



03.11.2006

## **Stellungnahme der Volkssolidarität Bundesverband e.V. zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) - Bundestags- Drucksache 16/3100 -**

### **I. Zur Bewertung des Gesetzentwurfs im Rahmen der Gesundheitsreform**

Der vorgelegte Gesetzentwurf bildet den Kern der von der Großen Koalition mit der Koalitionsvereinbarung vom November 2005 angekündigten Gesundheitsreform. Mit ihm wird der Anspruch erhoben, dass „auch in Zukunft soziale Sicherheit im Krankheitsfall für alle gewährleistet“ wird. Dazu sehen eine Reihe von Maßnahmen vor, „vor allem auf Kassenseite“ den Wettbewerb zu intensivieren und so Qualitäts- und Effizienzsteigerungen zu bewirken, die den Versicherten mit Hinblick auf den medizinischen Fortschritt und die Anforderungen der demographischen Entwicklung zugute kommen sollen.

Der Gesetzentwurf steht in einem engen Zusammenhang mit anderen Entscheidungen von Bundesregierung und Bundestag, insbesondere mit

- der mit dem Haushaltsbegleitgesetz beschlossenen Kürzung des Bundeszuschusses für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) für das Jahr 2007 von 4,2 auf 1,5 Milliarden Euro sowie der Anhebung der Mehrwertsteuer ab 01.01.2007 von 16 auf 19 Prozent, die die GKV mit ca. 900 Millionen Euro mehr belastet
- weiteren, bereits beschlossenen gesetzlichen Regelungen, insbesondere dem Gesetz für mehr Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (AVWG) und dem Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz (VÄndG), das ab 01.01.2007 in Kraft tritt.

Grundsätzlich befürwortet die Volkssolidarität Bundesverband e. V. die Notwendigkeit von Reformen zur Sicherung eines zukunftsfähigen Gesundheitssystems. Anforderungen an eine sozial ausgewogene und sozial gerechte Gesundheitsreform wurden auf dem 2. Gesundheitstag der Volkssolidarität am 6. Mai 2006 in Magdeburg öffentlich vorgelegt<sup>1</sup>.

Aus Sicht der Volkssolidarität würde die Verabschiedung des Gesetzentwurfs in der vorliegenden Form in Verbindung mit den o. a. Entscheidungen, die die finanzielle Situation der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) negativ beeinflussen, zu einem **Bruch mit bisherigen Grundlagen einer weitgehend solidarisch finanzierten und gestalteten gesundheitlichen Versorgung** führen. Daher bestehen nicht nur erhebliche Zweifel, dass

die im Gesetzentwurf genannten Zielstellungen überhaupt erreicht werden können, sondern grundsätzliche Bedenken gegen wesentliche Elemente, die diesen Bruch verkörpern.

Im Vordergrund stehen dabei für uns:

- das weitere Abgehen von einer paritätischen Finanzierung der Gesundheitskosten durch die vorgesehene Einführung eines Gesundheitsfonds und von Zusatzbeiträgen für die gesetzlich Versicherten (Artikel 1, Nr. 177 ff.) sowie die ausdrückliche Beibehaltung der Privaten Krankenversicherung (PKV) als Vollversicherung;
- eine unzureichende Ausgestaltung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, die mit ungünstigen Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen verbunden ist und die Einschränkung von Leistungen begünstigt (Artikel 1 Nr. 178, 180, Artikel 38 Nr. 6);
- die Folgen dieser Entwicklung für die gesetzlich Versicherten, die vor allem Menschen mit geringen und mittleren Einkommen, chronisch Kranke und Ältere einseitig belasten und insbesondere für diese Gruppen auch weitere Probleme in der gesundheitlichen Versorgung mit sich bringen.

Die soziale Schieflage, die für die Gesundheitsreform prägend ist, bedroht das bewährte Solidarprinzip in der gesundheitlichen Versorgung und begünstigt die weitere Verfestigung einer „Zwei-Klassen-Medizin“.

**Vor diesem Hintergrund lehnt die Volkssolidarität den Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) ab und setzt sich für einen Neuanfang bei der Reform des Gesundheitswesens ein.**

Die Volkssolidarität bestreitet nicht einzelne positive Punkte im Gesetzesvorhaben, die bei entsprechender gesetzlicher Ausgestaltung und finanzieller Untersetzung Verbesserungen für die Patienten bringen können und von uns befürwortet werden (siehe Abschnitt II. und III.).

Sie stellen jedoch nicht das Wesen der Gesundheitsreform und des hier zu erörternden Gesetzentwurfs dar. Das Wesen der Reform besteht in den zusätzlichen Belastungen für Versicherte und Patienten der GKV sowie in der Perspektive von Beeinträchtigungen für deren gesundheitliche Versorgung, die mit der Einführung des Gesundheitsfonds, der damit einhergehenden Zusatzbeiträge sowie mit einem mangelhaften Risikostrukturausgleich verbunden sind. Damit werden die Probleme nicht gelöst, sondern unnötig verschärft.

## **II. Zu den wesentlichen Elementen des Gesetzentwurfs**

Die Volkssolidarität schätzt ein, dass mit dem Gesetzentwurf Konstruktionsfehler der Gesundheitsreform rechtlich verankert werden, die aus unserer Sicht nicht akzeptabel sind. Die mit dem Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen sollten daher unter folgenden Gesichtspunkten überprüft werden, um einen Neuanfang für eine Gesundheitsreform zu ermöglichen.

### **(1) Keine weitere Privatisierung gesundheitlicher Leistungen**

Die Umsetzung des vorliegenden Gesetzentwurfs wird dazu beitragen, dass gesetzlich Versicherte in noch stärkerem Maße als bisher Gesundheitskosten privat zu tragen haben. Damit wird eine Entwicklung fortgesetzt, die bereits mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) seit 2004 den Versicherten umfangreiche Mehrkosten aufgebürdet hat – durch Streichungen im Leistungskatalog der GKV, durch die Erhebung der Praxisgebühr, durch

erhöhte Zuzahlungen, die Einführung eines Sonderbeitrags für die gesetzlich Versicherten ab 01.07.2005 in Höhe von 0,9 Prozent sowie durch zusätzliche Belastungen für Rentnerinnen und Rentner (Tragung des vollen Beitrags zur Pflegeversicherung, Belastung von Betriebsrenten mit dem vollen GKV-Beitragssatz).

Die Hauptbelastungen für die gesetzlich Versicherten entstehen künftig daraus, dass

- der Bund durch die o. a. haushaltspolitischen Entscheidungen die GKV mit 3,6 Milliarden Euro zusätzlich belastet und somit Mitverantwortung für den ab 2007 zu erwartenden Beitragssatzanstieg um 15 bis 20 Prozent (von heute durchschnittlich 14,3 Prozent auf durchschnittlich ca. 16 Prozent bis Anfang 2009) trägt
- der Bund auch 2008 und 2009 mit 1,5 bzw. 3,0 Milliarden Euro gesellschaftlich wichtige Leistungen, die nur teilweise aus dem Beitragsaufkommen erbracht werden können, unzureichend finanziert, so dass steigende Kosten bei einer Unterfinanzierung entweder durch höhere Beiträge oder/und die vorgesehenen Zusatzbeiträge aufgefangen werden müssen
- mit der Einführung der Zusatzbeiträge ab 2009 für die Versicherten neben ihren Beiträgen zur GKV und neben ihren schon heute privat zu tragenden Gesundheitsaufwendungen eine dritte Belastungskomponente anfällt, von der nur ein relativ begrenzter Personenkreis ausgenommen werden soll.

Die im Gesetzentwurf zum Ausdruck kommende Absicht, mit Ausnahmeregelungen<sup>2</sup> soziale Härten zu mildern, ist zwar zu begrüßen. Die dafür vorgesehenen Regelungen ändern jedoch nichts am falschen Grundansatz der Zusatzbeiträge. Sie sind unbefriedigend (z. B. für Bezieher von Arbeitslosengeld II) und verschieben die Probleme, ohne sie wirklich zu lösen.

Angesichts weiterhin hoher Arbeitslosigkeit, stagnierender Löhne und Gehälter sowie real sinkender Alterseinkünfte trägt eine weitere Privatisierung der Gesundheitskosten dazu bei, ein wichtiges Kriterium für die Finanzierung von Gesundheitskosten in den Hintergrund zu drängen – den Zusammenhang zwischen Beitragsleistung und individueller wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit. Gesundheitliche Leistungen drohen mehr und mehr zu einer gewöhnlichen Ware zu werden, die sich nur jene kaufen können, die über ausreichend Kaufkraft verfügen. Dieser Prozess verschärft Differenzierungen bei der gesundheitlichen Versorgung zu Lasten der unteren Einkommenschichten. Besonders betroffen sind vor allem Arbeitslose und allein erziehende Frauen<sup>3</sup>, aber zunehmend auch ältere Menschen mit geringen Alterseinkommen.

Wir weisen darauf hin, dass die wachsenden Belastungen für viele ältere Menschen, die ihre Alterseinkünfte fast ausschließlich aus der gesetzlichen Rentenversicherung beziehen (wie z. B. in den neuen Bundesländern, aber nicht nur dort), angesichts der seit 2003 anhaltenden Renten-„Nullrunden“ immer öfter zu Überforderungssituationen führen. Im Hinblick auf die ältere Generation steht die Anhäufung der Belastungen im Kontrast zu der Empfehlung des 5. Altenberichts der Bundesregierung, bei einem „integrierten Ansatz in der Alterssicherungspolitik“ für die Einkommenslage im Alter „wichtige – und politisch gestaltbare – Entwicklungen zu berücksichtigen, wie insbesondere Höhe und Struktur von Sozialversicherungsleistungen im Falle von Krankheit und Pflegebedürftigkeit, was aus den laufenden Alterseinkommen (wegen Zuzahlungen, Begrenzungen des Leistungskatalogs u. a. m.) zu finanzieren ist.“<sup>4</sup>

So ist mittlerweile auch nachgewiesen, dass z. B. die Einführung der Praxisgebühr 2004 vor allem bei armen und kranken Menschen zu weniger Arztbesuchen führt<sup>5</sup>. Immer öfter erleben wir in unserer eigenen sozialen und pflegerischen Betreuungstätigkeit, dass Menschen mit geringen Einkommen „Vermeidungsstrategien“ entwickeln, weil sie wachsende Gesundheitskosten nicht mehr tragen können. Damit werden Bemühungen konterkariert,

Gesundheit und gesunde Lebensweisen zu fördern und – mittel- und langfristig – höhere Krankenbehandlungskosten erzeugt.

Nach Ansicht der Volkssolidarität ist es sozialpolitisch nicht verantwortbar, diesen Weg weiter fortzusetzen. Stattdessen ist eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung für alle Bürgerinnen und Bürger erforderlich - unabhängig von ihrem jeweiligen Einkommen, von ihrem Geschlecht und Alter sowie ggf. von Art und Schwere ihrer Erkrankung oder gesundheitlichen Beeinträchtigung. Maßstab bleibt für uns, dass es für die gesundheitliche Versorgung keine sozial bedingten Zugangsbeschränkungen geben darf. Jeder soll im Bedarfsfall die Hilfe bekommen, die für die Erhaltung und Förderung seiner Gesundheit notwendig ist.

Zur Realisierung dieser Zielstellung bedarf es keines Gesundheitsfonds und keiner Zusatzbeiträge, sondern einer Fortentwicklung der paritätischen Finanzierung der GKV unter Einbeziehung aller Bürger und zusätzlicher Einkunftsarten. Gleichzeitig müssen wieder stärkere Vorkehrungen dafür getroffen werden, dass Menschen mit Einkommen unterhalb der Armutsrisikoschwelle – d. h. mit einem verfügbaren Haushaltseinkommen von 938 Euro pro Monat<sup>6</sup> und weniger – durch unkomplizierte Härtefallregelungen von höheren Belastungen ausgenommen werden.

## (2) Finanzierungs- bzw. Einnahmebasis der GKV sichern und erweitern

Mit dem vorgelegten Gesetzentwurf erfolgt zwar eine deutliche Umstellung bei den Finanzierungsmechanismen der GKV, insbesondere durch die Einführung des Gesundheitsfonds. Diese Umstellung ändert jedoch nichts an den Ursachen für die Einnahmeschwäche der GKV, d. h.

- am Rückgang der versicherungspflichtigen Beschäftigung (von 29 Mio. im Jahre 1993 auf 26 Mio. im Jahre 2006) durch Massenarbeitslosigkeit und die systematische Förderung von versicherungsfreien Minijobs und eines Niedriglohnssektors.
- an der von mehreren Bundesregierungen initiierten Politik der „Verschiebebahnhöfe“, die der GKV über Jahre hinweg Mittel entzogen hat, um den Bundeshaushalt zu entlasten und von Experten für die Jahre 2006 und 2007 mit 10,5 bzw. 10,6 Milliarden Euro veranschlagt wird<sup>7</sup> (dieser Betrag entspricht einem vollen Beitragssatzpunkt). Die Kürzung des Bundeszuschusses für 2007 ordnet sich in diese Politikrichtung ein.
- an der anhaltenden Aufspaltung des gesundheitlichen Versorgungssystems in die GKV für die Bezieher unterer und mittlerer Einkommen und die PKV mit der dadurch gegebenen und genutzten Möglichkeit, dass sich Bezieher hoher Einkommen dem Solidarsystem entziehen können.

Der Gesetzentwurf sieht in diesen Punkten keine wesentlichen Änderungen vor, die geeignet wären, der Einnahmeschwäche der GKV wirksam zu begegnen. Der Gesundheitsfonds leistet keinen Beitrag, um dieses Problem zu lösen, sondern schafft lediglich eine zusätzliche „Stellschraube“, um die Versicherten über die Zusatzbeiträge stärker finanziell heranzuziehen. Während abhängig Beschäftigte, Erwerbslose und Rentner somit höher belastet werden, bleiben die Versicherten der PKV weitgehend verschont.

Für kritikwürdig und nicht akzeptabel halten wir, dass die paritätische Finanzierung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber weiter ausgehöhlt und geschwächt wird. Während die Höhe der Arbeitgeberbeiträge und Arbeitnehmerbeiträge ab 01.01.2009 durch Verordnung von der Bundesregierung festgelegt wird, sollen die Arbeitnehmer mit privat zu leistenden Zuzahlungen und den Zusatzbeiträgen überwiegend allein Kostensteigerungen tragen.

Nach Auffassung der Volkssolidarität ist dieser Weg weder sozial gerecht noch dauerhaft geeignet, die Finanzierungsbasis der GKV zu sichern.

Wir halten längerfristig die Einbeziehung weiterer Bevölkerungskreise in die Finanzierung der GKV auf der Grundlage einer allgemeinen Versicherungspflicht (Bürgerversicherung) für notwendig<sup>8</sup>. Die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze, die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze sowie die Einbeziehung von Einnahmen aus Kapitalvermögen, Mieten und Pachten in die Finanzierung der Krankenversicherung sind dazu unumgänglich. Die private Krankenversicherung als Vollversicherung sollte langfristig aufgehoben und in eine Zusatzversicherung übergeleitet werden. Mit diesen Schritten wäre eine maßgebliche Entlastung des „Faktors Arbeit“ möglich, die auch den Versicherten zugute käme.

Mit Blick auf die kurzfristige Entwicklung im Zeitraum 2007-2009 fordert die Volkssolidarität, angesichts der nunmehr abschätzbaren Steuermehreinnahmen die Kürzung des Bundeszuschusses für 2007 rückgängig zu machen. Für die Folgejahre halten wir einen deutlich höheren Bundeszuschuss für erforderlich, als er gegenwärtig vorgesehen ist. Darüber hinaus schlagen wir vor, wie in den meisten EU-Mitgliedsstaaten üblich für Arzneimittel nur einen ermäßigten Mehrwertsteuersatz zu erheben.

Mit diesen Schritten könnte die Finanzlage der GKV spürbar verbessert, somit der Beitragssatz-Anstieg für die Versicherten deutlich abgebremst und auch die Arbeitgeber entlastet werden.

### (3) Versorgungsqualität nicht gefährden, sondern verbessern

Der vorliegende Gesetzentwurf beinhaltet widersprüchliche und teilweise kontraproduktive Weichenstellungen für die gesundheitliche Versorgung. Das verbal bekundete Ziel, den Wettbewerb in der GKV zu stärken und zu intensivieren, muss vor dem Hintergrund der beabsichtigten Veränderungen nach den Folgen für die Versicherten bzw. Patienten der GKV hinterfragt werden.

Die Anlage des Gesundheitsfonds, der Zusatzbeiträge, der unzureichenden steuerfinanzierten Zuschüsse durch den Bund sowie die vorgesehene Ausgestaltung des Risikostrukturausgleichs lassen begründete Zweifel aufkommen, dass sich ein Wettbewerb entwickeln kann, der primär auf eine bessere Qualität der gesundheitliche Versorgung gerichtet ist und entsprechende Wirkungen zum Vorteil der Patienten zeitigt.

Dagegen ist zu befürchten, dass sich der Wettbewerb auf die niedrigsten Kosten für die Leistungserbringung sowie auf die Bindung der jungen, gesunden und eher einkommensstarken Versicherten konzentriert. Daraus erwächst die Gefahr eines Unterbietungswettbewerbs zu Dumpingkonditionen, der die Qualität der Leistungserbringung in Frage stellt.

Im Ergebnis dieser Entwicklung ist verstärkt damit zu rechnen, dass Kassen ihre Leistungen auf ihre jungen und einkommensstarken Mitglieder ausrichten und zugleich teure Leistungen für chronisch kranke und ältere Menschen reduzieren oder – offen oder verdeckt – verweigern. Damit drohen bereits heute festzustellende Erscheinungen von Rationierung und Formen der Selektion, die sich an Alter, Gesundheitszustand und ggf. Behinderung orientieren, zu einer alltäglichen Praxis zu werden.

Für chronisch Kranke und für ältere Patienten, die auf ein zuverlässiges Leistungsangebot ihrer Krankenkasse angewiesen sind und z. B. entsprechende Chroniker-Programme nutzen, ist das Angebot zum Kassenwechsel wegen zu hoher Zusatzbeiträge kontraproduktiv. Sie geraten in die Zwickmühle, zwischen der „billigeren“ Kasse mit geringeren Leistungen und der „teuren“ Kasse mit den für sie notwendigen Leistungsangeboten wählen zu müssen.

Diese, aus unserer Sicht für die gesundheitliche Versorgung der Patienten nachteilige Wirkung wird durch Mängel in der Bestimmung der für einen krankheitsorientierten Risikostrukturausgleich maßgeblichen Kriterien (insbesondere Artikel 1 „Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, Nr. 180 „Morbiditätsgruppen“ § 268 SGB V sowie Artikel 38 „Änderung der Risikostrukturausgleichsverordnung, Nr. 6) verschärft.

Zur Kritik an diesen Regelungen verweisen wir auf die im Auftrag der Volkssolidarität und des Sozialverbandes Deutschland (SoVD) erstellte Expertise von Dr. Klaus Jacobs „Abschätzung der Auswirkungen der Gesundheitsreform der Großen Koalition und Empfehlungen im Interesse von Versicherten und Patienten der GKV“, die am 17.10.2006 in der Bundespressekonferenz vorgestellt wurde<sup>9</sup>.

Die Volkssolidarität unterstützt die in der Expertise getroffene Empfehlung:

„Wettbewerb um junge, gesunde und einkommensstarke Versicherte darf sich nicht lohnen, sondern allein erfolgreiches Bemühen um eine bessere Versorgung von Kranken. Dafür müssen die Handlungsanreize bei den Kassen noch stärker geschärft werden – insbesondere durch einen möglichst vollständigen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Dieser lässt sich – genauso wie vollständiger Finanzkraftausgleich – problemlos im bestehenden System ohne die Einrichtung eines zentralen Gesundheitsfonds umsetzen.“

Unter diesen Voraussetzungen halten wir weitere Schritte für mehr Qualität und Effizienz in der gesundheitliche Versorgung für notwendig: den Ausbau einer integrierten, ganzheitlichen gesundheitlichen Versorgung durch eine bessere Verzahnung ambulanter, teilstationärer und stationärer Leistungen. Solche strukturellen Änderungen sollen zugleich dazu beitragen, Über-, Unter- und Fehlversorgung abzubauen und Reserven zu erschließen. Dazu gehören aber auch deutlichere Schritte gegenüber der Pharmaindustrie.

In diesen Bereichen enthält der Gesetzentwurf nur unzureichende Ansätze.

#### (4) Gesundheitssystem auf demographische Anforderungen einstellen

Der Gesetzentwurf berücksichtigt demographische Anforderungen an das Gesundheitssystem der Bundesrepublik vorrangig unter dem Gesichtspunkt, dass eine wachsende Zahl älterer Menschen einen zusätzlichen Finanzbedarf erfordert. Dies ist zwar ein wichtiger Gesichtspunkt, der die Notwendigkeit eines solidarischen Systems der Finanzierung und Organisation der gesundheitlichen Versorgung zusätzlich verstärkt. Der Gesetzentwurf geht jedoch in dieser Hinsicht in die Gegenrichtung.

Darüber hinaus besteht die Herausforderung aber gerade darin, dass „zukünftig immer mehr ältere Menschen mit chronischen Krankheiten eine gute Behandlung und Pflege benötigen“<sup>10</sup>. Nach Einschätzung der Volkssolidarität wird der vorliegende Gesetzentwurf dieser Anforderung nur ungenügend gerecht.

Wir begründen diese Einschätzung mit den unter (1) und (2) dargestellten Wirkungen, aber auch daraus resultierenden weitergehenden Fragestellungen, z. B.

- ? Wie wirkt sich ein stärkerer Kostenwettbewerb künftig auf die gesundheitliche und pflegerische Betreuung älterer Menschen aus, wenn sie Krankenkassen angehören, die ggf. aus wirtschaftlichen Gründen in die Insolvenz gehen könnten?
- ? Was bedeutet ein stärkerer Kostenwettbewerb für die gesundheitliche und pflegerische Betreuung älterer Menschen in dünn besiedelten ländlichen Räumen?
- ? Welche Auswirkungen hat ein stärkerer Kostenwettbewerb auf die gesundheitliche und pflegerische Betreuung älterer Menschen, die in städtischen Ballungsräumen wie

Berlin oder Hamburg großen „Versorgerkassen“ wie AOK und BARMER, d. h. mit aus rein wirtschaftlicher Sicht ungünstigen Versichertenstrukturen angehören?

Bei dem Versuch einer Beantwortung solcher Fragen gelangen wir eher zu negativen Ergebnissen, die künftig auch die soziale und pflegerische Tätigkeit der von der Volkssolidarität betreuten älteren Menschen erschweren könnten.

Positiv steht dem gegenüber, dass zukünftig

- die *geriatrische Rehabilitation* (Artikel 1, Nr. 27) durch den neuen § 40 a im SGB V als Regelleistung zu erbringen ist (einschließlich in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 SGB XI)
- die Möglichkeiten für die *häusliche Krankenpflege* erweitert werden (Artikel 1, Nr. 22) durch eine Neufassung des § 37 SGB V. Damit soll der Bedarf des zu pflegenden Menschen und nicht der Ort der Leistungserbringung in den Vordergrund gestellt werden.
- die Möglichkeiten für die *Palliativversorgung* ausgeweitet werden (Artikel 1, Nr. 23 und Nr. 102) durch die neuen § 37 b und 132 d.
- die *Pflegeversicherung in die integrierte Versorgung einzubeziehen* (Art. 8, Nr. 40) ist und damit eine bessere Verzahnung von Leistungen der GKV und der Pflegeversicherung möglich werden soll.

Weil diese Neuregelungen ausdrücklich zu befürworten sind, wäre es jedoch umso bedauerlicher, wenn der jetzt mit dem GKV-WSG ausgeübte Kostendruck auf die Leistungserbringung dazu führen würde, dass diese Regelungen in der Praxis keine oder nur geringe Wirkung entfalten. Der Gesetzentwurf ist aus den genannten schwerwiegenden Gründen nach unserer Auffassung nicht geeignet, entsprechende Zweifel auszuräumen.

Ziel von Gesundheitspolitik muss es sein, die gestiegene Lebenserwartung, das Phänomen der Hochaltrigkeit, die zunehmend größere Differenzierung der geschlechtsspezifischen Alterserkrankungen, einschl. der wachsenden Zahl von Demenzkranken, bei der medizinischen und pflegerischen Versorgung der Menschen zu berücksichtigen.

Die von uns befürworteten Neuregelungen müssen daher im Zusammenhang mit einer Reform der Pflegeversicherung so wirksam werden können, dass sie es real ermöglichen, gesundheitliche Betreuung und Pflege der zu pflegenden Menschen zu verbessern. Nur wenn dies gesichert werden kann, sind auch die gesundheitspolitischen Herausforderungen für eine älter werdende Gesellschaft zu bewältigen.

### **III. Zu Einzelfragen des Gesetzentwurfs**

Ausgehend von der dargelegten Gesamtwertung des Gesetzentwurfs für ein GKV-WSG trifft die Volkssolidarität folgende Einschätzungen zu weiteren Einzelfragen:

#### **1. Versicherungsschutz**

Die Volkssolidarität begrüßt, dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf künftig für alle Bürger ein Krankenversicherungsschutz ermöglicht werden soll (Artikel 1, Nr. 2). Dies entspricht einer langjährigen Forderung, die auch von der Volkssolidarität erhoben wurde – insbesondere im Hinblick auf den Verlust des Krankenversicherungsschutzes bei einer Ablehnung von Anträgen zum Bezug von Leistungen nach dem SGB II sowie in vielen Fällen einer prekären Selbständigkeit.

## 2. Überforderungs- bzw. Ausnahmeregelungen

Wie bereits ausgeführt, lehnt die Volkssolidarität die an den Gesundheitsfonds gekoppelte Einführung von „kassenindividuellen Zusatzbeiträgen“ (Artikel 1, Nr. 161) grundsätzlich ab. Der Versuch, Härten durch Überforderungs- bzw. Ausnahmeregelungen zu mildern, könnte zwar als Ausdruck einer guten Absicht interpretiert werden, da insbesondere Anspruchsberechtigte auf Leistungen nach dem SGB XII durch eine Neuregelung des § 32 SGB XII zu Lasten der Träger der Sozialhilfe von den Zusatzbeiträgen verschont werden können. Darüber hinaus ist dieser Versuch jedoch insgesamt und unter dem Gesichtspunkt seiner Wirkungen als misslungen anzusehen.

Erstens macht die Beschränkung der Zusatzbeiträge auf maximal ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens die Belastung nicht an sich „sozialverträglich“. Mit dieser Regelung werden die Belastungen zwar anfänglich bei den unteren Einkommen gemildert, aber tendenziell in die darüber liegenden Einkommensgruppen verschoben. Außerdem ist zu befürchten, dass diese Grenze vom Gesetzgeber später auch höher angesetzt werden kann, um wachsende Kosten in der GKV abzufangen, ohne die Beiträge erhöhen zu müssen. Dafür sprechen verschiedene Äußerungen aus Regierungskreisen (z. B. von Kanzleramtsminister de Maiziere), die ab 2009 von der Bundesregierung per Verordnung festzulegenden Beiträge von Arbeitgebern und Arbeitnehmern über mehrere Jahre festzuschreiben. Somit können aus anfänglich kleinen Zusatzbeiträgen später große „Kopfpauschalen“ werden – je nach politischer Entscheidung.

Zweitens ist die für die Bezieher von Arbeitslosengeld II vorgesehene Regelung nicht akzeptabel, dass ihnen lediglich die Möglichkeit einer Minderung ihrer Belastungen durch einen Kassenwechsel in Aussicht gestellt wird (bei Übernahme des Zusatzbeitrages bis zur Versicherung in einer neuen Krankenkasse). Die zu niedrigen Regelsätze (345 Euro monatlich) sichern – wie z. B. vom PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband (Gesamtverband) mehrfach nachgewiesen – das soziokulturelle Existenzminimum bereits heute nicht ab. Die Erhebung von Zusatzbeiträgen durch Krankenkassen konnte aber bei der Festlegung der Regelsätze nicht berücksichtigt werden und führt daher zu einer weiteren Einkommenskürzung, wenn sie nicht erlassen wird. Darüber hinaus ist es für ALG-II-Bezieher, die sich eigentlich auf neue Perspektiven für eine Erwerbstätigkeit konzentrieren sollen, eine Zumutung, sie in ein Kassen – Hopping zu treiben, das auf längere Sicht zu keinem Ergebnis führen kann, weil über kurz oder lang alle Kassen Zusatzbeiträge erheben müssen. Da sich viele ALG-II-Bezieher bereits existentiell in Frage gestellt sehen und oft unter psychosomatischen Störungen leiden, ist die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung völlig ungeeignet, den Betroffenen wirklich zu helfen. Stattdessen wäre es notwendig, dass auch für ALG-II-Bezieher der Leistungsträger die Zusatzbeiträge übernimmt.

Drittens führen die weiteren Regelungen zur Begrenzung des Zusatzbeitrages auf ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens und zur möglichen Erhebung eines Zusatzbeitrages bis zur Höhe von acht Euro ohne Einkommensprüfung längerfristig zu einer Ausweitung der Zusatzbeiträge auf alle Krankenkassen. Es entsteht damit zugleich, wie in der Expertise von Dr. Jacobs nachgewiesen, eine „Überforderungsfalle“, die einen Mechanismus ständiger Erhöhungen der Zusatzbeiträge auslöst.<sup>11</sup>

## 3. Regelungen für chronisch Kranke

Die Absicht, die stärkere Nutzung von Vorsorgeuntersuchungen zur frühzeitigen Erkennung und Vermeidung chronischer Erkrankungen sowie therapiegerechtes Verhalten zu fördern, ist grundsätzlich zu unterstützen. Dies sollte jedoch nicht durch „Strafregelungen“ für chronisch Kranke erfolgen, denen vorrangig Einsparbestrebungen bei den Betroffenen zugrunde liegen, sondern vor allem über den Weg der Information und Aufklärung, über frühzeitig einsetzende Vorsorgemaßnahmen sowie über positive Anreize für die Versicherten, entsprechende Möglichkeiten wahrzunehmen.

Im Unterschied zur ursprünglichen Regelung, die in bestimmten Fällen bei chronischen Erkrankungen die Anwendung der Belastungsgrenze von einem Prozent ausschlossen, ist die jetzt im Gesetzentwurf enthaltene Regelung – sofern man sich an die Begründung für die Neufassung des § 62 SGB durch den Artikel 1, Nr. 37 hält – klarer umrissen und stärker eingegrenzt. Dennoch sehen wir die Gefahr, dass in der praktischen Anwendung der Ansatz des Strafens die Oberhand über die Setzung positiver Anreize gewinnt.

#### 4. Verschuldensprinzip

Die Volkssolidarität lehnt die Einführung eines Verschuldensprinzips, das in bestimmten Fällen Versicherte vom Anspruch auf Leistungen ausschließt, als ein Einfallstor für mögliche weitergehende Leistungskürzungen ab.

Die in Artikel 1, Nr. 31 vorgesehene Änderung des § 52 SGB V bezieht sich zwar auf einen begrenzten Kreis von Fällen (ästhetische Operation, Tätowierungen, Piercing), die als solche in der breiten Öffentlichkeit ohne nähere Betrachtung der Folgen auf Verständnis stoßen.

Es ist aber abzusehen, dass diese Fallkonstellationen – wie auch bereits gefordert – künftig ausgeweitet werden könnten, z. B. auf Sportunfälle. Dies würde eine Entwicklung begünstigen, bei der gesetzlich Versicherte verstärkt gezwungen werden, auf eine Absicherung zu verzichten oder private Versicherer in Anspruch zu nehmen.

#### 5. Leistungsausweitung

Die Volkssolidarität begrüßt und befürwortet im Gesetzentwurf enthaltene Leistungsausweitungen, was jedoch nicht als Zustimmung zum Gesetzentwurf insgesamt interpretiert werden kann.

Neben der erweiterten Absicherung des Krankenversicherungsschutzes und den bereits unter Punkt II, Abschnitt (4) dieser Stellungnahme genannten Maßnahmen bewerten wir insbesondere folgende Punkte positiv:

- den Anspruch auf *Leistungen des Impfschutzes* als Pflichtleistung der GKV in Artikel 1, Nr. 12 durch § 20 d SGB V
- den Anspruch auf *Vorsorgeleistungen im Rahmen von Mutter/Vater-Kind-Kuren* als Pflichtleistung der GKV in Artikel 1, Nr. 15 durch § 24 SGB V

Auch hier gilt jedoch, dass der Kostendruck auf die Leistungserbringer nicht zu einer restriktiven Gewährung der Leistungen führen darf.

#### 6. Prävention – gesundheitliche Förderung

Die Volkssolidarität begrüßt die in Artikel 1, Nr. 12 vorgesehene Erweiterung des § 20 SGB V im Sinne einer Weiterentwicklung von Prävention und gesundheitlicher Förderung.

Erweiterte Möglichkeiten für die betriebliche Gesundheitsförderung (§§ 20 a und 20 b) sollten dazu beitragen, dass ältere Arbeitnehmer mehr Chancen erhalten, gesund im Berufsleben zu verbleiben und nicht aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig ausscheiden zu müssen.

Die Regelungen zur Förderung der Selbsthilfe (§ 20 c) enthalten wichtige Präzisierungen und Vorgaben. Aus unserer Sicht ist jedoch darauf zu achten, dass der Charakter der Selbsthilfe nicht durch eine wachsende Abhängigkeit von Entscheidungen der Krankenkassen unterlaufen wird. Ferner besteht die Gefahr, dass Selbsthilfearbeit mit formalen und teilweise übermäßig bürokratischen Anforderungen überfordert wird.

Aus Sicht der Volkssolidarität sind über die im Gesetzentwurf enthaltenen Ansätze hinaus weitere Anstrengungen erforderlich, um Defizite bei der Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung abzubauen. Die Verstärkung des Präventionsansatzes im Gesundheitswesen sollte auch vorbeugende Maßnahmen gegen die erhebliche Zunahme

psychosomatischer Erkrankungen beinhalten. Für Kinder, Frauen, ältere, behinderte sowie sozial benachteiligte Menschen sind mehr und wirksamere spezifische Präventions- und Betreuungsangebote erforderlich. Dafür sollten in einem Präventionsgesetz Rahmenbedingungen geschaffen werden. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen können ein solches umfassendes Präventionsgesetz nicht ersetzen.

#### 7. Schnittstellen zwischen SGB V und SGB XI

Die Volkssolidarität anerkennt das Bemühen, mit dem Gesetzentwurf zu einer Klärung von bisher problematischen Schnittstellen zwischen SGB V und SGB XI beizutragen.

Allerdings erscheinen die dazu im Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen nicht immer klar. Ferner ist zu berücksichtigen, dass konkrete Festlegungen unter dem Vorbehalt entsprechender Entscheidungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss stehen.

#### 8. Gesundheitliche Versorgung in den neuen Ländern

Eine Gesundheitsreform sollte nach Ansicht der Volkssolidarität helfen, strukturelle Unterschiede in der Versorgungsqualität zwischen alten und neuen Bundesländern zu überwinden und sich abzeichnendem Ärztemangel in einigen ostdeutschen Regionen durch geeignete Maßnahmen entgegenzuwirken.

Die Volkssolidarität begrüßt entsprechende Neuregelungen, die mit dem Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz eingeführt werden und ab 01.01.2007 in Kraft treten. Aus unserer Sicht wird dies jedoch nicht ausreichen, um Versorgungsdefizite – vor allem in der ambulanten Versorgung in ländlichen Räumen – zu verhindern.

Nach wie vor sehen wir die Notwendigkeit, die Vergütung ärztlicher Leistungen in den neuen Ländern der in den alten Ländern anzugleichen, wobei vor allem dem deutlich höheren Arbeitsvolumen und krankheitsbedingten Faktoren im Patientenbestand Rechnung getragen werden muss. Wir befürworten ferner eine stärkere regionale Vernetzung von Gesundheitsleistungen, die auch mit einer besseren Verzahnung von Leistungen nach SGB V und SGB XI einhergehen sollte.

#### 9. Strukturen und Organisationsform der GKV

Nach Ansicht der Volkssolidarität muss eine Gesundheitsreform die Reformierung der Strukturen und Funktionsweisen der Selbstverwaltungsorgane des Gesundheitswesens, der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen einschließen. Strukturen müssen überschaubarer, Verwaltungsapparate verschlankt und Patientenrechte gestärkt werden.

Der Gesetzentwurf sieht dagegen eine deutliche Beschneidung der Selbstverwaltung bei den Krankenkassen vor (Entzug der Finanzautonomie). Befördert wird die Umwandlung der Krankenkassen von öffentlich-rechtlichen Körperschaften zu Unternehmen, die dem Recht des Handelsgesetzbuches – bis hin zur Insolvenz – unterworfen werden sollen. Dieser Weg zur „Verschlankung“ des Kassensystems dürfte kaum im Interesse der Versicherten liegen.

Gleichzeitig werden Entscheidungen verstärkt in die Kompetenz der Politik und eines von ihr in hohem Maße abhängigen Gemeinsamen Bundesausschusses verlagert. Diese Entwicklung lässt ernsthafte Zweifel aufkommen, ob damit den Interessen der Versicherten und Patienten gedient ist.

Der Gesundheitsfonds und der mit der Erhebung von Zusatzbeiträgen entstehende Aufwand schaffen mehr statt weniger Bürokratie. Für die Versicherten wird das Gesundheitssystem komplizierter statt einfacher. Auch hier zeigt sich, dass ein Reform-Neuansatz dringend notwendig wäre.

---

## **Anmerkungen**

<sup>1</sup> Forderungen der Volkssolidarität für eine sozial gerechte Gesundheitsreform 2006, Magdeburg, 6. Mai 2006, siehe [www.volkssolidaritaet.de](http://www.volkssolidaritaet.de)

<sup>2</sup> Siehe die im Auftrag der Volkssolidarität und des Sozialverbandes Deutschland (SoVD) vorgelegte Expertise von Dr. Klaus Jacobs *Abschätzung der Auswirkungen der Gesundheitsreform der Großen Koalition und Empfehlungen im Interesse von Versicherten und Patienten der GKV* vom 16.10.2006

<sup>3</sup> Gesundheit in Deutschland, Bericht des Robert-Koch-Instituts, Berlin 2006, S. 83 ff.

<sup>4</sup> Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland, Bundestags-Drucksache 16/2190 vom 6.7.2006, Seite 271

<sup>5</sup> Datenreport 2006 des Statistischen Bundesamtes in Zusammenarbeit mit dem WZB für Sozialforschung, dem Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA) und der Bundeszentrale für Politische Bildung, siehe auch Ärzte Zeitung vom 14.09.2006

<sup>6</sup> Dies ist laut 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung vom März 2005 der Betrag für einen Alleinstehenden.

<sup>7</sup> Nach Angaben des Fritz-Beske-Instituts für Gesundheits- und Systemforschung Kiel. Dazu zählen z. B. diverse Absenkungen bei Beiträgen von Arbeitslosengeld-, Arbeitslosenhilfe- (bis 2004) und Arbeitslosengeld-II-Beziehern.

<sup>8</sup> Für die Einführung einer Bürgerversicherung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – Positionen des Bundesvorstandes der Volkssolidarität (Beschluss vom 4. September 2004)

<sup>9</sup> Siehe dort S. 7 ff. Die Expertise bezieht sich zwar auf den Referentenentwurf vom 11. Oktober 2006, die dort angesprochenen Regelungen wurden jedoch aus dem Referentenentwurf in den vorliegenden Gesetzentwurf übernommen.

<sup>10</sup> Gesundheit in Deutschland (Zusammenfassung), Robert-Koch-Institut, Berlin 2006, S. 6

<sup>11</sup> Siehe Expertise von Dr. Klaus Jacobs, a. a. O., Seite 13 f.