

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

***Erster Teil: Gesetzliche Krankenversicherung***

**Berlin**

**2. 11. 2006**

Kontakt:

**Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) e.V.**

Fachbereich Gesundheit und Ernährung

**Markgrafenstr. 66, 10969 Berlin**

Tel. 030-25800432, Fax: 030-25800418

Email: [isenberg@vzbv.de](mailto:isenberg@vzbv.de), [etgeton@vzbv.de](mailto:etgeton@vzbv.de), [www.vzbv.de](http://www.vzbv.de)

## Allgemeiner Teil

Mit dem Entwurf für ein Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) hat die Koalition eines ihrer großen Reformprojekte auf den Weg gebracht. Um ein solches umfassendes Reformvorhaben bewerten zu können, muss im Sinne eines Bewertungsmaßstabes der Anspruch definiert werden, anhand dessen der konkrete Gesetzentwurf zu messen ist. Aus Sicht des Verbraucherzentrale Bundesverbandes (vzbv) müsste eine umfassende Reform des deutschen Gesundheitswesens vor allem an folgenden Punkten ansetzen:

1. Entschärfung des durch anhaltend hohe Arbeitslosigkeit und die absehbare demografische Entwicklung verursachten *strukturellen Einnahmeproblems der GKV*, indem die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherten in der Beitragserhebung besser berücksichtigt wird.
2. **Rückführung der versicherungsfremden Leistungen** bzw. angemessene Kompensation für die Wahrnehmung gesamtgesellschaftlicher, etwa familienpolitischer Aufgaben durch die gesetzliche Krankenversicherung, indem z.B. die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern durch eine gesetzlich gesicherte Abgabe getragen wird.
3. **Stärkung und Ausweitung des Solidarausgleichs** zwischen Gesunden, Jungen und Gutverdienern auf der einen und Kranken, Alten und Armen auf der anderen Seite durch die sukzessive Einbeziehung bisher privat Versicherter in die gesetzliche Ausgleichsgemeinschaft. Die deutsche Besonderheit, dass gerade gut Verdienende die Möglichkeit haben, sich dem Solidarausgleich zu entziehen, ist nicht mehr zeitgemäß.
4. **Modernisierung des Zugangs zum Versicherungsschutz** sowie der Mitgliedschaftsrechte und Beitragsgestaltung angesichts der Zunahme unsteter Erwerbsverläufe, prekärer Beschäftigungsverhältnisse und Kleinselbstständigkeit. Das bisherige Versicherungssystem ist auf die sich wandelnde Arbeitswelt nicht eingestellt.
5. **Verminderung des Anreizes zur einkommens- und gesundheitsbezogenen Risiko-selektion** durch Krankenkassen oder Versicherungsunternehmen. Dazu gehört auf der Seite der GKV, den Risikostrukturausgleich noch präziser an den Morbiditätsrisiken der Versicherten auszurichten. Für die private Krankenvollversicherung bedeutet dies, Gesundheitsprüfungen grundsätzlich auszuschließen.
6. **Schaffung verbindlicher und fairer Angebotsbedingungen für PKV und GKV**, durch die gesetzliche Verpflichtung zu einer modifizierten Form des Standard- oder Basisstarifs, der die Leistungen der GKV zu sozial angemessenen Beiträgen absichert und die PKV-Versicherten in den Risikostrukturausgleich einbezieht.
7. **Erhöhung der Transparenz bei der Einführung von Wahltarifen** für privat oder gesetzlich Versicherte. Souveräne und kompetente Verbraucherentscheidungen sind nur bei einer überschaubaren Anzahl marktweit gleicher und qualitätsgesicherter Alternativangebote möglich.

Damit ist der Rahmen abgesteckt, anhand dessen der vzbv den vorgelegten Gesetzentwurf bewertet.

Die allgemeine Zielsetzung des Gesetzentwurfes steht zu diesen Maßstäben nicht im Widerspruch und ist im Grundsatz zu begrüßen:

- Versicherungsschutz für alle Einwohner ohne Absicherung im Krankheitsfall in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung,
- Zugang der Versicherten zu allen medizinisch notwendigen Leistungen unter Einbeziehung des medizinischen Fortschritts, unabhängig von der Höhe der jeweils eingezahlten Beiträge,
- Weichenstellungen für die Beteiligung aller an der Finanzierung des Gesundheitssystems nach ihrer Leistungsfähigkeit durch Fortführung und Ausbau eines steuerfinanzierten Anteils,
- Qualitäts- und Effizienzsteigerung durch Intensivierung des Wettbewerbs auf Kassenseite insbesondere durch mehr Vertragsfreiheit der Kassen mit Leistungserbringern, Reformen der Organisation wie z.B. die Ermöglichung kassenartenübergreifender Fusionen sowie den neuen Gestaltungsmöglichkeiten im Rahmen der Einführung des Gesundheitsfonds,
- Qualitäts- und Effizienzsteigerung durch Intensivierung des Wettbewerbs auf Seiten der Leistungserbringer z.B. durch mehr Vertragsfreiheit in der ambulanten Versorgung, durch verstärkten Wettbewerb in der Arzneimittelversorgung sowie durch mehr Vertrags- und Preiswettbewerb in der Heil- und Hilfsmittelversorgung,
- Bürokratieabbau und mehr Transparenz auf allen Ebenen,
- Einstieg in die Sicherung der Nachhaltigkeit der Finanzierung der GKV bei Lockerung der Abhängigkeit vom Faktor Arbeit,
- Verbesserung der Wahlrechte und Wechselmöglichkeiten in der privaten Krankenversicherung durch anrechnungsfähige Ausgestaltung der Alterungsrückstellungen sowie Einführung eines Basistarifs in der PKV, der allen PKV-Versicherten, der PKV systematisch zuzuordnenden Personen und allen freiwillig Versicherten in der GKV offen steht.

Anspruch und Umsetzung klaffen jedoch bei dem vorliegenden Gesetzentwurf weit auseinander. Von einer nachhaltigen Finanzierung und einer Entlastung der Arbeitskosten kann ebenso wenig die Rede sein wie davon, dass die Angebotsbedingungen zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung auf eine faire Grundlage gestellt würden. Die systemimmanenten Ursachen, die in der Vergangenheit zum Verlust des Versicherungsschutzes führten, werden kaum beseitigt; und ob die geplanten Regelungen zur umfassenden Versicherung der gesamten Bevölkerung in der Praxis umsetzungsfähig sind, muss bezweifelt werden. Die Rolle des Wettbewerbs im Gesundheitswesen wird im Widerspruch zur Namensgebung des Gesetzes keineswegs grundsätzlich geklärt. Von einem „Wettbewerbsstärkungsgesetz“ wäre zu erwarten gewesen, dass es Antwort auf die Frage gibt, wie weit und an welcher Stelle der Wettbewerb der Akteure gehen kann, wo er gefördert bzw. ermöglicht werden soll, um eine effiziente Versorgung zu gewährleisten, und wo auf der anderen Seite die Sicherstellung der Versorgung dem Markt Grenzen setzen muss. Aus Verbrauchersicht ist Wettbewerb kein Wert an sich, sondern ein Instrument zur qualitativen Verbesserung der Versorgung. Ob jedoch die geplanten Maßnahmen zu diesem Ziel führen, kann angesichts des vorliegenden Gesetzentwurfes nicht durchgehend positiv beantwortet werden. Zentrale Fragen wie die Gestaltung der ärztlichen Vergütung, des Risikostrukturausgleichs oder des Leistungsrahmens im neuen PKV-Basistarif werden erst in den kommenden Jahren konkretisiert. Gerade hier liegen aber wesentliche Weichenstellungen für das Funktionieren des Wettbewerbs der Krankenkassen untereinander sowie zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern. Eine seriöse Bewertung muss sich daher eines abschließenden Urteils über die Gesamtreform so lange enthalten, wie diese zentralen Elemente nur in abstrakter Form vorliegen.

## **Stellungnahme**

Zu den einzelnen Maßnahmen der Reform, soweit die Belange der Verbraucherinnen und Verbraucher betroffen sind, nimmt der vzbv wie folgt Stellung:

- I. Finanzierung
- II. Organisation
- III. Versicherungs- und Leistungsrecht
- IV. Tarife und Einzelverträge
- V. Medizinische Versorgung, Qualität und Transparenz
- VI. Pflege

### **I. Finanzierung**

Einen „Einstieg in die Sicherung der Nachhaltigkeit der Finanzierung der GKV“ lassen die in dem Gesetzentwurf geplanten Maßnahmen nicht erkennen. Die Heranziehung anderer Einkommensarten neben Erwerbseinkommen wird – abgesehen von dem verminderten Steuerzuschuss zur GKV – nicht in Angriff genommen. Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze bleiben ebenso unangetastet wie der Kreis der Versicherten. Die strukturelle Einnahmeschwäche der GKV wird auch mit dem neuen Instrument „Gesundheitsfonds“ fortgeschrieben.

#### **1. Errichtung des Gesundheitsfonds (§§ 220, 271 ff. SGB V)**

Die Tatsache, dass der Gesetzgeber künftig über den Beitragssatz entscheidet, unterstellt die Einnahmesituation der Krankenkassen sachfremden politischen Strategien. Die Rolle des Staates in deutschen Gesundheitswesen wird dadurch eindeutig gestärkt, ohne dass über Sinn und Risiken einer solchen Veränderung eine gesellschaftliche Debatte stattgefunden hätte. Der geplante Gesundheitsfonds, in den alle Versicherten wie bisher nach ihrem Erwerbseinkommen einzahlen, setzt im Prinzip nur das in reale Zahlungsvorgänge um, was im bisherigen Risikostrukturausgleich virtuell schon passiert. Allerdings koppelt er die Einnahmesituation der Krankenkassen nunmehr komplett vom Einkommensprofil ihrer Versicherten ab. Für die Krankenkasse, die für jeden Versicherten nur einen bestimmten Kopfbetrag erhalten soll, ist es künftig unwichtig, wie viel das Mitglied in den Fonds eingezahlt hat. Wenn somit alle Anreize zur einkommensbezogenen Risikoselektion beseitigt werden, so verschärft sich mit Einführung des Gesundheitsfonds zugleich der Selektionsdruck im Hinblick auf die Morbidität, denn die Leistungsausgaben schlagen sich wie in einem Preis unmittelbar in dem geplanten zusätzlichen Versichertenbeitrag nieder. Obgleich sich die Wirkungen dieses verschärften Preiswettbewerbs derzeit kaum abschätzen lassen, ist zu befürchten, dass diejenigen Krankenkassen, die ihre wachsende Gestaltungskompetenz im Leistungsgeschehen zugunsten einer qualitativ besseren und damit zumindest kurzfristig teureren Versorgung der Patienten nutzen, das Nachsehen haben gegenüber den zwar billigen, aber in der Versorgung leichtgewichtigen Kassen. Der erwünschte Wettbewerb um bessere Qualität und Effizienz würde so zum reinen Kostenwettbewerb. Aus anderen Branchen ist indes bekannt, dass die Ausrichtung großer Systeme der Daseinsvorsorge auf kurzfristige betriebswirtschaftliche Erlöse eine nachhaltige Entwicklung des Systems insgesamt eher gefährdet als voranbringt. Eine wesentliche Frage an jedes Finanzierungsmodell ist daher, ob Risikoselektion im Wettbewerb weiterhin belohnt wird und wie sich die Morbidität der Versicherten in der Finanzierung der Krankenkassen künftig niederschlagen wird. Hier bleibt der Gesetzentwurf indes konkrete Antworten schuldig.

*Vorbehaltlich dieser grundsätzlichen Kritik am Gesundheitsfonds begrüßt der vzbv, dass dieser mit einer hundertprozentigen Deckung der Ausgabenlast der GKV starten wird. Jede Unterdeckung zu Beginn hätte den beschriebenen Kostendruck noch weiter erhöht. Der gesetzlich festgeschriebene Automatismus, wonach der Zusatzbeitrag der Versicherten nur bis zu fünf Prozent der Gesamtausgaben umfassen darf und bei höheren Kosten der Beitragssatz anzupassen sei, ist grundsätzlich zu befürworten, weil damit die einseitige Mehrbelastung der Versicherten zumindest begrenzt wird. Die administrative Ansiedelung des Fonds beim Bundesversicherungsamt und der Verbleib des Beitragseinzugs bei den Krankenkassen (§§ 28ff SGB IV) kann den Aufbau einer zusätzlichen Behörde vermeiden und ist zu begrüßen. Die geplante Übergangsregelung nach § 272 SGB V zur Entlastung der wohlhabenden Bundesländer setzt eine unnötige Bürokratie in Gang und sollte ersatzlos gestrichen werden.*

## **2. Zusatzbeitrag (§ 242 SGB V)**

Krankenkasse, die mit den Mitteln aus dem Gesundheitsfonds nicht auskommen, erhalten die Möglichkeit, von ihren Mitgliedern einen prozentualen oder pauschalen Zusatzbeitrag zu erheben. Damit ist – bis zum Erreichen der 5%-Grenze – zunächst einmal eine weitere einseitige Mehrbelastung der Versicherten verbunden, zusätzlich zum Beitrag nach § 241a SGB V. Erwirtschafteten Kassen Überschüsse, können sie diese an ihre Versicherten ausschütten. Obgleich den Krankenkassen eine pauschale oder einkommensbezogene Erhebung des Zusatzbeitrages freigestellt ist, wird der Wettbewerbsdruck dazu führen, dass ein einkommensbezogener Zusatzbeitrag die Ausnahme bleiben wird. Die prozentuale Belastung der Versicherten durch den Zusatzbeitrag wird daher je nach Einkommen unterschiedlich sein. Um angesichts dessen die Mehrbelastung von Versicherten mit geringen Einkommen zumutbar zu halten, legt der Gesetzentwurf eine Grenze von einem Prozent des beitragspflichtigen Einkommens fest, bis zu der ein Zusatzbeitrag erhoben werden könne. Diese soziale Abfederung wird jedoch wiederum dadurch konterkariert, dass eine entsprechende Einkommensprüfung erst dann einsetzt, wenn der Zusatzbeitrag die Höhe von acht Euro übersteigt. Um diese Härte für Menschen mit Grundsicherungseinkommen abzufedern, werden wiederum Ausnahmeregelungen geschaffen. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Änderungen des SGB XII lassen indes unklar, wer den Zusatzbeitrag entrichten soll, wenn die entsprechende Person über kein eigenes Einkommen oder lediglich über ein Taschengeld (z.B. Menschen in einer Werkstatt für Behinderte) verfügt. Der soziale, regulatorische und schließlich auch administrative Preis dieser „kleinen Kopfpauschale“ ist aus Verbrauchersicht durch nichts zurechtfertigen. Die Behauptung, dieser Zusatzbeitrag bilde die Effizienz der Krankenkasse ab und stelle für die Versicherten einen transparenteren „Preis“ für die Versicherungsleistung dar als der bisherige kassenindividuelle Beitragssatz, entbehrt jeder Grundlage. Die Beratungserfahrung der Verbraucherzentralen zeigt vielmehr, dass der Beitragssatz ein zureichendes finanzielles Unterscheidungsmerkmal für die Wahl einer Krankenkasse darstellt. Darüber hinaus haben mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) die Krankenkassen weitere Differenzierungsoptionen im Hinblick die Gestaltung der Versorgung bzw. der Tarifbedingungen erhalten, die die Fixierung der Auswahlentscheidung der Versicherten auf den Beitragssatz relativieren sollte. Diese begrüßenswerte Tendenz, dass Krankenkassen sich am Markt mit guten Versorgungs-, Bonus- und Tarifangebote positionieren, wird durch die neuerliche Fokussierung auf den Beitrag konterkariert.

*Der vzbv lehnt diese Regelung aus den genannten Gründen ab. Ferner ist nicht ersichtlich, weshalb die Reduktion des Kassenwettbewerbs auf maximal fünf Prozent der Leistungsausgaben zu einer Stärkung des Wettbewerbs führen soll. Aus Verbrauchersicht erscheint der bisherige Wettbewerb um den gesamten Beitrag allemal triftiger, zumal sich nur darin die Bemühungen der jeweiligen Krankenkasse um eine gute Versorgung ihrer Versicherten auch umfassend finanziell abbilden lässt.*

## **3. Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (§§ 266-272 SGB V, Art. 38 RSA-ÄV)**

Der Risikostrukturausgleich unter den Krankenkassen (RSA) gehört zu den zentralen Elementen der Reform, die in ihrer konkreten Ausgestaltung noch weitgehend offen sind. Entscheidend für den präzisen Morbiditätsausgleich sind die geplanten „Morbiditätsgruppen“. Dafür sollen 50 bis 80 Krankheiten definiert werden mit schwerwiegendem Verlauf bzw. kostenintensive chronische Krankheiten, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versichertem die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 Prozent übersteigen. „Die Krankheiten sollen eng abgrenzbar sein“, heißt es im Gesetzentwurf (RSA-AV § 31 Abs. 1 Satz 4). Je enger jedoch dieser Kreis gezogen wird, desto größer die Gefahr, dass bestimmte Erkrankungen nicht erfasst werden. Dies kann dazu führen, dass in den Versorgungsbemühungen der Krankenkassen künftig nach RSA-Relevanz von Krankheiten unterschieden wird. Die Anreize zur Risikoselektion würden dadurch nicht beseitigt, sondern nur verschoben, zumal der Risikopool für besonders kostenintensive Erkrankungen nach § 269 SGB V mit der Einführung des neuen RSA abgeschafft würde.

*Ein abschließendes Urteil über die Reform des RSA ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht möglich. Der vzbv fordert aber, die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen in angemessener Weise an der Ausgestaltung des RSA zu beteiligen. Dabei sind insbesondere auch die Belange des Datenschutzes bei der Ermittlung der alters- und risikobezogenen Zuschläge an die Krankenkassen zu berücksichtigen.*

#### **4. Steuerfinanzierung (§ 221 SGB V)**

Der vzbv hat sich stets dafür ausgesprochen, im Sinne einer größeren Lastengerechtigkeit neben Erwerbseinkommen auch anderer Einkommensarten in den Solidarausgleich einzubeziehen. Ob dies am unbürokratischsten über einen eigenen Beitrag auf Miet- und Zinseinkünfte oder über einen Steuerzuschuss zu erreichen wäre, ist eine technische Frage. Die Einnahmen der GKV aus Steuermitteln zu ergänzen, wäre indes nur dann nachhaltig, wenn ein solcher Zuschuss erstens auf eine gesetzlich gesicherte Basis gestellt und zweitens verhindert wird, dass sich die Leistungsfähigen ihrer Steuer- bzw. Beitragsschuld trickreich entziehen können. Angesichts der Tatsache, dass der erst 2004 eingeführte Zuschuss aus den Erträgen der Tabaksteuer durch Koalitionsbeschluss aus dem Jahr 2005 schon 2007 wieder abgesenkt wird, sind Zweifel an der Nachhaltigkeit einer solchen Steuerfinanzierung geboten. Will man den Steuerzuschuss für die GKV nicht der jeweiligen haushaltspolitischen Gesamtsituation anheim stellen, müsste er als zweckgebundene Abgabe oder durch ein eigenes Leistungsgesetz auf eine solide gesetzliche Grundlage gestellt werden. Dabei wäre auch zu klären, ob und wie bei einer entsprechenden Zwecksetzung privat Versicherte, die ja als Steuerzahler für die Finanzierung mit aufkommen, ebenfalls in den Genuss der entsprechenden Leistungen kommen.

*Der vzbv spricht sich dafür aus, bei der 2004 geplanten Zuführung von Mitteln aus der Tabaksteuer in die GKV zu bleiben und den Steuerzuschuss in Form einer zweckgebundenen Abgabe auszubauen.*



## II. Organisation

### 1. Neuorganisation der Krankenkassen, Verbandsstruktur (§§§ 171a, 212 ff. SGB V)

Die Profile der Krankenkassen müssen sich künftig mehr an Versorgungsaufgaben und -angeboten als daran orientieren, welche Berufsgruppen traditionell versichert wurden. Inwieweit der verschärfte Kosten- und Wettbewerbsdruck solche versorgungsbezogene Profilbildung erschwert oder erleichtert, ist indes fraglich. Die Zahl der Krankenkassen ist für die Versicherten so lange unerheblich, wie

- a) jede Krankenkasse für sich effizient wirtschaftet und der Wettbewerb genügend Anreize bietet, unnötige Ausgaben zu vermeiden,
- b) die Bildung von (regionalen) Mono- bzw. Oligopolen verhindert wird, gegebenenfalls auch durch geeignete kartellrechtliche Instrumente und
- c) keine Aufspaltung der Kassenlandschaft in teure Versorgerkassen für kranke und billige Krankenkassen für gesunde Versicherte stattfindet.

*Aus Verbrauchersicht spricht grundsätzlich nichts gegen die weitere Öffnung der Krankenkassen für den Wettbewerb um Versicherte und den Zusammenschluss der Krankenkassen auch kassenartenübergreifend. Dass sich in dieser Perspektive kassenartenspezifische Dachkörperschaften überlebt haben, liegt auf der Hand. Im Zuge der zu erwartenden Kassenfusionen und vor dem Hintergrund der angestrebten Insolvenzfähigkeit von Krankenkassen muss in jedem Fall sichergestellt sein, dass die Versicherten zu keinem Zeitpunkt ohne Versicherungsschutz und ihre Leistungsansprüche, auch im Hinblick auf das Krankengeld, unberührt bleiben.*

### 2. Gemeinsamer Bundesausschuss (§§ 91, 94, 135 SGB V)

Die geplante Reform des Gemeinsamen Bundesausschusses hat im Wesentlichen das Ziel, die Entscheidungsabläufe zu beschleunigen. Dies soll dadurch erreicht werden, dass die sechs bestehenden Beschlussgremien zu einem verkleinerten Gremium zusammengeführt und die Vertreter der Krankenkassen und Ärzte künftig hauptamtlich beim Bundesausschuss tätig sein sollen. Die Vielfalt der bisherigen Kompetenzen im vertragsärztlichen, psychotherapeutischen, zahnmedizinischen und stationären Bereich sollen dann von drei Ärztevertretern repräsentiert werden. Aus der Sicht des vzbv wäre statt dessen anzuraten, im Rahmen der bestehenden Struktur weitere Gesundheitsberufe, wie z.B. Pflegekräfte, etwa bei den Beratungen zur häuslichen Krankenpflege, Soziotherapie oder ambulanter Palliativversorgung in die Arbeit des Bundesausschusses kontinuierlich und verbindlich einzubeziehen sowie die Beteiligungsmöglichkeiten der Psychotherapeuten sachgerecht auch auf solche Bereiche der Versorgung zu erweitern, in denen ihre Kompetenz gefordert ist.

Mit der Reduzierung auch der Krankenkassen auf drei Vertreter vermindert sich automatisch auch die Zahl der Patientenvertreter von neun auf drei. Damit ist eine angemessene Repräsentation der differenzierten Patientenbelange nicht mehr gewährleistet. Die Hauptamtlichkeit der Kassen- und Ärztevertreter, ihre Ansiedlung in der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses führt praktisch dazu, dass die Sitzungen des Beschlussgremiums, die künftig in der Regel öffentlich stattfinden sollen, kaum Gelegenheit zur sachorientierten Diskussion bieten, sondern gänzlich vom Abstimmungsprozedere dominiert sein werden. Da aber die Patientenvertreter ohne Stimmrecht sind und somit Entscheidungen allein durch ihre Argumente beeinflussen können, werden durch die geplante Reform die Beteiligungsrechte der Patientenvertreter faktisch ausgehöhlt.

*Der vzbv lehnt daher diese Form der Neuorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses entscheiden ab. – Die weiteren geplanten Maßnahmen zur Straffung des Verfahrens (Auflagen-genehmigung durch das BMG und Fristsetzung für die Beschlussfassung) werden vom vzbv befürwortet.*

### 3. Ausbau der Patientenbeteiligung (§§ 140f + 140g SGB V)

Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD steht, dass „die Beteiligungsrechte der Patientinnen und Patienten auszubauen“ seien. Diesem Anspruch wird der vorliegende Gesetzentwurf nicht gerecht. In folgenden Bereichen sollte ein Ausbau der Patientenbeteiligung erfolgen:

- a) *Weiterentwicklung der Beteiligungsrechte* – Wenn im Jahr 2008 der Gemeinsame Bundesausschuss in veränderter Form seine Arbeit aufnimmt, sollte dies nicht geschehen, ohne das damit eine substantielle Weiterentwicklung der Beteiligungsrechte der Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss einhergeht. Ein sukzessiver Ausbau der Patientenbeteiligung könnte darin bestehen, die Patientenvertreter an Entscheidungen über die Arbeitsweise, den Aufbau und die Leitung des Gremiums künftig auch mit Stimmrecht zu beteiligen.

*Der vzbv fordert die Beteiligungsrechte der Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss durch ein Stimmrecht in Verfahrensfragen (Geschäftsordnung, Tagesordnung, Sitzungsprotokoll) zu ergänzen und sie bei der Auswahl des neutralen Vorsitzenden in angemessener Weise zu beteiligen.*

- b) *Unterstützung der Patientenorganisationen* – Die maßgeblichen Organisationen der Patientenvertretung lehnen nicht nur die Hauptamtlichkeit der Kassen- und Ärztevertreter ab, sie streben eine solche Struktur für sich selbst ebenfalls nicht an, weil damit die Glaubwürdigkeit der Patientenbeteiligung beschädigt würde. Um aber der Beschleunigung von Entscheidungsprozessen im Gemeinsamen Bundesausschuss – wie auch immer er ausgestaltet sein mag – entsprechen zu können, bedarf es einer gezielten Unterstützung der Patientenverbände bei der Wahrnehmung ihrer Beteiligungsrechte. Geschähe dies nicht, würde die erwünschte Professionalisierung der Arbeit der gemeinsamen Selbstverwaltung faktisch zu einer Beschneidung der Patientenbeteiligung führen, die sich in den vergangenen Jahren allseitig bewährt hat.

*Eine angemessene Unterstützung der maßgeblichen Organisationen der Patientenvertretung ist aus Sicht des vzbv unerlässlich, um den Koordinierungs- und Qualifizierungsbedarf abzudecken, der bei der Umsetzung der Patientenbeteiligungsverordnung nach § 140g SGB V bei den jeweiligen Organisationen, z.B. zur Herstellung des gesetzlich geforderten Einvernehmens, entsteht. Diese notwendige Unterstützung kann sich direkt an die maßgeblichen Organisationen richten oder über die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses erbracht werden. Dazu müsste dem Gemeinsamen Bundesausschuss eine solcher Unterstützung der Patientenvertretung ermöglicht werden. Entsprechende Regelungen wären in § 140f SGB V zu ergänzen.*

- c) *Patientenbeteiligung aus Landesebene* – In der Praxis hat sich gezeigt, dass die in den Landes-, Zulassungs- und Berufungsausschüssen behandelten Fragen nur einen Teil der für die Versorgung der Patientinnen und Patienten relevanten Themen umfassen. Weitere Beteiligungsoptionen auf Bundes-, aber insbesondere auf Landesebene sind dort einzuräumen, wo die Vertragspartner der Gemeinsamen Selbstverwaltung versorgungsrelevante Vereinbarungen aushandeln. Je nach Gegenstand kann hier zwischen Entscheidungs-, Beratungs- oder Verfahrensbeteiligung differenziert werden. Dazu gehören u.a.:
- Rahmen- und Gesamtverträge (§§ 82 ff.) sowie weitere Vereinbarungen zur finanziellen Bewertung ärztlicher und nichtärztlicher Leistungen auf Landesebene,
  - Strukturverträge (§§ 73a, b, c) sowie Verträge zur integrierten Versorgung (§§ 140a ff.),
  - Vereinbarungen und Institutionen zur ambulanten und stationären Qualitätssicherung auf Landesebene.



### III. Versicherungs- und Leistungsrecht

Das Maßnahmenbündel zur Reform des Versicherungs- und Leistungsrecht umfasst unterschiedliche Maßnahmen, die jeweils im einzelnen aus Sicht der Verbraucher zu bewerten sind.

#### 1. Absicherung im Krankheitsfall für alle Einwohner (§ 5 SGB V)

Ziel der Neuregelung der Versicherungspflicht ist es, bislang nicht versicherten Personen mit (legalem) Aufenthalt in Deutschland, sofern sie nicht der PKV zuzuordnen sind oder nach § 264 bzw. nach dem Asylbewerberleistungsgesetz versorgt werden, der Versicherungspflicht zu unterstellen. Die strikte Abgrenzung zwischen GKV und PKV, wie sie u.a. durch § 5a für die Bezieher von Arbeitslosengeld II realisiert wird, wirft jedoch zusätzliche Probleme auf; insbesondere für Personen, die zuvor privat versichert waren, aber derzeit nicht krankenversichert sind und dann Arbeitslosengeld II beziehen. Für diese Versicherte käme nur eine Versicherung zum Basistarif in Frage. – Zugleich wird der Mindestbeitrag für Kleinselbständige abgesenkt. Ziel einer gesetzlichen Regelung müsste es aber sein, Selbständigen mit dauerhaft niedrigem oder prekärem Einkommen eine Versicherungsperspektive in der GKV zu eröffnen.

*Der vzbv begrüßt die Zielsetzung dieser Gesetzesänderung, regt jedoch an, auch für den bisher nach § 264 SGB V versorgten Personenkreis eine Pflichtversicherung in der GKV zu prüfen. Notwendig wäre ferner nicht nur ein Rückkehrrecht für Menschen ohne Krankenversicherung, sondern auch eine weitere Absenkung des Mindestbeitrags in der GKV für gering verdienende Selbständige, um dem Verlust des Versicherungsschutzes vorzubeugen. Der Mindestbeitrag zur GKV sollte sich auch für diesen Personenkreis am verfügbaren Einkommen orientieren.*

#### 2. Verlängerung der Versicherungspflicht (§ 6 SGB V)

Die Regelung zielt darauf, den Wechsel von Personen mit Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze in die PKV zu verzögern. So können Personen mit einem solchen Einkommen die GKV erst nach drei Jahren verlassen.

*Aus des vzbv ist die Stärkung des verpflichtenden Charakters der Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten zu begrüßen.*

#### 3. Erleichterung der Kostenerstattung (§ 13 SGB V)

Durch den Gesetzentwurf erhalten die Versicherten die Möglichkeit, im Einzelfall zu entscheiden, ob sie anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung für Leistungen zugelassener oder ermächtigter Leistungserbringer wählen. Gleichzeitig entfällt für die gesetzlichen Krankenkassen die Verpflichtung, die Versicherten vor ihrer Entscheidung zu beraten, ebenso wie die Mindestbindung des Versicherten an die Kostenerstattung von einem Jahr. Offenbar erkennt aber der Gesetzgeber die Gefahr, dass die Option der Versicherten von den Leistungserbringern für eine medizinisch nicht begründete Ausweitung des Leistungsangebotes missbraucht wird. Schon heute drängen manche Ärzte bzw. Arztgruppen ihre Patienten in die Kostenerstattung, um die erbrachten Leistungen privat abrechnen zu können. Die Erfahrung der Verbraucherberatung zeigt, dass Patienten im Zuge der Kostenerstattung von Leistungserbringer zu zum Teil medizinisch nicht notwendigen Maßnahmen überredet werde und dafür die Kosten selbst zu tragen haben. Der Appell an die „höhere Verantwortung für Leistungserbringer“ (Begründung) läuft daher ins Leere. Besser wäre es, den Leistungskatalog der GKV dynamisch weiterzuentwickeln, so dass wirkliche Innovationen allen Versicherten zugute kommen.

*Der vzbv lehnt die geplante Regelung zur Ausweitung der Kostenerstattung ab. Die Beratungspflicht der Krankenkassen sollte erhalten bleiben.*

#### **4. Neue Leistungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (§§ 11, 37b, 40a, 41, 132d SGB V)**

Die Einführung eines Leistungsbereichs „Versorgungsmanagement“ soll sicherstellen, dass Schnittstellenprobleme möglichst vermindert werden. Die Aufnahme der Palliativversorgung, der geriatrische Rehabilitation und von Mutter-Vater-Kind-Kuren in die Leistungspflicht der Krankenkassen kommt der Sorge, dass diese bislang freiwilligen Leistungen im verschärften Kassenwettbewerb auf der Strecke bleiben könnten, zuvor und sichert den Leistungsanspruch der Versicherten gesetzlich ab.

*Der vzbv begrüßt diese Regelungen.*

#### **5. Leistungseinschränkungen (§ 52 Abs. 2 SGB V)**

Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass es zu Leistungseinschränkungen bei selbst verschuldeten Komplikationen, wie Schönheitsoperationen und Piercing kommen soll. Die genaue Ausgestaltung dieser Vorschrift bleibt indes unklar, z.B. wie die „angemessene Beteiligung“ an Behandlungskosten, die sich aus einem nicht medizinisch indizierten Eingriff ergeben, aussieht. Offen bleibt ferne, wie und für welche Eingriffe eine zusätzlich private Absicherung notwendig ist. Gleichzeitig bestehen für eine derartige Zusatzversicherung die üblichen Zugangsprobleme für Menschen mit einem Vorrisiko. Die Definition einer nicht indizierten Behandlung ist nicht hinreichend konkretisiert und lässt Weiterungen auch über die genannten Beispiele hinaus zu. Blicke die Regelung auf Piercing, Tätowierungen und Schönheitsoperationen beschränkt, wäre ihre Bedeutung im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit ohnehin marginal.

*Die Regelung eröffnet den Weg zu Leistungsausschlüssen mit Bezug auf die Ursachen einer Erkrankung. Das widerspricht dem Solidar- und Finalprinzip der GKV und wird daher vom vzbv abgelehnt.*

#### **6. Belastungsgrenze bei Zuzahlungen (§ 62 SGB V)**

Mit dem GMG sind die Zuzahlungen für Patienten drastisch erhöht worden. Als Begründung für diese einseitige Belastung der Patienten wurde angekündigt, dass auf der Basis dieser erhöhten Eigenbeteiligung Optionen für Bonusangebote durch die Krankenkassen eröffnet würden, z.B. für die Teilnahme an neuen Versorgungsformen oder sinnvollen Früherkennungsmaßnahmen. Die Zuzahlungen sollten auf diese Weise eine differenzierte Steuerwirkung entfalten. Von dieser Möglichkeit haben die Krankenkassen zum Teil Gebrauch gemacht, allerdings standen bei vielen Bonusprogrammen nach § 65a SGB V nicht Versorgungsfragen, sondern Marketing im Vordergrund. An dieser Stelle hätte der Gesetzgeber ansetzen und die Bonusangebote auf sinnvolle Maßnahmen im Versorgungskontext fokussieren sollen. Statt dessen verschärft die Koalition die Härtefallregelung für Zuzahlungen, die sich in ihrer Ausgestaltung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss inzwischen eingespielt und weitgehend bewährt hat. Sie dient dazu, die Belastung durch Zuzahlungen für Menschen mit schwerwiegenden chronischen Erkrankungen auf ein Prozent des Bruttoeinkommens (gegenüber zwei Prozent) zu begrenzen und hat damit im Kern die Funktion, soziale Härten abzumildern. Eine verhaltenssteuernde Komponente, so begrüßenswert sie auch im Hinblick auf Eigenvorsorge und Prävention sein mag, ist in diesem Kontext deplaziert.

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass chronisch kranke Menschen die für sie verringerte Belastungsgrenze bei den Zuzahlungen nur dann in Anspruch nehmen können, wenn sie regelmäßig an Gesundheitsuntersuchungen (nach § 25 Abs. 1 und 2) teilgenommen haben oder an einem strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen. Erkrankt ein Versicherter an einer Krebsart, für die eine Früherkennungsmaßnahme angeboten wurde, an der er nicht teilgenommen hat, so

erlischt sein Anspruch auf sie weitergehende Zuzahlungsentlastung. Diese Regelung dürfte kaum verhaltenssteuernde Wirkung entfalten, weil der Anreiz – im Unterschied zum Bonus – in ferner Zukunft liegt und außerdem das Eintreten der Krankheit voraussetzt, deren Früherkennung unterstützt werden soll. Darüber hinaus ist unklar, welche der sekundärpräventiven Maßnahmen nach § 25 SGB V evidenzbasiert so zweifelsfrei zu empfehlen sind, dass man daran einen entsprechenden Sanktionsmechanismus knüpfen könnte. Selbst die Sinnhaftigkeit der Mammografie ist durch jüngste Studien des europäischen Cochranezentrums in Zweifel gezogen worden. Abgesehen von den ethischen Bedenken, Menschen mit einer Krebsdiagnose zusätzlich mit einem Zuzahlungsmalus zu belegen, stößt die Regelung daher auf erhebliche methodische Probleme. Mit „Primärprävention“, wie in der Begründung behauptet, hat diese Maßnahme jedenfalls nichts zu tun.

Ferner plant die Koalition, dass künftig die zur Zuzahlungsbefreiung notwendige Bescheinigung des Arztes eine Bestätigung über das „therapiegerechte Verhalten“ des Patienten enthalten muss, das beispielsweise in der Teilnahme an einem Disease-Management-Programm bestehen kann, sofern ein solches für die jeweilige Krankheit besteht. In den anderen Fällen „bestimmt der behandelnde Arzt die geeignete Therapie“, wie es in der Begründung heißt. Diese Regelung fällt hinter das, was bisher über ein partnerschaftliches Arzt-Patient-Verhältnis unter der Überschrift „shared decision making“ entwickelt wurde, weit zurück und reaktiviert das alte paternalistische Rollenverständnis des Arztes als Alleinentscheider und Kontrolleur des Patienten.

*Der vzbv lehnt die Änderungen im § 62 SGB V entschieden ab. Statt dessen sollte in § 65a SGB V eine Fokussierung der Bonusprogramme auf sinnvolle Verhaltensanreize im Bereich von Früherkennung und Versorgung eingeführt werden.*

## **7. Unabhängige Patientenberatung (§ 65b SGB V)**

Die Regelung zur Förderung der unabhängigen Patientenberatung bleibt in ihrer Substanz unangetastet. Es wird lediglich, der Logik des Gesetzes folgend, der neue Spitzenverband der Krankenkassen für die Umsetzung des Modellvorhabens nach § 65b verantwortlich gemacht. Die Anteile für die Finanzierung des Modellvorhabens sollen vom Spitzenverband Bund von jeder einzelnen Mitgliedskasse entsprechend einer stichtagsbezogenen Mitgliederzahl eingezogen werden. Die PKV ist derzeit an der Finanzierung der Patientenberatung in keiner Weise beteiligt, obgleich auch privat Versicherte diese Leistung in Anspruch nehmen. In der ersten Modellphase entsprach die Zahl der privat versicherten Ratsuchenden ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung.

*Als einer der Gesellschafter der Unabhängige Patientenberatung Deutschland gGmbH, die das Modellvorhaben nach § 65b seit April 2006 durchführt, regt der vzbv an, die Förderung direkt aus Finanzmitteln des Fonds zu bestreiten, um unnötigen administrativen Aufwand zu vermeiden. Der vzbv fordert ferner, dass sich auch die PKV sich an der Finanzierung in angemessener Weise beteiligt. Dem Anteil der privat Versicherten entsprechend hätte die PKV einen Beitrag in Höhe von 500.000 Euro pro Jahr beizusteuern.*

#### IV. Tarife und Einzelverträge

##### 1. Wahltarife (§ 53 SGB V)

Eines der zentralen Anliegen der Koalition zur Stärkung des Wettbewerbs der Krankenkassen ist der Ausbau der versichertenbezogenen Tarifoptionen. Aus Verbrauchersicht sind derartige Wahlmöglichkeiten grundsätzlich zu begrüßen, weil sie dem einzelnen mehr Gestaltungsspielraum eröffnet. Allerdings darf dieser nicht zu Lasten des in der GKV elementaren Solidarprinzips gehen. Ferner müssen Tarife vergleichbar und in ihrem Inhalt transparent sein. Souveräne und kompetente Verbraucherentscheidungen sind nur bei einer überschaubaren Anzahl marktweit gleicher und qualitätsgesicherter Alternativangebote möglich. Das Tarifchaos in der PKV darf unter keinen Umständen auf die GKV übertragen werden. In diesem Sinne sind die unterschiedlichen Regelungen in § 53 SGB V differenziert zu beurteilen.

- a) *Selbstbehalte* (§ 53 Abs. 1f) und *Kostenerstattung* (§ 53 Abs. 4) werden in der Regel von Versicherten in Anspruch genommen, die sich davon einen finanziellen Vorteil versprechen: junge, gesunde Mitglieder mit höherem Einkommen. Wenn der Tarif die gewollte Bindungswirkung für freiwillig Versicherte an die GKV entfalten soll, wird er der jeweiligen Krankenkasse zwangsläufig Geld entziehen. Untersuchungen haben ferner gezeigt, dass die verhaltenssteuernden Wirkungen im Sinn einer reduzierten Inanspruchnahme von Leistungen eher kurzfristig, die Mitnahmeeffekte aber erheblich sind. Es erscheint daher unwahrscheinlich, dass ein freiwilliges Angebot von Selbstbehalttarifen für die Krankenkassen kostenneutral (§ 53 Abs. 8) durchzuführen ist. Die Notwendigkeit einer Mindestbindung an Tarif und Krankenkasse von drei Jahren (§ 53 Abs. 7) schränkt auf der anderen Seite die Wahlfreiheit der Versicherten wieder ein.
- b) *Prämienzahlungen* oder Zuzahlungsermäßigungen für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen (§ 53 Abs. 3) sind sinnvoll und entsprechen dem Ansatz, Bonusangebote stärker an Versorgungsfragen auszurichten. Solche Tarife wären gerade für chronisch kranke Menschen interessant.

*Der vzbv lehnt Selbstbehalt- und Kostenerstattungstarife ab. Prämien für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen sind zu begrüßen. Ein ergänzendes Tarifangebot für Beamte mit Beihilfeanspruch fehlt, sollte aber aus Sicht des vzbv eingeführt werden, um Beamten den Weg in die GKV zu eröffnen.*

Bisher ist den Krankenkassen nicht gestattet, Arzneimittel oder Behandlungsmethoden, die von der Erstattung ausgeschlossen sind, ihren Versicherten im Rahmen von Satzungsregelungen gleichwohl anzubieten. In § 194 Abs. 2 Satz 2 werden auch Satzungsleistungen auf den Rahmen des SGB V beschränkt. Diese Regelung dient dem Schutz der Versicherten vor einer medizinisch unbegründeten, angebotsinduzierten Leistungsausweitung. Gleichwohl hat der Ausschluss nichtverschreibungspflichtiger Arzneimittel durch das GMG (§ 34 Abs. 1) den Zugang der Patienten etwa zu Medikamenten der besonderen Therapierichtungen stark eingeschränkt. Auch andere Leistungen der besonderen Therapierichtungen, wie etwa die Akupunktur werden von den Verbrauchern stark nachgefragt, können aber nur sehr eingeschränkt von Krankenkassen übernommen werden.

*Der vzbv schlägt vor, § 53 SGB V um eine Regelung zu ergänzen, die den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet, Angebote der besonderen Therapierichtungen im Rahmen einer Satzungsregelung auch dann zu erbringen, wenn diese nicht oder noch nicht als Leistungen des GKV zugelassen sind. In § 194 SGB V wäre im Abs. 2 Satz 2 zu streichen oder entsprechend anzupassen.*

## 2. Vertragsoptionen der Krankenkassen (§§ 73b, c, 140a ff. SGB V)

Den Krankenkassen werden weitere Möglichkeiten zum Abschluss von Einzelverträgen mit Leistungserbringern, insbesondere im Bereich der hausarztzentrierten und integrierten Versorgung eröffnet. Damit werden die Krankenkassen in die Lage versetzt, ihr Angebotsprofil durch innovative Versorgungsformen zu ergänzen; die Monopolstellung des ambulanten Gesamtvertrages wird dadurch schrittweise aufgehoben. Aus Sicht von Versicherten und Patienten steht die Qualität dieser Versorgungsangebote im Vordergrund; sie erwarten eine möglichst an den Patientenbedürfnissen orientierte Behandlung, die Vermeidung von Schnittstellenbrüchen und zugleich größtmögliche Entscheidungsfreiheit bei der Wahl der Leistungserbringer.

Der Begriff der „bevölkerungsbezogenen Flächendeckung“ in der integrierten Versorgung ist in hohem Maße interpretationsbedürftig. Sinnvoll wäre statt dessen oder ergänzend, die Versorgung von Menschen mit besonders komplexen Versorgungsbedarfen (z.B. psychisch kranke oder pflegebedürftige Menschen) in den Mittelpunkt der integrierten Versorgung zu stellen, weil sie von einer Integration der verschiedenen gesundheitlichen Leistungen besonders profitieren und so zudem Effizienzgewinne zu erzielen sind.

Bei der Vielzahl der bereits geschlossenen und zu erwartenden Einzelverträge ist darauf zu achten, dass die Versorgung insbesondere für chronisch kranke Menschen, die sich dauerhaft im System bewegen, übersichtlich und handhabbar bleibt. Neben DMP-, Hausarzt- und Verträgen zur integrierten Versorgung, die jede Krankenkasse in Eigenregie ausgestaltet, treten in Zukunft verstärkt auch solche zur Arznei- und Hilfsmittelversorgung. Verbunden ferner mit kassenspezifischen Wahlтарifen nach § 53 SGB V entsteht so ein Geflecht von Verbindlichkeiten zwischen Krankenkasse, Leistungserbringern und Versichertem, das geeignet sein kann, die Arzt- und Kassenwahl der Verbraucher wiederum stark einzuschränken. Mehr Wettbewerb zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern würde so die Kundensouveränität von Versicherten und Patienten mindern. Obgleich Selektivverträge immer zunächst mit einer Einschränkung der Arztwahl einhergehen, sind solchen Einbußen in der Wahlfreiheit aus Verbrauchersicht nur akzeptabel, wenn dafür eine qualitativ hochwertige und in ihren Prozessen optimierte medizinische Versorgung geboten und diese bessere Qualität auch transparent gemacht wird.

*Darum ist es aus Sicht des vzbv bei der Entwicklung und Umsetzung solcher Selektivverträge unbedingt erforderlich,*

- *Patientenorganisationen im Zuge des Vertragsabschlusses das Recht zur Einsicht und zur Stellungnahme in die Verträge zu gewähren,*
- *die qualitative Substanz der Verträge offen zu legen oder zumindest durch eine neutrale Instanz bewerten zu lassen,*
- *die Versorgungsangebote einem Verfahren des externen Qualitätsvergleichs zu unterwerfen und diese Ergebnisse der Institution nach § 137a SGB V zur öffentlichen Darstellung zu überantworten.*



## V. Medizinische Versorgung, Qualität und Transparenz

### 1. Arzneimittelversorgung (§§ 31, 35b, 73d, 84, 129, 130, 130a, 140a, 305a)

Mit dem Jahr 2004 ist aufgrund des GMG ein Bündel von Maßnahmen zur Kostendämpfung im Arzneimittelbereich in Kraft getreten. Im April 2006 kamen dann weitere Regelungen durch das Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeits-Gesetz (AVWG) hinzu. Der vorliegende Entwurf zum GKV-WSG bringt nun weitere Vorschriften auf den Weg. Die Regelungsdichte im Bereich der Arzneimittelversorgung nimmt damit ein kaum mehr verhältnismäßiges Ausmaß an. Dabei hat die Einbeziehung auch patentgeschützter Arzneimittel in die Festbetragsregelung (GMG) die in Deutschland bestehende freie Preisbildung der Arzneimittelhersteller bereits deutlich eingeschränkt. Mit der geplanten Maßnahme zur Festsetzung von Höchstpreisen für Arzneimittel außerhalb des Festbetrages wird der letzte Rest unregulierter Preisbildung praktisch beseitigt, ohne damit jedoch die Regulierungsdichte zu reduzieren. Aus Verbrauchersicht ist aber die freie Festsetzung der Arzneimittelpreise kein Wert an sich. Es stellt sich daher die Frage, weshalb nicht generell Preise für Arzneimittel zwischen Herstellern, Kostenträgern und Staat bzw. einem neutralen Dritten ausgehandelt werden, wie es z.B. in Frankreich geschieht.

Zu den einzelnen Regelungen nimmt der vzbv wie folgt Stellung:

- a) *Höchstbetrag zur Erstattung von Arzneimitteln ohne Festbetrag* (§ 31 Abs. 2a SGB V) – Künftig sollen die Krankenkassen gemeinsam und einheitlich für Arzneimittel, die keiner Festbetragsgruppe eingeordnet werden können, einen Höchstbetrag festsetzen; dies kann, muss aber nicht im Einvernehmen mit dem entsprechenden Unternehmen geschehen. Grundlage der Entscheidung ist eine Kosten-Nutzen-Bewertung durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Bleibt der Arzneimittelhersteller mit seinem Preis über dem Erstattungshöchstpreis der Krankenkassen, muss der Patient die Differenz selbst zahlen. Diese Regelung birgt für bestimmte Patientengruppen erhebliche finanzielle Risiken.

*Der vzbv regt an, die Regelung dahingehend zu modifizieren, dass Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Arzneimittelherstellern, gegebenenfalls unter Beteiligung einer neutralen Schiedsstelle, einer einseitigen Preisfestsetzung in jedem Fall vorausgehen müssen.*

- b) *Kosten-Nutzen-Bewertung durch das IQWiG* (§ 35b SGB V) – Das IQWiG erhält zusätzlich zur Nutzenbewertung nun auch den Auftrag, den Zusatznutzen von Arzneimitteln auch im Hinblick auf andere Behandlungsmethoden wirtschaftlich zu beurteilen. In der Begründung wird klargestellt: „Die Kosten-Nutzenbewertung soll die Belange der Patienten, aber auch die der Kostenträger angemessen berücksichtigen. Beim Patientennutzen sollen insbesondere eine Verlängerung der Lebensdauer, die Verbesserung der Lebensqualität und die Verkürzung der Krankheitsdauer berücksichtigt werden. Bei der wirtschaftlichen Bewertung sollen neben dem Patientennutzen auch die Angemessenheit und Zumutbarkeit einer Kostenübernahme durch die Versichertengemeinschaft angemessen berücksichtigt werden.“ Dabei sind internationale methodische Standards zu berücksichtigen, externer medizinischer Sachverstand, Patientenorganisationen und Hersteller angemessen zu beteiligen.

*Der vzbv hat gegen diese Regelung keine prinzipiellen Einwände. Fraglich bleibt allerdings, ob die Evidenzlage insbesondere im Bereich der Versorgungsforschung eine umfassende Bewertung der Wirtschaftlichkeit erlaubt, die notwendig ist, um auf dieser Basis Versorgungsentscheidungen, wie etwa die Festsetzung eines Höchstpreises für Arzneimittel, zu rechtfertigen. Krankenkassen sollten daher gesetzlich ermöglicht werden, entsprechende Versorgungsstudien durchzuführen.*

- c) *Verordnung besonderer Arzneimittel nach Zweitmeinung (§ 73d SGB V)* – Die Regelung bezieht sich insbesondere auf gentechnisch entwickelte und biotechnologisch hergestellte Arzneimittel und andere hochwirksame, neue Arzneimitteltherapien und Verfahren und sieht vor, dass diese nur nach Bestätigung durch einen Arzt „für besondere Arzneimitteltherapie“ (Abs. 2) verordnet werden können. Die Verschreibung dieser Präparate würde dann auch als Praxisbesonderheit berücksichtigt. Auf die Benennung dieser Spezialärzte sollen sich Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen einigen; ist dies nicht möglich und versprechen sich die Krankenkassen ein besseres Ergebnis, können sie auch einseitige Verträge mit solchen Medizinern machen.

*Der vzbv hat gegen diese Regelung keine prinzipiellen Einwände; die Bestellung der „Ärzte für besondere Arzneimitteltherapie“ sollte jedoch nicht einseitig erfolgen können.*

- d) *Arzneimittelrabattverträge (§§ 84, 129, 130, 130a, 140a Abs. 1 SGB V)* – Durch ein ganzes Bündel von Maßnahmen werden Krankenkassen, Apotheker und Arzneimittelhersteller in die Lage versetzt, durch Preis- bzw. Rabattverhandlungen Kosteneinsparungen in der Arzneimittelversorgung zu erzielen.

*Der vzbv begrüßt im Grundsatz die Ergänzung regulatorsicher Maßnahmen durch wettbewerbliche Instrumente zur Steigerung der Kosteneffizienz in der Arzneimittelversorgung.*

*Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass*

- *medizinische Gesichtspunkte der Verordnung von Arzneimitteln nicht durch ökonomische überlagert werden dürfen,*
- *bei Apothekern nach dem Verbot der Naturalrabatte nicht neuerlich Anreize entstehen, Arzneimittel aus rein betriebswirtschaftlichen Gründen abzugeben und*
- *der Preiswettbewerb im Generikabereich nicht zu wettbewerbswidrigen Konzentrationsprozessen führen darf.*

- e) *Arzneimittelabrechnungsdaten (§ 305a SGB V)* – Das Verbot der Weitergabe der Arzneimittelabrechnungsdaten zu anderen als den gesetzlich bestimmten Zwecken wird vom vzbv begrüßt.

- f) *Auseinzelung von Arzneimitteln (§ 10 AMG)* – Die Möglichkeit zur Herausgabe kleiner Arzneimittelmengen darf aus Sicht des vzbv keinesfalls auf Kosten der Arzneimittelsicherheit gehen. Ferner muss geklärt sein, wer im Fall von Schäden, die sich aufgrund der Auseinzelung ergeben haben, haftet.

## **2. Heil- und Hilfsmittelversorgung (§§ 33, 36, 125-127 SGB V)**

Der Gesetzentwurf sieht eine verstärkte Ausschreibung von Hilfsmitteln vor. Damit soll der Preiswettbewerb im Hilfsmittelbereich gefördert werden.

*Grundsätzlich ist die Förderung von Wettbewerb bei Hilfsmittelpreisen zu befürworten. Allerdings gehört zur Funktion der meisten Hilfsmittel auch die individuelle Beratung und Anpassung durch einen Fachdienst. Werden die Produkte einem verstärkten Preiswettbewerb ausgesetzt, sollte die Vergütung dieser Dienstleistungen – ähnlich wie bei Apotheken – vom Hilfsmittelpreis abgekoppelt und gesondert berechnet werden.*

## **3. Ausgabenabschläge bei Fahrkosten (§ 133 SGB V)**

Die Regelung übt weiteren Kostendruck auf die Anbieter von Fahrdiensten aus. Im Gefolge des GMG ist die Erstattung von Fahrkosten für Patienten bereits äußerst restriktiv gehandhabt worden. Angesichts einer zunehmenden Spezialisierung und Konzentration auch im ambulanten Bereich sowie zunehmender Versorgungsengpässe in strukturschwachen Gebieten wird jedoch

von Patienten eine erhöhte Mobilität erwartet. Ob in diesem Bereich Effizienzreserven zu erschließen sind, erscheint fraglich.

*Der vzbv sieht die geplante Regelung daher mit Skepsis; sie darf daher keinesfalls zu einer weiteren Einschränkung bei der Erstattung von Krankentransporten beitragen.*

#### 4. Qualitätsmessung und -darstellung (§ 137a SGB V)

Im Gesetzentwurf wird der Gemeinsame Bundesausschuss damit beauftragt, eine Institution zu beauftragen, die Standards und Instrumente für die Qualitätsmessung (möglichst sektorenübergreifend) zu entwickeln und die Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zu gestalten, auszuwerten und die Einrichtungen über die Ergebnisse zu informieren. Ferner soll diese Institution auch Informationen über die Ergebnisse der Qualitätssicherung und die Versorgungsqualität allen Interessierten zur Verfügung stellen. Die beauftragte Institution soll fachlich, organisatorisch und wirtschaftlich unabhängig und frei von Interessenkollisionen handeln können. Die relevanten Akteure auf der Seite der ambulanten und stationären Leistungserbringer, der Kostenträger und der Patienten und Verbraucher sind zu beteiligen.

*Der vzbv begrüßt die Regelung in § 137a SGB V mit Nachdruck. Sie entspricht einer langjährigen Forderung, mehr Transparenz über Qualität im Gesundheitswesen herzustellen. Im Detail werden folgende Präzisierungen vorgeschlagen:*

- a) *Ausschreibungsmodalitäten und Laufzeit der Beauftragung müssen sicherstellen, dass der Institution ausreichend Zeit zum Aufbau und zur Entwicklung ihres Leistungsangebotes erhält. Dabei erscheint ein Beauftragungszeitraum von zunächst zehn Jahren realistisch.*
- b) *In Absatz 2 wäre durch Ergänzung der Nummer 4. oder eine neue Nummer 5. sicherzustellen, dass die Institution befugt ist, ihre Daten für wissenschaftliche Auswertungen, etwa im Bereich der Versorgungsforschung, zu nutzen bzw. anderen zur Verfügung zu stellen, sofern deren Ergebnisse danach veröffentlicht werden.*
- c) *In der Begründung zur Regelung sollte die Unabhängigkeitsforderung dahingehend konkretisiert werden, dass neben „vollständiger organisatorischer und wirtschaftlicher“ auch die „gesellschaftsrechtliche Unabhängigkeit von Leistungserbringern, und deren Berufsverbänden, einschließlich der medizinischen Fachgesellschaften, Krankenkassen und privaten Krankenversicherungen und deren Verbänden, Institutionen der gemeinsamen Selbstverwaltung sowie von Unternehmen und ihren Verbänden“ gewährleistet ist.*

*Es muss ferner sichergestellt werden, dass auch Leistungen auf Grundlage von Selektivverträgen (s.o. IV 2.) in die Maßnahmen des externen Qualitätsvergleichs einbezogen und von der Institution nach § 137a SGB V erfasst werden.*

#### 5. Qualitätssicherung und Datenschutz (§ 299 SGB V)

Sektorübergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen sind in der Regel auf die Nutzung versichertenbezogenen Daten angewiesen. In § 299 wird festgelegt, wie mit diesen Daten im Zuge solcher Maßnahmen umzugehen ist. Dabei ist neben den Anforderungen der Qualitätssicherung zugleich den Belangen des Datenschutzes Rechnung zutragen, indem in der Regel nur eine Stichprobe erhoben oder ein Pseudonymisierungsverfahren angewendet wird. Grundlage ist eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses.

*Der vzbv begrüßt die Regelung in § 299 SGB V und regt an, in der Begründung festzulegen, dass im Zuge der Genehmigung der Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses durch das Bundesministerium für Gesundheit der Bundesbeauftragte für den Datenschutz einbezogen wird.*

## VI. Pflegeversicherung (Artikel 7 – SGB XI)

### 1. Aufhebung von Schnittstellen zwischen SGB V und SGB XI (§§ 15 Abs. 3 SGB XI, 37 Abs.1,2 SGB V)

Gesetzliche Krankenkassen verweigerten häufig die Übernahme von Leistungen bei medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Maßnahmen für ambulant betreute Pflegebedürftige, weil sie in einem Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen der Grundpflege nach dem Pflegeversicherungsgesetz stehen. Es mehrten sich nach Beobachtungen der Verbraucherzentralen die Fälle, in denen Krankenkassen entsprechende Kosten auf die Pflegeversicherung abzuwälzen versuchten. Folge davon war, dass die betroffenen Personen ihren Anspruch gegenüber der Krankenversicherung auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege verloren und die medizinisch bedingten pflegerischen Maßnahmen aus ihrer der Höhe nach begrenzten Leistung der Pflegeversicherung finanzieren mussten.

Trotz verschiedener Versuche der Korrektur dieser Ergebnisse durch gesetzgeberische Maßnahmen (GMG – Kompressionsstrümpfe) und durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, blieben eine Reihe von behandlungspflegerischen Maßnahmen nach wie vor strittig, häufig zu Lasten der Patienten.

*Der vzbv begrüßt mit Nachdruck die Vorschläge zur gesetzlichen Neuregelung der Zuständigkeiten im Bereich der ambulanten Versorgung pflegebedürftiger Menschen mit häuslicher Krankenpflege. Die vorgesehenen Änderungen, insbesondere in § 37 SGB V und § 15 SGB XI, sind notwendig und angemessen, um diesen „Verschiebepbahnhof“ zwischen den Sozialsystemen zu beenden. Insbesondere die Anspruchserweiterung in § 37 Abs.2, 2. Halbsatz SGB V, der alle „verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen“ in das Leistungsspektrum der Krankenkassen einbezieht, ist geeignet, die Gleichbehandlung pflegebedürftiger Menschen mit Menschen, die „nur“ ambulante krankenpflegerische Maßnahmen beanspruchen können, herbeizuführen. Sie wird zu größerer Rechtssicherheit für pflegebedürftige Menschen führen.*

*Auch soweit darüber hinaus krankenpflegerische, notwendige Maßnahmen, die untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung der Grundpflege nach SGB XI sind oder mit ihr in einem untrennbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang stehen, zukünftig bei der Bemessung des Zeitaufwands nach § 15 Abs.3 SGB XI zu berücksichtigen sind, wird dadurch eine Gerechtigkeitslücke geschlossen, ohne dass die Gefahr einer doppelten Inanspruchnahme von Leistungen in einem relevanten Umfang besteht.*

*Der vzbv begrüßt ferner die Erweiterung des Haushaltsbegriffs in § 37 Abs.1 SGB V soweit auch Personen der Anspruch auf Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege gewährt wird, die „sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen“ leben. Dies entspricht angesichts gesellschaftlicher und demografischer Entwicklungen einem dringenden Gebot, da immer mehr hilfebedürftige Menschen in Wohnkonstellationen leben, die vom herkömmlichen Bild des eigenen oder familiären Haushalts abweichen.*

### 2. Beteiligung der Pflegeversicherung an der integrierten Versorgung (§ 92b SGB XI)

Durch die Regelung des § 92b SGB XI wird die Pflegeversicherung als weiterer Zweig der Sozialversicherung in das System der integrierten Versorgung nach den Vorschriften des SGB V einbezogen.

Um ihrem Auftrag gerecht werden zu können, sind die Pflegeeinrichtungen bei der Planung, Organisation und Ausgestaltung der Pflege auf interdisziplinäres Handeln und damit auf die an anderer Stelle geforderte enge strukturelle Verzahnung der Leistungsanbieter im ambulanten

und stationären Sektor angewiesen. In diesem Sinne werden rechtliche Voraussetzungen dahingehend geschaffen werden, dass die Pflege als obligatorischer Baustein in die aktuell entstehenden integrierten Versorgungsverbände nach § 140ff. SGB V oder in die medizinischen Versorgungszentren nach § 95 SGB V sowie in die Programme zur Verbesserung der ärztlichen Begleitung bei bestimmten Krankheitsbildern (Disease Management Programme) aufgenommen werden können. Dazu muss eine entsprechende Finanzierung sichergestellt werden.

Eine enge Kooperation von Medizin und Pflege, der reibungslose Übergang zwischen Krankenhaus und ambulanter oder stationärer Pflege, hat für die Versorgung maßgebliche Bedeutung. Auch auf dem Gebiet der Kooperation und Koordination könnten sich die Pflegeeinrichtungen stärker profilieren und diese Dimensionen stationärer und häuslicher Pflege mehr als bisher in das professionelle Selbstverständnis integrieren.

*Die Regelung wird daher vom vzbv begrüßt.*



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

***Zweiter Teil: Private Krankenversicherung***

**Berlin**

**2. 11. 2006**

Kontakt:

**Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) e.V.**  
Fachbereich Finanzdienstleistungen

**Markgrafenstr. 66, 10969 Berlin**

Tel. 030-25800-305, Fax: 030-25800-318

Email: [westphal@vzbv.de](mailto:westphal@vzbv.de); [scholl@vzbv.de](mailto:scholl@vzbv.de) ; [www.vzbv.de](http://www.vzbv.de)

## Inhalt

	<b>Seite</b>
<b>1. Festlegung des Leistungsumfangs des Basistarifs</b>	<b>22</b>
<b>2. Regelungen zu den möglichen Selbstbehalten des Basistarifs und zur maximalen Beitragshöhe</b>	<b>23</b>
<b>3. Öffnung des Basistarifs für freiwillig Versicherte und versicherungslose Personen</b>	<b>24</b>
<b>4. Gerechtigkeitsdefizit beim Risikoausgleich</b>	<b>25</b>
<b>5. Wettbewerbsverzerrung GKV-PKV</b>	<b>26</b>
<b>6. Wettbewerb PKV-PKV</b>	<b>28</b>
<b>7. Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen</b>	<b>28</b>
<b>8. Mögliche Inländerdiskriminierung</b>	<b>29</b>
<b>9. Transparenzprobleme</b>	<b>30</b>
<b>10. Zusammenfassung</b>	<b>30</b>

Der Gesetzentwurf schafft einen „Basistarif“. Der bisherige „Standardtarif“ wird in den „Basistarif“ überführt.<sup>1</sup> Der Basistarif wird **nicht** zum zwingenden Bestandteil jedes neuen Vertragsabschlusses einer Krankenvollversicherung. Es wird aufgezeigt werden, dass dies überaus misslich ist.

## 1. Festlegung des Leistungsumfangs des Basistarifs

Die Leistungen des Basistarifs sollen denen der gesetzlichen Krankenversicherung „vergleichbar“ sein.<sup>2</sup>

Wie der Basistarif genau aussehen wird, ist noch unklar. Art. 43 Nr. 5 lit. b)<sup>3</sup> sieht vor, dass der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) auf der Grundlage von § 12 VAG „das Nähere zur Umsetzung des Basistarifs mit Genehmigung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungen“ (BAFin) fest legt und dass Privatkrankenversicherer, die dem Verband nicht angehören, diese Regelung übernehmen „können“.<sup>4</sup>

Dieses beabsichtigte Vorgehen stößt auf erhebliche Bedenken.

Es stellt sich zunächst die Frage, wie verbindlich das festzulegende „Nähere“ sein soll, wenn davon die Rede ist, dass die Privatkrankenversicherer, die nicht dem PKV-Verband angehören, die Regelung übernehmen „können“, aber nicht müssen. § 12 Abs. 1 d VAG-E verstehen wir so, dass als „Basistarif“ nur ein Tarif gelten soll, der von der Regelung, die vom PKV-Verband entwickelt und von der BAFin genehmigt wurde, in keinem Punkt abweicht. Da aber § 12 Abs. 1a VAG-E eine Verpflichtung aller Privatkrankenversicherer mit Sitz im Inland enthält, „einen Basistarif“ anzubieten, wird aus dem Übernehmen-Können der Regelungen für den Basistarif ein Übernehmen-Müssen.

<sup>1</sup> Art. 1 Nr. 174 lt. c, S. 123 und Art. 44 Nr. 9 (Änderung der Anlage D zum VAG, S. 235)

<sup>2</sup> Art. 44 Nr. 5 lit. b, Einfügung eines neuen Abs. 1a Satz 1 in § 12 VAG S. 232.

<sup>3</sup> (Schaffung einer gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage durch Einfügung eines neuen Absatzes 1d in § 12 VAG, S. 233)

<sup>4</sup> Im Referentenentwurf hatte es hierzu noch geheißen, die Bundesregierung könne „im Benehmen“ mit dem PKV-Verband „Rahmenvorgaben“ zum Umfang des Versicherungsschutzes durch Rechtsverordnung festlegen.

Daher ist es zumindest problematisch, wenn die Versicherer, die dem PKV-Verband nicht angehören, sich bei der Festlegung des Leistungsumfangs nicht einbringen dürfen und noch nicht einmal von der BAFin angehört werden müssen.

Die beabsichtigte Regelung ist auch deshalb bedenklich, weil die BAFin oder das Bundesministerium der Finanzen ermächtigt sein muss, den Umfang des Versicherungsschutzes vorzuschreiben, wenn der PKV-Verband keine akzeptablen, zu stark vom Leistungsniveau der GKV abweichende Regelungen vorschlägt. Es sei darauf hingewiesen, dass der PKV-Verband ein erhebliches Interesse daran hat, den Umfang des Versicherungsschutzes im Basistarif gegenüber dem GKV-Niveau einzuschränken, da die „fiktive Alterungsrückstellung“ dann entsprechend niedriger ausfällt, welche dem Versicherungsnehmer bei einem Versichererwechsel mitgegeben werden muss.

Es wird daher dringend geraten, stattdessen eine Verordnungsermächtigung zugunsten des Bundesministeriums der Finanzen mit dem Bundesministerium für Gesundheit als Einvernehmensbehörde zu schaffen und in diesem Zusammenhang nicht nur den PKV-Verband, sondern auch andere Verbände anzuhören.

## **2. Regelungen zu den möglichen Selbsthalten des Basistarifs und zur maximalen Beitragshöhe**

Die im künftigen Basistarif Versicherten sollen das Recht haben, **Selbstbehalte** von 300, 600, 900 oder 1.200 € p.a. (Beihilfeberechtigte: entsprechend dem Beihilfesatz reduzierte Selbstbeteiligungen) zu vereinbaren. Ein einmal gewählter Selbstbehalt gilt mindestens für 3 Jahre. Danach kann eine Änderung des Selbsthalts verlangt werden.<sup>5</sup>

Nach § 12 Abs. 1c VAG-E darf der Beitrag *„ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltstufen für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung.....nicht übersteigen“*. Bleibt die Regelung unverändert, so wird es unattraktiver sein, Selbstbehalte zu vereinbaren, als auf sie zu verzichten, da der Höchstbeitrag - gleichgültig ob ein Selbstbehalt zu zahlen ist oder nicht – stets in unveränderter Höhe gelten würde.

Daher sollte § 12 Abs. 1c VAG-E <sup>6</sup> wie folgt gefasst werden:

<sup>5</sup> Art. 44 Nr. 5 lit. b), S. 232, § 12 Abs. 1a VAG-E

<sup>6</sup> (Art. 44 Nr. 5 lit. b) S. 233)



„Die **Summe aus Beitrag und Selbstbehalt** für den Basistarif darf für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrags der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen.

Zudem sollten Vorkehrungen getroffen werden, damit Familien mit Kindern im Basistarif bezahlbare Beiträge vorfinden. Hierzu sollten Kinder in der Weise berücksichtigt werden, dass sie künftig im Basistarif – wie in der gesetzlichen Versicherung – beitragsfrei versichert sind. Die Begrenzungen von 100% bzw. 150% des durchschnittlichen Höchstbeitrags enthalten ausreichend „Luft“, die Leistungsausgaben für unter 18-jährige Kinder (knapp 15% der Leistungsausgaben für männliche Erwachsene) mitzufinanzieren. Notfalls könnte auch noch eine Passage über die Gesamtkosten der Familie in die obige Regelung integriert und hierfür ein anderer Prozentsatz als 150% eingesetzt werden.

### **3. Öffnung des Basistarifs für freiwillig Versicherte und versicherungslose Personen**

Nach dem Gesetzentwurf haben folgende Personengruppen Anspruch auf Gewährung von Versicherungsschutz im Basistarif. Der Versicherer darf im Basistarif keine Gesundheitsprüfung vornehmen<sup>z</sup>: Es besteht ein grundsätzlich geltender Kontrahierungszwang.

- a) Versicherungslose Personen mit Wohnsitz in Deutschland
- b) Privat Krankenvollversicherte mit Wohnsitz in Deutschland.
- c) freiwillig Krankenversicherte binnen der ersten 6 Monate nach Einführung des Basistarifs sowie innerhalb der ersten 6 Monate ab Bestehen der erstmaligen Wechselmöglichkeit zur PKV (sie müssen 3 Jahre oberhalb der Pflichtgrenze verdient haben).

Der Basistarif wird wegen der Vorschriften zum Risikoausgleich<sup>a</sup> deutlich teurer werden als ein vergleichbarer normaler Vollversicherungstarif im Neugeschäft. Dies bedeutet, dass wechselberechtigte freiwillig Versicherte nach wie vor in „normale“ Neugeschäftstarife wechseln werden. Daher ist es für diese Personengruppe letztlich gleichgültig, ob die Öffnung des Basistarifs für freiwillig gesetzlich Versicherte befristet wird oder nicht, da sie auch ohne Befristung nicht in den Basistarif wechseln würden.

<sup>z</sup> Art. 44 Nr. 5. lit. b), S. 232, Einfügung eines neuen Abs. 1b in § 12 VAG

<sup>a</sup> vgl. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Seite Fehler! Textmarke nicht definiert.**

Versicherungslose Personen, die in der GKV keine Aufnahme finden, können dagegen jederzeit Aufnahme im Basistarif finden. Eine Befristung ihres Beitrittsrechts ist nicht vorgesehen. Dies wird dazu führen, dass sie mit dem Abschluss der Versicherung so lange warten, bis sie krank genug sind, dass es sich „lohnt“, einen Versicherungsantrag zu stellen. Dadurch wird eine erhebliche Antiselektion zu Lasten aller im Basistarif Versicherten stattfinden. Das wird den Basistarif zusätzlich erheblich verteuern und ihn für Wechsler noch unattraktiver machen. Diesem Problem kann unseres Erachtens nur dadurch abgeholfen werden, dass für die Versicherungslosen eine Versicherungspflicht geschaffen wird.

#### 4. Gerechtigkeitsdefizit beim Risikoausgleich

Alle Versicherer, die einen Basistarif anbieten, müssen sich an einem System zum Ausgleich der Versicherungsrisiken im Basistarif beteiligen.<sup>9</sup> Der Ausgleich soll unternehmensübergreifend geschehen.<sup>10</sup> Nach Art. 44 Nr. 5. lit. c<sup>11</sup> müssen die Beiträge für den Basistarif auf der Basis gemeinsamer Kalkulationsgrundlagen einheitlich für alle beteiligten Versicherer ermittelt werden.

Der Beitrag des Basistarifs darf für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen, bei Ehegatten oder Lebenspartnern darf er nicht höher sein als 150% des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung.<sup>12</sup> Bei Bestehen von Hilfsbedürftigkeit im Sinne der SGB II oder XII werden diese Sätze (100% / 150%) auf die Hälfte reduziert.

Nach Art. 44 Nr. 7<sup>13</sup> findet ein unternehmensübergreifender Ausgleich der Mehraufwendungen aufgrund von **Vorerkrankungen** durch deren gleichmäßige **Verteilung auf alle Basistarif-Versicherten** statt.

Mehraufwendungen **zur Begrenzung des im Basistarif zu zahlenden Beitrags** werden gleichmäßig auf **die beteiligten Versicherer** verteilt.<sup>14</sup>

Der Plan, den Ausgleich für „schlechte Risiken“ lediglich innerhalb der Basistarife aller Privatkrankenversicherer vorzunehmen, wird vom vzbv mit Nachdruck abgelehnt.<sup>15</sup>

<sup>9</sup> Art. 44 Nr. 7., S. 234 f, neuer § 12g VAG Abs. 1 S. 1

<sup>10</sup> Art. 44 Nr. 7, S. 234 - § 12g Abs. 1 Satz 1 VAG-E.

<sup>11</sup> Einfügung eines neuen Abs. 4b in § 12 VAG, S. 234

<sup>12</sup> Art. 44 Nr. 5. lit. b), S. 218, Änderung von §12 VAG: neuer Abs. 1c, Satz 1, S. 233

<sup>13</sup> § 12g Abs. 1 VAG-E

<sup>14</sup> § 12 g Abs. 1 S. 2 VAG-E

Zum einen deshalb, weil dadurch der jeweilige Neugeschäfts-Vollversicherungstarif des Versicherers vom Risikoausgleich verschont bleibt. Dies ist ungerecht und nicht zu rechtfertigen. Dies auch deshalb, weil die Beschränkung des Ausgleichs auf alle Basistarif-Versicherten einzig und allein dem Zweck dient, dass PKV-Unternehmen im Wettbewerb um wechselberechtigte GKV-Versicherte in ihren Neugeschäftstarifen für die Vollversicherung (zu) niedrige Prämien anbieten können und sich so Wettbewerbsvorteile gegenüber der GKV verschaffen.

Wenn schon für den Basistarif der Gedanke eines Solidarausgleichs in die PKV eingeführt wird, dann ist nicht einzusehen, warum nicht alle privat Krankenversicherten, also auch die außerhalb des Basistarifs, für den entsprechenden Risikoausgleich herangezogen werden. Hinzu kommt, dass der Gesetzentwurf und seine Begründung die Antwort auf die Frage schuldig bleibt, warum die Mittel für die Beitragsbegrenzung im Basistarif von allen Privatkrankenversicherten, die Mittel für den Ausgleich der Mehrkosten aufgrund von Vorerkrankungen jedoch nur von den im Basistarif Versicherten aufgebracht werden sollen.

Nach unserer Ansicht wäre es besser, alle privat Krankenversicherten am Risikoausgleich für die Mehrkosten von Vorerkrankungen zu beteiligen und auf diese Weise für gegenüber der GKV gerechtere PKV-Neugeschäftsbeiträge zu sorgen, anstatt die GKV dadurch zu unterstützen, dass freiwillig gesetzlich Krankenversicherte erst in die PKV wechseln können, wenn sie drei Jahre hintereinander oberhalb der Versicherungspflichtgrenze verdient haben.

## 5. Wettbewerbsverzerrung GKV-PKV

Das aus der Gesundheitsprüfung resultierende „Rosinenpicken“ der PKV im Neugeschäft und damit einer der beiden bisherigen Faktoren für den zu Lasten der GKV bestehenden Wettbewerbsnachteil gegenüber der PKV wird nicht beseitigt.

Hinzu kommt: Vermittler geben wegen ihres Provisionsinteresses sehr häufig verharmlosende Erklärungen über die Konsequenzen falsch oder unvollständig beantworteter Gesundheitsfragen im Versicherungsantrag ab – bei Nichtzustandekommen des PKV-Vertrags erhalten sie nämlich keine Provisionen. Der vzbv schätzt, dass ca. 30% der Versicherungsanträge in der Vollversicherung in den ersten drei Jahren vom Rücktritt des Versicherers bedroht sind und dass dies hauptsächlich auf den Einfluss von Vermittlern zurückzuführen ist.

---

<sup>15</sup> (vgl. oben II.2.3. unter „Bewertung des Risikoausgleichs“, Seite Fehler! Textmarke nicht definiert.)

Beide beschriebenen Probleme – die Wettbewerbsverzerrung durch das „Rosinenpicken“ der Privatkrankenversicherer ebenso wie die Rücktrittsproblematik – ließen sich dadurch lösen, dass der Basistarif künftig zum zwingenden Bestandteil jedes neuen Vollversicherungs-Neugeschäftsabschlusses gemacht wird, da im Basistarif keine Gesundheitsprüfung erfolgen und ein Kontrahierungszwang gelten soll.

Ein zweiter wettbewerbsverzerrender Faktor, dessen sich die PKV im Kampf mit der GKV um Neukunden bedient, ist die beitragsmindernde Anrechnung der aus Storni resultierenden frei werdenden Alterungsrückstellungen bei der Kalkulation der Neugeschäftsbeiträge. Dadurch sind die Einstiegsbeiträge heute ca. 30% zu niedrig und lassen die PKV für freiwillig GKV-Versicherte (zu) beitragsgünstig erscheinen.

Die angestrebten Neuregelungen führen nach der fünfjährigen Übergangsfrist<sup>16</sup> zu einem geringfügigen Abbau des Wettbewerbsvorteils der PKV aus Stornogewinnen. Dieser Effekt resultiert einerseits aus der vorgesehenen Verpflichtung der Versicherer, die Alterungsrückstellung aus dem 10%-Zuschlag bei einem Wechsel des Versicherers mitzugeben, andererseits aus dem Zwang, die „fiktive Alterungsrückstellung“ zu übertragen. In der entsprechenden, mit der Wechselwahrscheinlichkeit gewichteten Höhe können die dafür benötigten Mittel bei der Neugeschäftsbeitragskalkulation nicht mehr beitragsmindernd berücksichtigt werden.

Hinzu kommt, dass mit dem Regierungsentwurf die Versicherten das Recht erhalten sollen, den Teil der Alterungsrückstellung, der die „fiktive Alterungsrückstellung“ übersteigt, auf eine vom bisherigen Versicherer anzubietende Zusatzversicherung anrechnen zu lassen. Bezüglich dieses Rechts ist allerdings davon auszugehen, dass die Versicherer den Wechseln nahe legen werden, auf den Zusatztarif zu verzichten. Dann verfällt die entsprechende Alterungsrückstellung und der Versicherer kann sie zur Beitragssenkung der Vollversicherungstarife im Neugeschäft verwenden.<sup>17</sup>

Die geplanten Neuregelungen zur Mitgabe und zur Anrechnung von Teilen der Alterungsrückstellungen werden die zu Lasten der GKV bestehenden Wettbewerbsverzerrungen lediglich leicht abschwächen. Dies gilt allerdings erst nach einer fünfjährigen Übergangsfrist, innerhalb

---

<sup>16</sup> vgl. oben unter Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.2 nach der Überschrift Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.: Seite Fehler! Textmarke nicht definiert.

<sup>17</sup> Wir halten es angesichts der auf der Seite des Versicherers vorhandenen wirtschaftlichen Anreizlage für nahezu unmöglich, hiergegen Vorkehrungen zu treffen, es sei denn, man macht den Basistarif, wie wir es befürworten, zum zwingenden Bestandteil jedes neuen Krankenvollversicherungsvertrags.

derer die Wechsler lediglich die 10%-Rückstellung und allenfalls einen kleinen Teil der „fiktiven Alterungsrückstellung“ mitnehmen können.

**Es bleibt festzuhalten, dass die Wettbewerbsbenachteiligung zu Lasten der GKV weitgehend bestehen bleibt und lediglich abgeschwächt wird.**

## **6. Wettbewerb PKV-PKV**

Da die wechselnden Versicherten bei einem Wechsel zu einem anderen Versicherer nur die „fiktive Alterungsrückstellung“ und die Alterungsrückstellung aus dem 10%-Zuschlag mitnehmen können, müssen sie beim Wechsel zu einer anderen PKV eine Gesundheitsprüfung hinnehmen, es sei denn, sie wechselten in den Basistarif des anderen Versicherers.

Das werden sie jedoch im Regelfall nicht tun, da der Basistarif wegen der Gesundheitsprüfung im Normaltarif und wegen des Risikoausgleichs zwischen den Privatversicherern viel teurer ist als ein „Normaltarif“.

Die geplanten Neuregelungen werden den **Wettbewerb um gesunde Versicherte** intensivieren. Positiv ist, dass sich die negativen Folgen der so genannten „Umdeckungen“ zwischen verschiedenen Privatkrankenversicherern, von denen bisher wegen des bislang vollständigen Verlusts der Alterungsrückstellung mehr die Vermittler als die Versicherten profitierten, für die Wechsler abschwächen werden.

**Gleichwohl wird das Ziel eines verbesserten Wettbewerbs der privaten Krankenversicherer untereinander weitgehend verfehlt**, da die kranken Versicherten nach wie vor nicht wechseln können bzw. wechseln werden.

## **7. Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen**

In der Vergangenheit war zu beobachten, dass Heilbehandler sich weigerten, im Standardtarif Versicherte zu herabgesetzten Steigerungssätzen der Gebührenordnung zu behandeln.

Offenbar um die Fortschreibung dieses unbefriedigenden Zustandes zu beseitigen, der letztlich auf eine verdeckte Selbstbeteiligung der im Standardtarif Versicherten hinausläuft, soll nun § 75

Abs. 3a SGB V-E <sup>18</sup> die kassenärztlichen Vereinigungen und die kassenärztlichen Bundesvereinigungen veranlassen, die ärztliche Versorgung der im Standard- oder Basistarif Versicherten sicher zu stellen.

Positiv zu bewerten ist, dass die ärztlichen Leistungen mindestens so zu vergüten sind, wie die Ersatzkassen die vertragsärztlichen Leistungen vergüten.

Allerdings stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, wie die Einhaltung des gesetzlichen Auftrags der kassenärztlichen Vereinigungen in der Praxis überwacht und erzwungen werden kann und wird. Hinzu kommt, dass die Entwurfsvorschrift es privaten Krankenversicherern, die nicht dem PKV-Verband angehören, frei stellen möchte, ob sie den Vereinbarungen beitreten.

Schließlich bleibt anzumerken, dass von dieser Regelung Privatärzte nicht betroffen sein werden.

## 8. Mögliche Inländerdiskriminierung

Die Verpflichtung zum Angebot des Basistarifs soll nach *Art. 44 Nr. 5 lit. b)* <sup>19</sup> lediglich für Versicherer „mit Sitz in Deutschland“ bestehen, die hier „die substitutive Krankenversicherung betreiben“. Dies könnte dazu führen, dass deutsche Versicherer ihren Geschäftssitz in das europäische Ausland verlagern und von dort aus ihre Produkte im Dienstleistungsverkehr vertreiben, um so den Verpflichtungen im Zusammenhang mit dem Basistarif zu entgehen. Dies gilt jedenfalls in Bezug auf Produkte für Selbständige, die keinen Anspruch auf Arbeitgeberzuschuss oder Beihilfe haben, da unseres Erachtens hier nicht sichergestellt ist, dass der Versicherer seinen Sitz im Inland haben muss.

Es sollte darauf geachtet werden, dass diese Ausweichmöglichkeit nicht eröffnet wird: Im Zusammenhang mit dem zweiten Halbsatz des § 125 des Investmentgesetzes, der Anbieter aus dem europäischen Ausland von der Anwendung des die Produktgestaltungsfreiheit einschränkenden Zillmerverbots für Fondssparpläne im ersten Halbsatz von § 125 InvG ausnimmt, mussten wir leider beobachten, dass deutsche Anbieter sich in Luxemburg niederließen und anschließend unter Berufung auf die Sonderregelung des zweiten Halbsatzes ihre in Deutschland aus Verbraucherschutzgründen eigentlich verbotenen Produkte durch so genannte Strukturvertriebe verkaufen ließen.

<sup>18</sup> Art. 1 Nr. 48, Seite 39

<sup>19</sup> (neuer § 12 Abs. 1a S. 1 VAG)



Daher warnen wir vor Regelungen, die eine „Inländerdiskriminierung“ zur Folge haben können.<sup>20</sup>

## 9. Transparenzprobleme

Auf eigentlich nahe liegende Transparenzfragen geht der Gesetzentwurf mit keinem Wort ein. Dies gilt zum Beispiel für die Frage, wie der Versicherungsnehmer, der zu einem anderen Versicherer wechseln will, die Richtigkeit der Berechnung der mitzugebenden „fiktiven Alterungsrückstellung“ und des 10%-Zuschlags überprüfen (lassen) kann. Das gleiche Problem entsteht für den Versicherungsnehmer, wenn er nach dem Wechsel zu einem anderen Versicherungsunternehmen beim alten Versicherer eine Zusatzversicherung behalten und nun überprüfen lassen möchte, ob die über die „fiktive Alterungsrückstellung“ hinaus gebildete zusätzliche Alterungsrückstellung korrekt auf die Zusatzversicherung angerechnet wurde.

Zu kritisieren ist auch, dass der Versicherungsnehmer den Übertragungswert bis zum Jahr 2012 erst auf *Anfrage* erfährt.<sup>21</sup>

Mit diesen Transparenzproblemen wird der Versicherungsnehmer völlig allein gelassen. Um den Versicherten zumindest ein Mindestmaß an Vertrauen in die mitgeteilten Werte zu geben, sollte die BAFin verpflichtet werden, die Korrektheit der Berechnungen regelmäßig zu überprüfen und für Verbraucher Hilfen zur Beurteilung der Plausibilität mitgeteilter Werte zu veröffentlichen.

## Zusammenfassung

Nur, wenn künftig im Neugeschäft für Krankheitskostenvollversicherungen der privaten Krankenversicherung **der Basistarif zwingender Bestandteil jedes neuen Vollversicherungsabschlusses sein müsste, könnten** das „Rosinenpicken“ und der ungerechte Wettbewerbsvorteil der privaten gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung aus der beitragsenkenden Einrechnung von Stornogewinnen in die Neugeschäftsbeiträge vollständig beendet werden. Dann käme es auch nicht zu den bereits jetzt absehbaren Versuchen, die Versicherten zu einem Ver-

<sup>20</sup> Vgl. „Anmerkungen zur europarechtlichen Beurteilung von nationalen Normen über eine Mindestrückvergütung bei Fondssparplänen und bei Kapitalversicherungen, [http://www.vzbv.de/mediapics/europarechtliche\\_beurteilung\\_zillmerverbot\\_05\\_2005.pdf](http://www.vzbv.de/mediapics/europarechtliche_beurteilung_zillmerverbot_05_2005.pdf)

<sup>21</sup> Art. 44, Nr. 8, Seite 235, Einfügung eines geänderten Satzes 6 in Anlage D Abschnitt II Nr. 4

zicht auf einen Zusatztarif zu überreden, wenn sie zu einem anderen Versicherer wechseln. Hinzu käme, dass der Basistarif als zwingender Neugeschäftsbestandteil weitaus gerechter wäre, da auf diese Weise auch die gesunden PKV-Versicherten am Risikoausgleich für die Mehrkosten im Basistarif aufgrund von Vorerkrankungen beteiligt würden.

Der **Wettbewerb unter den privaten Krankenversicherern** wird durch die Ausgestaltung der Reform nur in Bezug auf Gesunde intensiviert. Vorerkrankte werden von einem Wechsel zu einem anderen Versicherer nicht profitieren, da sie in aller Regel allenfalls in dessen Basistarif aufgenommen würden. Der ist aber wegen der negativen Risikoselektion und der Beschränkung des Risikoausgleichs für die Mehrkosten von Vorerkrankungen auf die Basistarif-Versicherten deutlich teurer als ein vergleichbarer Normaltarif beim bisherigen Versicherer.

Auch in Bezug auf den **Wettbewerb zwischen GKV und PKV** ist der gewählte Gestaltungsansatz zu kritisieren. Der Basistarif ist gegenüber vergleichbaren Neugeschäfts-Normaltarifen unattraktiv. Bei letzteren dürfen dort nach wie vor erhebliche Stornogewinne bei der Kalkulation der Neugeschäftsbeiträge zur Beitragsminderung eingesetzt werden. Auch der aus der Risikoprüfung resultierende Beitragsvorteil gegenüber der GKV wird bestehen bleiben, zumal die normalen Neugeschäftstarife nicht am Risikoausgleich teilnehmen. **Damit bleibt es bei einer erheblichen Wettbewerbsverzerrung zu Gunsten der PKV und zu Lasten der GKV.**

Die geplanten Neuregelungen stellen gleichwohl eine erhebliche Verbesserung des Status quo dar. Der gewählte ordnungspolitisch suboptimale Gestaltungsansatz sorgt jedoch dafür, dass das Ziel, einen fairen Wettbewerb sowohl zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung als auch der privaten Krankenversicherer untereinander zu erreichen, weitgehend verfehlt wird. Das Tarifchaos in der privaten Krankenversicherung wird noch erhöht, die Intransparenz wird nicht beseitigt, sondern erheblich gesteigert.