deutschland zum Entwurf eines  
GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz es

GKV und PKV zu beenden und faire Rahmenbedingungen für echten Wettbewerb zu schaffen. Weder wurde einheitlicher Wettbewerbsrahmen geschaffen, in dem GKV und PKV zu gleichen Bedingungen miteinander konkurrieren, noch wurde wenigstens eine Einbindung der PKV in den Risikostrukturausgleich erreicht, was dringend erforderlich wäre.

Der Sozialverband VdK begrüßt, dass die PKV zur Schaffung eines Basistarifs und Kontrahierungszwang in die Pflicht genommen wird, um der wachsenden Zahl nicht krankenversicherter Menschen eine Perspektive zu geben. Auch wird begrüßt, dass die Portabilität der Altersrückstellungen erleichtert werden soll, um tatsächlichen Wettbewerb in der PKV zu befördern. Der Sozialverband VdK ist jedoch der Auffassung, dass die Portabilität der Altersrückstellungen auch bei einem Wechsel in die GKV gelten muss.