



Stellungnahme

*zum Gesetzentwurf der Fraktionen der
CDU/CSU und SPD
„Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung
des Wettbewerbs in der
Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz –
GKV-WSG)“
BT-Drs. 16/3100*

**Abteilung Soziale Sicherung
Berlin, 2. November 2006**



ZDH
ZENTRALVERBAND DES
DEUTSCHEN HANDWERKS

I. Grundsätzliche Bewertung

Deutschland braucht eine Politik für mehr Wachstum und Beschäftigung. Gerade aus Sicht des arbeitsintensiven Handwerks ist eine durchgreifende Reform der sozialen Sicherungssysteme und eine deutliche Senkung der ständig steigenden Sozialabgabenlast dringend notwendig, damit Arbeit wieder bezahlbar wird und neue Arbeitsplätze entstehen können.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wird die Chance zu wirklich durchgreifenden und beitragsenkenden Strukturreformen im Gesundheitsbereich jedoch vertan. Es ist absehbar, dass die für 2007 geplanten Einsparungen keinesfalls ausreichen werden, um die Beiträge zu senken. Im Gegenteil: Schon 2007 ist ein deutlicher Beitragsanstieg um mehr als die angekündigten 0,5 % (von derzeit durchschnittlich 14,2 % auf über 15 %) zu erwarten. Dies bedeutet eine Belastung insbesondere der arbeitsintensiven Handwerksbetriebe.

Im Rahmen des ab 2009 geplanten Gesundheitsfonds ist ebenfalls keine Beitragsentlastung der Arbeitgeber in Sicht. Die notwendige Abkopplung der Beiträge vom Lohn im Rahmen des Gesundheitsfonds ist nicht vorgesehen. Auch eine teilweise Abkopplung der Beiträge vom Lohn durch die Zusatzprämien wird wegen deren engen Obergrenzen nicht gelingen.

Der Gesetzentwurf setzt keine Anreize zu einer sparsamen Leistungsanspruchnahme durch höhere Zuzahlungen der Versicherten und sieht auch keine stärkere Beschränkung des paritätisch finanzierten GKV-Leistungskataloges, sondern sogar noch eine Ausweitung vor. Die geplante Steuerfinanzierung von gesamtgesellschaftlichen Aufgaben ist zwar grundsätzlich richtig, die konkreten Schritte sind gleichwohl unzureichend.

Grundsätzlich zu begrüßen ist die Absicht des Gesetzgebers, für Personen ohne Versicherungsschutz bessere Rückkehrmöglichkeiten zu schaffen. Abzulehnen sind aber die im Gesetz vorgesehenen Erschwernisse für die PKV, insbesondere der Basistarif und die verschärften Einkommensvoraussetzungen für den Wechsel von GKV zu PKV.

Völlig unakzeptabel sind die geplanten Ausschreibungen der Kassen im Hilfsmittelbereich und die Abschaffung des bisherigen Zulassungsverfahrens der Hilfsmittelbringer. Dies wird die Strukturen der mittelständisch strukturierten Leistungserbringer nachhaltig beschädigen und im Ergebnis nicht zu mehr, sondern zu weniger Wettbewerb führen. Wenn nur noch einige wenige oder sogar ein Großanbieter zur Versorgung mit Hilfsmitteln berechtigt sind, haben die Versicherten nicht mehr den Vorteil einer großen Vielfalt von qualifizierten Leistungserbringern. Dies steht im Widerspruch zu der im Gesetz angekündigten Erweiterung der Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten. Außerdem wird die wohnortnahe Versorgung der Versicherten und auch die Qualität der Versorgung gefährdet.

II. Bewertung der Reformansätze im Einzelnen

GKV-Leistungskatalog / Zuzahlungen

Der Gesetzentwurf sieht nur geringfügige Änderungen bei den Zuzahlungen der Versicherten (Belastungsobergrenze von zwei statt bisher ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens) vor. Nach Ansicht des Handwerks reichen die derzeitigen Zuzahlungen nicht aus. Um die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken und Anreize zu einer sparsamen Leistungsanspruchnahme zu setzen, sollte eine – gegebenenfalls abgesenkte - Praxisgebühr nicht nur ein Mal pro Quartal, sondern bei jedem Arztbesuch gezahlt werden.

Zu begrüßen ist, dass die Versicherten künftig die Wahl zwischen mehreren Tarifen und Angeboten haben sollen. Sie können Kostenerstattung, Selbstbehalte, Beitragsrückgewähr oder besondere Versorgungsformen (wie Hausarztтарif) wählen. Nach Ansicht des ZDH sollten alle Kassen verpflichtet werden – und es nicht nur in ihrem freiwilligen Ermessen stehen -, Selbstbehalte und Beitragsrückgewähr anzubieten. Weiterhin sollte das Kostenerstattungsprinzip als Abrechnungsverfahren (bis zu bestimmten Obergrenzen) verpflichtend eingeführt werden.

Der ZDH fordert weiterhin, den GKV-Leistungskatalog stärker auf eine Basisleistung zu reduzieren, indem das Krankengeld in voller Höhe, die gesamte Zahnbehandlung (also auch konservierende Leistungen) sowie die Behandlung privater Unfälle zwar Pflichtleistungen bleiben, aber allein von den Versicherten finanziert werden. Der Referentenentwurf sieht demgegenüber vor, dass der paritätisch finanzierte GKV-Leistungskatalog sogar noch erweitert wird (um geriatrische Reha, Palliativversorgung, Mutter-Kind-Kuren, Schutzimpfungen). Lediglich „selbstverschuldete Behandlungsbedürfnisse“ wie Schönheitsoperationen oder die Entfernung von Tätowierungen sollen künftig allein von den Versicherten gezahlt werden.

Steuerfinanzierung der GKV

Grundsätzlich richtig ist die Entscheidung, die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder in der GKV (14 Mrd. Euro) ab 2008 aus Steuermitteln zu finanzieren. Nach Ansicht des ZDH sollten aber auch die beitragsfreie Mitversicherung der Ehegatten und die versicherungsfremden Leistungen in der GKV (u.a. Mutterschaftsgeld) aus Steuermitteln finanziert werden. Es ist völlig widersprüchlich, dass ab 2008 die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder steuerfinanziert werden soll, aber mit dem Haushaltsbegleitgesetz vor kurzem erst beschlossen wurde, den Bundeszuschuss zu versicherungsfremden Leistungen der GKV von derzeit 4,2 Mrd. Euro 2007 zu kürzen und 2008 ganz zu streichen.

Zu begrüßen ist, dass die Steuerfinanzierung der beitragsfreien Mitversicherung der Kinder nicht über Steuererhöhungen finanziert werden soll, sondern aus dem Bundeshaushalt. Allerdings wird die Steuerfinanzierung nur in kleinen Stufen realisiert (2008: 1,5 Mrd. Euro, 2009: 3 Mrd. Euro). Damit wird in den nächsten Jahren keine deutliche Beitragssenkung ermöglicht.

Gesundheitsfonds

Da eine überzeugende Begründung für die ab 2009 vorgesehene Einführung des Gesundheitsfonds fehlt, sollte darauf verzichtet werden.

In den Gesundheitsfonds werden außer Steuermitteln - weiterhin lohnbezogene - Beiträge von Arbeitgebern und Arbeitnehmern einfließen. Nicht akzeptabel ist nach Ansicht des ZDH, dass der Beitrag per Rechtsverordnung durch die Bundesregierung – ohne Beteiligung der Selbstverwaltung der Krankenkassen, des Parlaments und des Bundesrates – festgelegt werden soll.

Da die Beiträge und der vorgesehene Steuerzuschuss für die beitragsfreie Mitversicherung der Kinder die GKV-Ausgaben zum Startzeitpunkt des Gesundheitsfonds zu 100 % decken sollen, wird es verglichen mit der derzeitigen Arbeitgeberbelastung (6,65 %) zu keiner Entlastung der Arbeitgeber, sondern langfristig vermutlich sogar noch zu weiteren Beitragsanstiegen kommen. Während nach Verkündung der Eckpunkte zur Gesundheitsreform von der Union zumindest eine Festschreibung der Arbeitgeberbeiträge in Aussicht gestellt wurde, ist davon inzwischen keine Rede mehr. Vielmehr soll der Beitrag gemäß § 220 Abs. 2 SGB V entsprechend der Ausgaben der Krankenkassen steigen.

Der Gesundheitsfonds hat den entscheidenden Nachteil, dass die Beiträge nicht vom Lohn abgekoppelt werden. Auch eine teilweise Abkopplung der Beiträge vom Lohn durch die Zusatzprämien wird nicht gelingen, da für diese eine Obergrenze von 1 % des Haushaltseinkommens der Versicherten und 5 % der GKV-Ausgaben vorgesehen ist. Darüber hinaus ist der Ansatz verfehlt, dass die Kassen entscheiden können, ob sie die Zusatzprämie als feste Pauschale oder prozentualen Lohnanteil einziehen.

Der ZDH fordert:

- Der Zusatzbeitrag sollte von den Kassen ausschließlich in der Form einer einkommensunabhängigen Prämie erhoben werden.
- Er sollte außerdem auf mindestens 10 % der GKV-Ausgaben ausgeweitet werden.
- Um bürokratische Belastungen für die Arbeitgeber zu vermeiden, sollte ausdrücklich klargestellt werden, dass der Zusatzbeitrag kein Bestandteil des Sozialversicherungsbeitrags ist, der vom Arbeitgeber gezahlt wird (§ 28 c Abs. 1 SGB IV).

Vereinfachung des Beitragseinzugs

Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass die Arbeitgeber die Sozialversicherungsbeiträge, Beitragsnachweise und Meldungen künftig nicht mehr an die einzelnen Krankenkassen ihrer Arbeitnehmer, sondern nur noch an eine Stelle (Weiterleitungsstelle) abführen. Allerdings sollten die Weiterleitungsstellen nicht erst, wie im Gesetzentwurf vorgesehen, ab dem Jahr 2011, sondern bereits zum Jahresbeginn 2008 eingerichtet werden.

Die Weiterleitungsstellen sollten nicht nur die Beiträge und Meldungen annehmen und weiterleiten, sondern auch alle Aufgaben übernehmen, die heute die Einzugsstellen erfüllen und rechtsverbindliche Entscheidungen treffen können.

Umlageverfahren für Lohnfortzahlung (U 1)

Im Arbeitsentwurf des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 7. Oktober 2006 war noch vorgesehen, dass – als Korrektur der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 18. Juli 2006 (AZ: B 1 A 2/05 R) – den Arbeitgebern von den Kassen im Rahmen des Umlageverfahrens U 1 verschiedene Erstattungssätze unterhalb der Höchsterstattung von 80 % angeboten werden können und Arbeitgeber, die durch eigene Anstrengungen den Krankenstand in ihrem Betrieb gesenkt haben, einen Erstattungssatz von 40 % wählen können (§ 9 Aufwendungsausgleichsgesetz). Diese Regelungen wären aus Sicht des ZDH zu begrüßen, sind aber im vorliegenden Gesetzentwurf nicht mehr vorgesehen.

Da nicht alle Betriebe vor dem Risiko der Lohnfortzahlungskosten durch Einzahlungen in die Umlagekasse U 1 geschützt werden wollen, fordert der ZDH, die Pflicht zur Teilnahme am Umlageverfahren U 1 abzuschaffen und den Betrieben die Wahlmöglichkeit zu geben, ob sie hieran teilnehmen wollen.

Neuregelungen für die PKV

Gerade die PKV sollte als Vollversicherung erhalten bleiben, weil sie mit Kapitaldeckung und Altersrückstellungen den demographischen Wandel gut bewältigen kann. Durch die im Gesetzentwurf vorgesehenen Neuregelungen wird die PKV jedoch im Ergebnis geschwächt.

So ist ein Wechsel von der GKV zur PKV nur noch dann möglich, wenn ein GKV-Versicherter drei Jahre lang die Versicherungspflichtgrenze überschritten hat. Dies erschwert Neuzugänge für die PKV. Hinzu kommt, dass Arbeitgeber nicht ohne Weiteres beurteilen können, ob ihre Arbeitnehmer – wenn sie vorher bei anderen Arbeitgebern beschäftigt waren - in den letzten drei Jahren die Versicherungspflichtgrenze überschritten haben.

Grundsätzlich zu begrüßen ist die Absicht des Gesetzgebers, für Personen ohne Versicherungsschutz die Rückkehrmöglichkeiten in die Krankenversicherung zu verbessern. Zu weit geht aber, dass ab 2008 alle freiwillig GKV-Versicherten, alle PKV-Versicherten und ehemaligen Privatversicherten einen PKV-Basistarif wählen können. Dieser Basistarif ermöglicht allen, die einmal privat krankenversichert waren, die jederzeitige Rückkehr in die PKV ohne Risikoprüfung. Dies setzt Anreize, ganz auf Versicherungsschutz zu verzichten. Der Basistarif erfordert außerdem erhebliche Quersubventionen aus anderen Tarifen und massive Beitragserhöhungen. Dies wäre ein verfassungsrechtlich problematischer Eingriff in alle bestehenden privaten Krankenversicherungsverträge.

Zu begrüßen ist die Regelung, dass Altersrückstellungen bei einem Wechsel von einer privaten Kasse zu einer anderen mitgenommen werden können. Die Mitnahmemöglichkeit der Altersrückstellungen fördert den Wettbewerb zwischen den privaten Krankenkassen, sollte aber nur für Neuverträge gelten. Wenn die Portabilität auch für Altverträge gilt, wird dies zu deutlichen Prämienerrhöhungen führen.

Mindestbeitrag von hauptberuflich Selbständigen

Für freiwillige GKV-Mitglieder, die hauptberuflich selbständig erwerbstätig sind, gilt als beitragspflichtige Einnahmen für den Kalendertag mindestens der 30. Teil der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze, bei Nachweis niedrigerer Einnahmen mindestens der 40. Teil der monatlichen Bezugsgröße.

Der ZDH hat es wiederholt als eine nicht gerechtfertigte Benachteiligung von Selbständigen kritisiert, dass der Mindestbeitrag in der GKV für hauptberuflich Selbständige höher ist als der Mindestbeitrag der übrigen freiwillig Versicherten (wird berechnet auf der Basis des 90. Teils der monatlichen Bezugsgröße).

In der Gesetzesbegründung wird zutreffend festgestellt, dass monatliche Beitragszahlungen von mehreren Hundert Euro besonders für geringverdienende Selbständige eine beträchtliche Belastung sind und die Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit konterkarieren.

Es erscheint zunächst begrüßenswert, dass der Gesetzentwurf im neuen § 240 SGB V vorsieht, für hauptberuflich Selbständige mit Einkünften unter der Beitragsbemessungsgrenze nur noch mindestens den 60. Teil der monatlichen Bezugsgröße zugrunde zu legen. Allerdings sollen laut Gesetzentwurf das Vermögen des Selbständigen und das Einkommen und Vermögen des Lebenspartners in die Berechnung der beitragspflichtigen Einnahmen einfließen. Durch diese Erweiterung der Bemessungsgrundlage wird der Mindestbeitrag für die hauptberuflich Selbständigen u. U. nicht niedriger ausfallen als nach der derzeitigen Regelung. Damit wird in nicht akzeptabler Art und Weise die Ungleichbehandlung von freiwillig in der GKV Versicherten und hauptberuflich Selbständigen im Sinne einer Schlechterstellung der letztgenannten Personengruppe erneut fortgeschrieben.

Krankengeld für Selbständige

Der ZDH begrüßt die vorgesehene Regelung, dass das Angebot von Krankengeld-Tarifen nicht mehr im Ermessen der Kassen steht (Satzungsleistung), sondern die Kassen solche Tarife anbieten müssen (§ 53 Abs. 5 SGB V).

Allerdings besteht für Selbständige das Problem, dass infolge des Urteils des Bundessozialgerichts vom 30. März 2004 (AZ: B 1 KR 32/02 R) das Krankengeld eines freiwillig versicherten hauptberuflich Selbständigen nach dem tatsächlich erzielten Arbeitseinkommen - und nicht mehr nach dem fiktiven Mindesteinkommen - berechnet wird. Diese Berechnung des Krankengeldes hat zur Folge, dass ein freiwillig in der GKV versicherter Unternehmer, der einen Krankengeldtarif gewählt hat, aber keinen Gewinn erzielt, kein Krankengeld erhält.

Darüber hinaus wird es von Selbständigen als ungerecht empfunden, dass das der Beitragsberechnung zugrunde liegende Einkommen alle Einkommensarten (z.B. auch Miet- und Zinseinkünfte) umfasst, die Krankengeldhöhe sich aber nur nach dem tatsächlich erzielten Arbeitseinkommen richtet.

Der ZDH fordert, dass in den Fällen, in denen ein GKV-Mindestbeitrag gezahlt wird, die zugrundeliegende fiktive Größe (künftig: der 60. Teil der monatlichen Bezugsgröße) auch die Grundlage für die Berechnung des Krankengeldes sein muss. In den Fällen, wo ein höherer Beitrag als der Mindestbeitrag zu entrichten ist, darf Berechnungsgrundlage nur das Arbeitseinkommen sein.

Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich

Laut dem Gesetzentwurf (§§ 126, 127 SGB V) sollen die Kassen künftig, wo es „zweckmäßig“ ist, Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich durchführen. Nach einem Übergangszeitraum ist die Streichung des bisherigen Zulassungsverfahrens der Hilfsmittelerbringer vorgesehen.

Während die derzeit schon möglichen Ausschreibungen der Ermittlung des kostengünstigsten Anbieters dienen, ohne die anderen Leistungserbringer auszuschließen, sollen im Rahmen der geplanten K.O.-Ausschreibungen Anbieter mit der gesamten Versorgung eines Hilfsmittels beauftragt und gleichzeitig andere Leistungserbringer von der Erbringung dieser Leistung ausgeschlossen werden. Während Ausschreibungen etwa im Baubereich oder anderen Bereichen der öffentlichen Hand nicht existenzgefährdend für die Betriebe sind, weil für sie auch andere Auftraggeber in Frage kommen, sind die Krankenkassen die einzigen Vertragspartner der Hilfsmittelerbringer. Denjenigen Leistungserbringern, die nicht den Zuschlag bei einer Ausschreibung erhalten, würde der Zutritt zum Markt verwehrt. Dies hätte gravierende Konsequenzen für jeden einzelnen dieser Leistungserbringer und für die Vielfalt der Leistungserbringer generell. Diese gilt es zu erhalten, ist doch Vielfalt nicht zuletzt ein deutliches Signal für funktionierenden Wettbewerb.

Gegen das in §§ 126, 127 SGB V vorgeschlagene Ausschreibungsmodell bei gleichzeitiger Streichung des Zulassungsverfahrens sprechen insbesondere folgende Gründe:

- Ausschreibungen würden zu Gunsten einiger Großanbieter die Strukturen der mittelständischen Leistungserbringer zerstören. Als kleine und mittelständische Unternehmen sichern die Gesundheitshandwerke qualifizierte Beschäftigung von rund 160.000 Menschen und investieren überproportional in die qualifizierte Aus- und Fortbildung.
- Die Versicherten hätten nicht mehr den Vorteil einer großen Auswahl an Leistungserbringern. Durch Ausschreibungen würden vielmehr zahlreiche Leistungserbringer vom Markt verschwinden und der verschärfte Wettbewerb auf der Anbieterseite ad absurdum geführt. Den monopolistisch strukturierten Nachfragern (Kassen) stünden schließlich nur noch monopolistisch strukturierte Leistungserbringer gegenüber - mit allen Konsequenzen für die wertvollen mittelständischen Strukturen. Solche Art von Ausschreibungen führt also im Ergebnis nicht zu mehr, sondern zu weniger Wettbewerb.
- Wenn als Folge von Ausschreibungen nur noch wenige Anbietergruppen und Großbetriebe bestünden, würde eine flächendeckende wohnortnahe

Versorgung der Versicherten gefährdet. Die Hilfsmittelerbringer wären nur noch überregional oder virtuell (im Internet) tätig.

- Generell würde die Versorgungsqualität gefährdet, wenn durch Ausschreibungen vor allem der billigste Anbieter ermittelt wird. Die billigste Lösung ist nicht zugleich auch die wirtschaftlichste.
- Weil Hilfsmittel in der Regel arbeitsintensiv angepasst werden müssen (z. B. Hörsysteme), gehört zu der Leistung immer auch eine beträchtliche Dienstleistungskomponente, die nur schwer durch Ausschreibungen berücksichtigt werden kann. Hilfsmittel sind keine Massenprodukte, sondern Sonderanfertigungen. Völlig zu Recht zählen die Gesundheitshandwerke zu den gefahreneigenen Gewerken.

Wenn Ausschreibungen von den gesetzlichen Krankenkassen durchgeführt werden, dann sollten sie nur der Ermittlung des günstigsten Preises - bei gleich bleibender Qualität - dienen.

Nicht akzeptabel wäre weiterhin, wenn Fachärzte berechtigt wären, sich an Ausschreibungen für Hilfsmittel zu beteiligen. Seit Jahren werden immer mehr Hilfsmittel durch Fachärzte direkt an die Versicherten abgegeben (z.B. Hörgeräte, Brillen, Bandagen und Einlagen) und die Grenzen zwischen der ärztlichen Tätigkeit und dem gewerblichen Bereich der Gesundheitshandwerke immer stärker verwischt.

Eine solche gewerbliche Tätigkeit verträgt sich nicht mit einem freien Beruf. Merkmal des freien Berufs ist u.a. ein besonderes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Das Vertrauensverhältnis wird beeinträchtigt, wenn der Patient nicht mehr sicher sein kann, ob der Arzt ihm gegenüber sachgerecht oder aus eigennützigen Gründen handelt, weil er für die Abgabe des Hilfsmittels eine zusätzliche Einnahme erzielt.

Wenn der Arzt Nebeneinkünfte durch die Abgabe eines Hilfsmittels erzielt, werden vielfach Leistungen verordnet, die über das medizinisch Gebotene hinaus gehen. Der Arzt verfügt weitgehend über das Monopol, Verordnungen auszustellen und die Nachfrage nach den vom ihm indizierten Leistungen maßgeblich zu steuern. Je mehr Zusatzeinkünfte der Arzt durch seine Tätigkeit im Rahmen der Hilfsmittelversorgung erzielt, desto größer ist sein Interesse an derartigen Verordnungen.

Die Gesundheitshandwerke sind auf Grund ihrer langjährigen Ausbildung und der abgelegten Meisterprüfung für die Versorgung mit Hilfsmitteln umfassend qualifiziert. Die ordnungspolitisch fragwürdigen Übergriffe der Ärzte gefährden eine qualitativ hochwertige Versorgung der Verbraucher.

Die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Ärzte führt im Ergebnis zu erheblichen Wettbewerbsverzerrungen in der Hilfsmittelversorgung zu Lasten der Gesundheitshandwerke. Auf diese Weise werden Arbeits- und Ausbildungsplätze im Bereich der Gesundheitshandwerke gefährdet.

Berlin, 2. November 2006
Dr.Do