

Erste politische Bewertung zum Referentenentwurf eines GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes

AOK-Bundesverband
BKK-Bundesverband
IKK-Bundesverband
See-Krankenkasse
Verband der Angestellten-Krankenkassen
Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Im Koalitionsvertrag vom 11.11.2005 haben CDU, CSU und SPD als Leitbild und Ziel ihrer Gesundheitspolitik "die Sicherung eines leistungsfähigen und demographiefesten Gesundheitswesens mit einer qualitativ hochstehenden Versorgung für die Patientinnen und Patienten sowie die Gewährleistung einer solidarischen und bedarfsgerechten Finanzierung" vereinbart. Für den Bereich der Krankenversicherung haben sie darin zugleich die

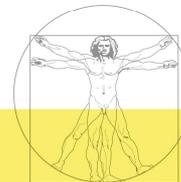
- Sicherung einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung und
- die wettbewerbliche und freiheitliche Ausrichtung

hervorgehoben. Wirksame Reformmaßnahmen wurden damit sowohl für die Einnahmen- wie für die Ausgabenseite versprochen. Hieran gemessen wird das nunmehr vorgelegte GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wie folgt bewertet:

1. Hauptziele der Reform werden verfehlt

Finanzierung wird weder nachhaltig stabilisiert noch gerechter gestaltet

Das größte Problem der GKV ist die Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben, die sich strukturell bedingt, mittel- und langfristig stetig öffnet. Bereits in 2007 fehlen zur Deckung der absehbaren Ausgaben der GKV ca. 7 Mrd. Euro. Dieses Defizit wächst - wenn der Gesetzgeber nicht entsprechend tätig wird - bis zum Ende der Legislaturperiode auf bis zu 13 bis 16 Mrd. Euro. In der Folge muss der Beitragssatz bis 2009 um bis zu 1,6 Prozentpunkte auf bis zu 15,9 Prozent angehoben werden.



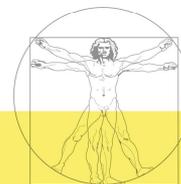
Dazu kommt in 2007 noch die gesetzlich vorgegebene Entschuldung, die - wenn der Gesetzgeber darauf besteht, dass sie in 2007 abgeschlossen wird - eine zusätzliche Beitragssatzanhebung um ca. 0,4 Prozentpunkte notwendig macht.

Der vorliegende Gesetzentwurf löst dieses Problem nicht im Ansatz. Er bewirkt keine erhöhten Einnahmen aus Steuern oder durch Verbreiterung der gesetzlich versicherten Personenkreise. Im Gegenteil: Im Zusammenspiel mit dem bereits verabschiedeten Haushaltsbegleitgesetz sinkt der Steuerzuschuss an die GKV von heute jährlich 4,2 Mrd. Euro auf 1,5 Mrd. Euro in 2007 und 2008 und wird in 2009 auf lediglich 3 Mrd. Euro angehoben.

Das Ziel sinkender Lohnzusatzkosten wird daher durch den absehbaren Anstieg der Beitragssätze in der GKV trotz sinkender Beiträge zur Arbeitslosenversicherung konterkariert.

Mit dem Gesetzentwurf werden die dringenden Probleme der GKV nicht angegangen, die Versicherten und ihre Arbeitgeber werden mit jährlich anwachsenden zusätzlichen Milliardenbeträgen belastet, im Jahr 2009 mit bis zu 16 Mrd. Euro.

Auch der Gesundheitsfonds in Verbindung mit Einheitsbeitragssätzen und Zusatzbeiträgen trägt nicht zur Problemlösung bei, sondern generiert neue. Mit den Einheitsbeitragssätzen wird den Krankenkassen die Finanzverantwortung maßgeblich entzogen. Durch den Zusatzbeitrag wird sich der Wettbewerb künftig verstärkt auf die gesunden und einkommensstarken Versicherten konzentrieren. Die sozialpolitisch begründete Überforderungsschwelle von 1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen führt dazu, dass Krankenkassen, die zufällig überdurchschnittlich viele Geringverdiener versichern, höherverdienende Versicherte stärker belasten müssen, als dies in einer Krankenkasse mit über- und durchschnittlich verdienenden Mitgliedern der Fall ist. Solchermaßen verzerrter Wettbewerb kann sein Ziel nur verfehlen. Je einkommensschwächer die Mitglieder einer Krankenkasse und je höher die im Risikostrukturausgleich nicht berücksichtigten Krankheitsrisiken ihrer Versicherten sind, desto höher wird ihr Zusatzbeitrag. Die Krankenkassen würden in einen Wettbewerb um gesunde und einkommensstarke Mitglieder gedrängt. In diesem Wettbewerb werden sie eher freiwillige und Service-Leistungen einschränken müssen, als Boni ausschütten zu können. Deshalb besteht die Gefahr, dass die Versorgung schlechter statt besser wird.

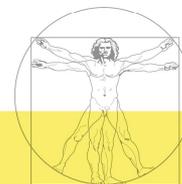


Darüber hinaus wird die zusätzliche Administration des Zusatzbeitrages den bürokratischen Aufwand durch die Führung von perspektivisch 50 Millionen Mitgliederkonten erhöhen statt verringern. Mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen würde eine neue zentrale Verwaltungsbürokratie aufgebaut, statt bewährte Organisationen im wettbewerblichen Zusammenwirken effizient arbeiten zu lassen.

Die wettbewerbliche Ausrichtung des Gesundheitswesens wird nicht gestärkt

Das Gesetz stärkt auch nicht - wie sein Name vorgibt - den Wettbewerb. Im Gegenteil: Weit über 70 Prozent des Ausgabenvolumens soll einheitlich für alle Krankenkassen von einem zentralen Dachverband durch entsprechende Verträge präjudiziert werden. Die neuen Vertragsoptionen, die neben diesem kollektivvertraglichen Teil der Versorgung Vertragswettbewerb ermöglichen sollen, können kaum genutzt werden, weil sie ganz überwiegend zusätzlich finanziert werden müssen. Die sogenannte „Anschubfinanzierung“ bzw. vereinfachte Vergütungsvereinbarung für die integrierte Versorgung wird zwar zeitlich verlängert, das Volumen wird jedoch weiter auf nur 1 Prozent der Gesamtvergütungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenhausrechnungen limitiert und zusätzlich werden die Voraussetzungen gesetzlich restriktiver gestaltet: Mit der Vorgabe mehr oder minder flächendeckender Vertragsabdeckung wird dieser Ansatz für wettbewerbliche Suchprozesse faktisch behindert werden. Die Verpflichtung der Krankenkassen, jeweils spezielle Hausarztverträge abschließen zu müssen, ist ebenfalls weder freiheitlich noch förderlich für einen Effizienzwettbewerb zwischen Hausarzt- und anderen Versorgungsmodellen.

Der vorliegende Gesetzentwurf ist insgesamt geprägt von einer eindeutigen Tendenz der Verstaatlichung, Zentralisierung und Vereinheitlichung der Steuerung des Gesundheitswesens. Kennzeichnend für diese Tendenz sind die Festsetzung eines für alle Krankenkassen geltenden allgemeinen Beitragssatzes, die Konkretisierung des Leistungskataloges durch eine dem BMG nachgeordnete Behörde (statt wie bisher durch die gemeinsame Selbstverwaltung) und die Steuerung der wichtigsten Vergütungssysteme und Preise durch einen regierungsnahen Spitzenverband der Krankenkassen. Das plurale und in den letzten Jahren schrittweise wettbewerblich entwickelte GKV-System soll offenbar in eine Deutsche Einheitskrankenversicherung nach dem Vorbild der Deutschen Rentenversicherung umgebaut werden. Dies ignoriert wesentliche Funktionsunterschiede beider Sozialversicherungszweige: während es in der Rentenversicherung darum geht, definierte Ansprüche auf Geldleistungen



zu bedienen, geht es in der Krankenversicherung darum, komplexe Versicherungs- und Versorgungsleistungen unter Anreiz und Nutzung wettbewerblicher Spielräume möglichst effizient zu erbringen. Nicht zuletzt zeigt die internationale Erfahrung, dass staatlich gesteuerte Gesundheitssysteme und insbesondere solche, in denen der Staat die Beiträge festsetzt, in aller Regel weder effizient noch effektiv und innovationsfreundlich sind.

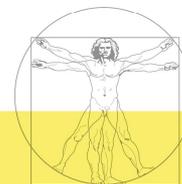
2. Beitragssatzfestsetzung durch die Bundesregierung

Nach § 241 SGB V des vorliegenden Gesetzentwurfs legt künftig die Bundesregierung den allgemeinen Beitragssatz per Rechtsverordnung fest. Der Beitragssatz soll zum Startzeitpunkt des Gesundheitsfonds so festgesetzt werden, dass er zusammen mit dem Steuerzuschuss und den sonstigen Einnahmen (z. B. Beiträge auf Mini-Jobs) die Gesamtausgaben der GKV und den Aufbau einer Schwankungsreserve deckt. Eine Anpassung des Beitragssatzes ist erst dann vorgesehen, wenn der Beitragssatz im laufenden und im folgenden Jahr weniger als 95 Prozent der Ausgaben der GKV deckt (vgl. § 220).

Durch die Festsetzung des Beitragssatzes durch die Bundesregierung verlören die Krankenkassen weitgehend ihre Finanzautonomie. Ihr finanzpolitischer Spielraum beschränkte sich allein auf die Erhebung des Zusatzbeitrages.

Es bestünde die Gefahr, dass sich die Bundesregierung bei Festsetzung des allgemeinen Beitragssatzes nicht primär vom Finanzbedarf für die Versorgung leiten lassen würde, sondern auch sachfremde Erwägungen handlungsleitend würden. Die konjunkturelle und allgemein-politische Lage, die Entwicklung der sogenannten Lohnzusatzkosten und nicht zuletzt anstehende Wahlen könnten nahelegen, notwendige Beitragssatzerhöhungen nicht vorzunehmen. Entsprechende Erfahrungen liegen aus der Rentenversicherung vor.

Es müsste damit gerechnet werden, dass notwendige Beitragsanpassungen zur Abdeckung des heutigen Leistungsumfangs und des medizinischen Fortschritts unterbleiben und in der Folge mit Leistungskürzungen oder mit individuell zu tragenden Belastungen der Versicherten und Patienten zu rechnen ist. Durch diese zusätzliche Belastung der Versicherten wird die Versorgung tendenziell schlechter statt besser. Die Spitzenverbände plädieren daher dafür, es bei der heutigen Form der Beitragsfi-



finanzierung und der vollumfänglichen Finanzverantwortung der Krankenkassen zu belassen.

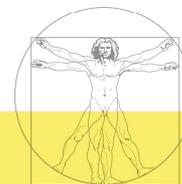
3. Gesundheitsfonds ohne Zusatznutzen für die GKV, aber mit zusätzlichen Kosten

Nach dem vorliegenden Gesetzentwurf leiten die Krankenkassen die eingenommenen Beiträge an das Bundesversicherungsamt (BVA) weiter. Dieses verwaltet sie als Sondervermögen, das Gesundheitsfonds genannt wird. Aus dem Gesundheitsfonds erhalten die Krankenkassen nach § 270 SGB V Zuweisungen zur Deckung ihrer Ausgaben. Diese Zuweisungen umfassen: eine Grundpauschale, alters-, geschlechts- und risikoadjustierte Zu- und Abschläge, über die ein Risikoausgleich durchgeführt wird, Zuweisungen für aufwändige Leistungsfälle und Zuweisungen für standardisierte Verwaltungs- und Sitzungsausgaben sowie für bestimmte Ausgaben im Zusammenhang mit Disease-Management-Programmen (DMP).

Das einzig neue an dieser Konstruktion ist, dass die Krankenkassen die Beitragseinnahmen künftig zuerst vollständig an den zentralen Fonds abführen müssen, um anschließend von diesem wiederum Zuweisungen zu bekommen. Der Risikostrukturgleich (RSA) wird heute bereits über das BVA gesteuert, allerdings als Netto-Verrechnung zwischen Zahlungsansprüchen und -pflichten. Dabei werden die von den Krankenkassen in den RSA abzuführenden Beiträge mit den ihnen zustehenden Zuweisungen verrechnet. Es spricht aus der Sicht der Spitzenverbände nichts dafür, dieses Verfahren durch die Hin- und Herüberweisung von dann monatlich über 10 Mrd. Euro zu verkomplizieren.

Zudem erfordert diese Umleitung der Zahlungsströme über den Gesundheitsfonds eine Schwankungsreserve in Höhe von ca. 3 Mrd. Euro bzw. 0,3 Beitragssatzpunkten, die aufgrund der aktuellen Finanzlage nicht ohne Beitragssatzerhöhung umzusetzen ist.

Die Spitzenverbände plädieren daher dafür, auf die Einrichtung des Gesundheitsfonds zu verzichten.

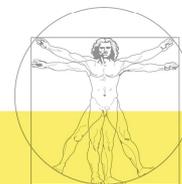


4. Zusatzbeitrag zerstört die GKV

Mit der Einführung staatlich festgesetzter Einheitsbeiträge wird den Krankenkassen die Finanzverantwortung maßgeblich entzogen. Sie erhalten aber über die Gestaltung von Zusatzbeiträgen und Boni scheinbar die Möglichkeit, einen Rest an finanzieller Autonomie zu behalten. Denn es ist vorgesehen, dass Krankenkassen, die ihre Ausgaben aus den Zuweisungen aus dem Fonds nicht decken können, von ihren Versicherten einen Zusatzbeitrag erheben müssen. Dieser Zusatzbeitrag kann prozentual auf das beitragspflichtige Einkommen oder als Pauschale erhoben werden. Er darf grundsätzlich 1 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens nicht überschreiten. Solange der Zusatzbeitrag die Höhe von 8 Euro nicht übersteigt, wird er jedoch ohne Einkommensprüfung erhoben. Der Zusatzbeitrag ist so zu bemessen, dass er zusammen mit den Zuweisungen aus dem Fonds die voraussichtlichen Ausgaben und die Auffüllung der Rücklagen deckt. Krankenkassen, die die Zuweisungen aus dem Fonds nicht vollständig verbrauchen, dürfen ihre Überschüsse an ihre Mitglieder als Boni ausschütten (§ 242 SGB V).

In der Begründung zu dieser Regelung heißt es: "Wirtschaftlich arbeitende Krankenkassen sind in der Lage, ihren Finanzbedarf aus den Mittelzuweisungen des Gesundheitsfonds zu decken oder sogar einen Überschuss zu erzielen." Dies ist nicht zutreffend. Die Wirtschaftlichkeitsanstrengungen der Krankenkassen werden im Rahmen des vorliegenden Gesetzes in mehrfacher Hinsicht konterkariert. Dies resultiert zum einen aus den Einheitsverträgen des geplanten Dachverbandes, zum anderen aus Faktoren, die dazu führen, dass die verbleibenden Optionen für Einzelverträge in der Regel nur mit zusätzlichen Vergütungen erkaufte werden können. Beispiel par excellence hierfür ist die Pflicht, dass alle Krankenkassen Hausarztverträge anbieten müssen. Drittens bedeutet die sozialpolitisch wohl begründete Überforderungsklausel für die Versicherten von 1 Prozent der beitragspflichtigen Einkommen für die Krankenkasse, dass diese hinsichtlich der durch Zusatzbeiträge aufbringbaren Finanzmittel von der zufälligen Einkommenslage ihrer Mitglieder abhängig gemacht wird. Sie kann dies in keiner Weise durch "wirtschaftliche Anstrengungen" beeinflussen.

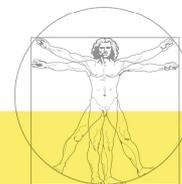
Für das Gros der Krankenkassen wird ein Zusatzbeitrag notwendig, wenn nicht 100 Prozent der Ausgaben vom Gesundheitsfonds berücksichtigt werden. Selbst unter der Voraussetzung eines sehr zielgenauen morbiditätsorientierten RSA (Morbi-RSA)



und einer 100-prozentigen Fondsausstattung wird es Krankenkassen geben, die einen Zusatzbeitrag erheben müssen. Dies ist z. B. für regional organisierte Krankenkassen in Regionen mit einer hohen Versorgungsdichte (z. B. in Ballungszentren) oder einem hohen Anteil an Versicherten, die von der Zuzahlung nach § 62 SGB V befreit sind, der Fall. Wie hoch die Zielgenauigkeit des jetzt vereinbarten Morbi-RSA sein wird, ist noch nicht erkennbar. Eine 100-prozentige Einbeziehung der Ausgaben ist aber nach dem vorliegenden Gesetzentwurf nur im Startjahr gegeben. Anders als heute im RSA führen steigende Ausgaben der GKV zunächst nicht zu einer entsprechenden Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes und der Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die Krankenkassen. In der Folge müssen die Krankenkassen den Zusatzbeitrag erhöhen. Aufgrund der Erfahrungen aus der Vergangenheit muss damit gerechnet werden, dass von den Krankenkassen zukünftig dauerhaft ein durchschnittlicher Zusatzbeitrag von mindestens 12 Euro pro Monat und Mitglied erhoben werden muss. Tatsächlich werden kassenindividuell unterschiedliche Zusatzbeiträge und auch Boni möglich sein, die Spannweite - und damit der verzerrte Wettbewerbsanreiz - kann dabei erheblich sein. (Die Belastung wird durch 1 Prozent der Beitragsbemessungsgrenze bei rd. 36 Euro pro Monat (im Jahr 2006) limitiert, aber auch die Prämienauszahlung könnte umgekehrt bis in diese Region reichen.) Innerhalb dieses Rahmens wird wohl der verbleibende „Alibiwettbewerb“ in der GKV stattfinden.

Der Zusatzbeitrag kann aber seine Preis- und Transparenzfunktion im Wettbewerb gerade deshalb nicht sachgerecht entfalten, weil er als "Rest"größe für die Krankenkassen - auch aus den oben genannten Gründen - nicht managementfähig ist. Denn bei den nicht durch Zuweisungen aus dem Fonds gedeckten Ausgaben, die über den Zusatzbeitrag zu finanzieren sind, findet weder ein zusätzlicher Ausgleich der Krankheits- noch der Einkommensrisiken statt. Der solchermaßen verzerrte und von der einzelnen Krankenkasse keineswegs adäquat beeinflussbare Wettbewerb droht zu folgendem Ergebnis zu führen: Krankenkassen mit ungünstiger Ausgangskonstellation müssen Insolvenz anmelden, sobald die Deckungslücke zu den gesetzlichen Beitragszuweisungen nicht mehr durch zureichende Einnahmen aus Zusatzbeiträgen gedeckt werden kann.

Bereits nach kurzer Zeit muss deshalb mit Insolvenzen auch großer Krankenkassen gerechnet werden. Das ist kein Ergebnis von Wettbewerb, sondern einer verfehlten Konstruktion aus Einheits- und Zusatzbeitrag mit Überforderungsklausel. Insolven-



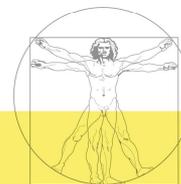
zen von gesetzlichen Krankenkassen führen jedoch zwangsläufig zu einem Verlust des Vertrauens der Versicherten in ihre Krankenkassen und in der Folge zu einem Verlust des Vertrauens eines Großteils der Bevölkerung in die Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt. Das kann und darf politisch nicht gewollt sein.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen plädieren daher nochmals dafür, die Verantwortung für die Beitragspolitik ungeteilt in der Hand der Krankenkassen zu belassen.

5. Neugestaltung der ambulanten Versorgung

Die Regelungen zur hausarztzentrierten Versorgung und zur besonderen ambulanten Versorgung erweitern grundsätzlich den Spielraum für selektive Verträge. Mit dem angestrebten Wettbewerb ist allerdings nicht vereinbar, dass die Krankenkassen verpflichtet werden, ein Hausarztmodell anzubieten. Außerdem erfordert die Finanzierung der hausarztzentrierten und der besonderen ambulanten Versorgung eine sachgerechte Bereinigung der Gesamtvergütungen, über die mit den Kassenärztlichen Vereinigungen verhandelt werden muss. Die notwendige Förderung könnte alternativ noch besser mit einer gesetzlich geregelten Anschubfinanzierung erreicht werden. Kritisch ist indessen, dass die für die kollektivvertraglich geregelte Versorgung zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen auch Selektivverträge mit den Krankenkassen über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung abschließen können. Die Kassenärztlichen Vereinigungen konkurrieren dadurch mit sich selbst und mit ihren Mitgliedern.

Die Ablösung des geltenden Vergütungssystems zum 01.01.2009 durch die Einführung fester und einheitlicher Preise (Euro-Gebührenordnung) und die Anpassung des Leistungsbedarfs an Morbiditätskriterien beinhaltet erhebliche Risiken für die Ausgabenentwicklung und damit für die Beitragssatzstabilität der Krankenkassen. Durch notwendige Anpassungen der Preise an die Kostenentwicklung und durch die ärztliche Feststellung und Dokumentation der Morbidität droht eine doppelte Dynamik der Ausgaben für ärztliche Leistungen. Unrealistisch ist die Vorgabe, innerhalb weniger Monate die ärztlichen Leistungen in der Gebührenordnung zu Pauschalen zusammenzufassen. Mit der angestrebten "Wettbewerbsstärkung" nicht vereinbar ist die Verpflichtung, die Vergütungsverhandlungen auf Bundes- und Landesebene einheitlich und gemeinsam zu führen.



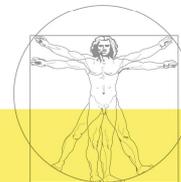
6. Überregulierung im Arzneimittelmarkt

Der GKV-Arzneimittelmarkt ist gegenüber anderen Leistungsbereichen im Unterschied zu anderen EU-Staaten durch zwei Besonderheiten geprägt. Zum einen sind verschreibungspflichtige Arzneimittel nach arzneigesetzlicher Zulassung grundsätzlich verordnungsfähig. Zum anderen können die Anbieter von Arzneimitteln über ihren Herstellerabgabepreis den Verbraucherpreis frei bestimmen. Generell gilt, dass Arzneimittel besondere Güter darstellen, deren Nachfrage sich im Gegensatz zu Konsumgütern nicht beliebig über Wettbewerb steuern lässt. Insofern handelt es sich um einen atypischen Markt, in dem die gängigen Marktmechanismen nicht unmittelbar greifen.

In den letzten Jahren wurde der Arzneimittelmarkt bei jeder Reform maßgeblich verändert und ist inzwischen überreguliert. Hat das gerade zum 01.05.2006 in Kraft getretene Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) noch nicht einmal vollständig seine Wirkung entfalten können, so wird mit dem GKV-WSG gleichwohl neu in den Markt eingegriffen. So schlagen sich die AVWG-Maßnahmen zu Festbeträgen, Zuzahlungsfreistellung und zu Abschlägen bereits deutlich in einer rückläufigen Preisentwicklung nieder; die eingeleiteten Umsetzungsmaßnahmen werden jedoch erst im Laufe des Jahres 2006 und 2007 voll zum Tragen kommen. Diese Effekte werden durch die beabsichtigten Regelungen des GKV-WSG teils überlagert, teils konterkariert.

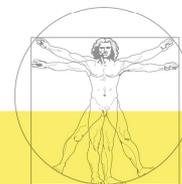
Die Krankenkassen werden mit dem GKV-WSG in diesem Versorgungsbereich verstärkt in einen Wettbewerb untereinander und damit zunehmend unter Kartellrecht gestellt. Unter den Vorzeichen einer generellen Leistungspflicht nach Zulassung und den marktgemäßen Regeln des Kartellrechts werden selbst große Krankenkassen nicht die finanziellen Effekte erreichen können, die die im gesetzlichen Auftrag gemeinsam und einheitlich handelnde Selbstverwaltung, inzwischen auch verfassungs- und EU-kartellrechtlich abgesichert, gewährleistet. Von den Neuregelungen zum Arzneimittelbereich hervorzuheben sind:

- Die einseitige Verpflichtung der GKV zur Übernahme aller Schutzimpfungen entlasten die öffentlichen Haushalte und Arbeitgeber. Sie verursacht zusammen mit arbeitsschutzpflichtigen Impfungen, gerade erweitertem Standardimpfkatalog (Pneumokokken, Keuchhusten, Meningokokken) sowie weiteren von der STIKO vorbereiteten Empfehlungen einen Kostenschub von geschätzt mindestens



1,6 Mrd. Euro (GKV-Ausgaben 2005: 0,9 Mrd. Euro) mit jährlichen Folgekosten. Vor diesem Hintergrund bedarf es einer klaren Abgrenzung der Kostenverantwortung zwischen GKV, Öffentlichem Gesundheitsdienst (ÖGD) und Arbeitgebern. Hierbei ist insbesondere klarzustellen, dass für kollektive Schutzmaßnahmen (z. B. Impfungen im Influenza-Pandemiefall) die Kostenzuständigkeit des ÖGD gegeben und die GKV ausschließlich für den außerberuflichen Individualschutz kostenpflichtig ist.

- Die Erweiterung des Prinzips der Höchsterstattungsgrenzen auf nicht festbetragsgeregelte Arzneimittel ist grundsätzlich systemgerecht. Die hierzu vorausgesetzte Kosten-Nutzen-Bewertung durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen läuft jedoch der Marktentwicklung regelmäßig hinterher, was durch erweiterte Beteiligungsverfahren noch verstärkt wird. Da einmal eingeführte Arzneimittel kaum noch in ihrer Verordnungsfähigkeit eingeschränkt werden können, wenn eine spätere neutrale Bewertung nicht positiv ausfällt, ist eine vorgelagerte Kosten-Nutzen-Bewertung als Voraussetzung für die Erstattungsfähigkeit unverzichtbar.
- Mit dem GKV-WSG wechselt innerhalb eines Jahres die ordnungspolitische Richtung: Dem AVWG-Verbot der Naturalrabatte an Apotheken soll nun die Mandatierung der Apotheken zum Abschluss von Rabattverträgen folgen und zu Einsparungen von 500 Mio. Euro beitragen.
- Die weitere Individualisierung durch Höchstpreise für Apotheken, Vertragspreise und mehrdimensionale Rabatte löst die im Arzneimittelbereich bislang am weitesten fortgeschrittene Transparenz wieder auf. Die künftige Intransparenz der tatsächlichen Preisstruktur sowie die entstehenden Vertragslandschaften hebeln Steuerungsinstrumente zur wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung sowohl auf Ebene des einzelnen Arztes als auch auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen faktisch aus.
- Die Verlagerung der Gestaltung wesentlicher Rahmenverträge für die Arzneimittelversorgung auf den neuen Dachverband bedient zentralistische Strukturen im Widerspruch zur generell verfolgten Wettbewerbsphilosophie. Da die gesetzlichen Vertragsermächtigungen nicht verändert werden, ergeben sich für den Dachverband im Arzneimittelbereich keine besseren Durchsetzungschancen.



7. Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Gesetzentwurf sieht vor, das Entscheidungsgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) künftig mit hauptamtlich beim Gemeinsamen Bundesausschuss Beschäftigten zu besetzen. Diese Hauptamtlichen sollen ihre Entscheidungen weisungsunabhängig von den Trägerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses treffen. Der Gemeinsame Bundesausschuss setzt untergesetzliche Normen. Damit darf der Gesetzgeber aus verfassungsrechtlichen Gründen nur Institutionen beauftragen, die durch Wahlen legitimiert sind. Dies ist bei den heute im G-BA entscheidenden Vertretern der Trägerorganisationen gegeben. Bei hauptamtlich Beschäftigten des G-BA ist die Legitimationskette durch Wahlen durchbrochen. Sie werden von den Trägerorganisationen lediglich benannt und als hauptamtliche Angestellte des G-BA dann völlig von der Selbstverwaltung abgekoppelt. Damit ist der G-BA keine Selbstverwaltungsinstitution mehr, sondern eine dem BMG nachgeordnete Behörde. Dem entspricht auch die Fachaufsicht, die der Gesetzentwurf dem BMG über den G-BA - im Unterschied zur heutigen Rechtsaufsicht - einräumt.

Auf Seiten der Krankenkassen sollen künftig nicht mehr die Spitzenverbände Träger des G-BA sein, sondern der BMG-nahe Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen lehnen die Verstaatlichung des G-BA und die Fachaufsicht des BMG über den G-BA ab. Sie sehen die Gefahr, dass sachfremde politische Motive und Ziele in die G-BA Entscheidungen einfließen und Politik und Ministerium, sich z. B. bei Festbeträgen für Arzneimittel, den Kosten-Nutzen-Analysen neuer teurer Arzneimittel, der Zulassung neuer teurer Diagnose- und Behandlungsverfahren nicht in allen Fällen gegenüber der hoch durchsetzungsfähigen Lobby, insbesondere den Pharma- und Medizinprodukteherstellern, durchsetzen können. Dies könnte für die GKV zum einen teuer werden. Zum anderen könnte es zu erheblichen Leistungsungerechtigkeiten führen, wenn bei der Zulassung von Leistungen nicht immer die gleichen Kriterien zugrunde gelegt werden.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen plädieren deshalb dafür, die Entscheidungsgremien weiter durch Mitglieder der Gemeinsamen Selbstverwaltung zu besetzen und es bei der bestehenden Rechtsaufsicht zu belassen.

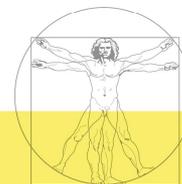


8. Spitzenverband Bund

Die Krankenkassen sollen nach dem Gesetzentwurf einen Spitzenverband Bund als Körperschaft des öffentlichen Rechts bilden. Auf diesen gehen alle gesetzlichen Aufgaben der heutigen Spitzenverbände über. Der Spitzenverband Bund wäre danach insbesondere zuständig für die Vergütungssysteme für das Krankenhaus, die Vertragsärzte und die Vertragszahnärzte, die Festsetzung der Festbeträge für Arzneimittel und Hilfsmittel, die Festsetzung der neuen Höchstbeträge für Arzneimittel, Vorgaben für die jährlichen Vergütungsverhandlungen und Arzneimittelvereinbarungen auf Landesebene, die Ausgestaltung der Telematik und vieles mehr. Die Entscheidungen des Spitzenverbandes Bund sollen für alle Landesverbände und Krankenkassen verbindlich sein. Damit hätte der Spitzenverband Bund nahezu alle wichtigen Steuerungsinstrumente der GKV in der Hand. Es fände eine ungeheure Machtkonzentration statt. Die einzelne Kasse soll im Spitzenverband Bund in der Mitgliederversammlung mit 2 Mitgliedern ihres Verwaltungsrates vertreten sein. Die ca. 500-köpfige Mitgliederversammlung hat nach dem Gesetzentwurf lediglich die Aufgabe, den 32-köpfigen Verwaltungsrat zu wählen.

Die Verteilung der 32 Sitze im Verwaltungsrat auf die Kassenarten soll per Gesetz vorgenommen werden. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Verteilung erscheint recht willkürlich, nicht nur in der unvollkommenen Abbildung der Marktanteile der Kassenarten. Da die Ersatzkassen nur Versichertenvertreter stellen, wird den anderen Kassenarten vorgegeben, entsprechend mehr Arbeitgebervertreter zu entsenden. Die Wahl erfolgt nach komplizierten Verfahren mit absurden Zügen. So soll z. B. im Nichteinigungsfall über die Reihenfolge der Kandidaten auf den Wahllisten der Vorsitzende der Mitgliederversammlung entscheiden.

Bis auf die Beteiligung der Krankenkassen über ihre Verwaltungsräte an der Wahl eines höchstens 3-köpfigen hauptamtlichen Vorstandes des Spitzenverbandes legt der Gesamtkontext des Gesetzentwurfes nahe, dass die Kassen möglichst wenig an dem vom Spitzenverband Bund zu treffenden Entscheidungen beteiligt werden sollen. Dass alle operativen Entscheidungen von diesem Vorstand getroffen werden, ist angesichts des Umsatzvolumens der Marktbereiche, auf die sich seine Entscheidungen beziehen (ca. 150 Mrd. Euro), völlig inakzeptabel. Es führt auch dazu, dass die Vorstände der Krankenkassen, die sich für das operative Ergebnis ihrer jeweiligen Krankenkasse vor ihren Verwaltungsräten verantworten müssen, Entscheidungen des 3-köpfigen Spitzenverbandsvorstandes, z. B. zu wettbewerbsrelevanten



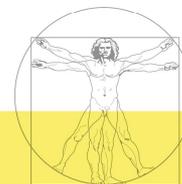
Verträgen, gegen sich gelten lassen müssen, ohne auf diese auch nur im Geringsten Einfluss nehmen zu können. Zwar werden viele dieser Verträge heute von den Spitzenverbänden einheitlich und gemeinsam verhandelt und abgeschlossen. In den Spitzenverbänden wird aber systematisch der Interessenausgleich der untereinander im Wettbewerb stehenden Mitglieder organisiert und die Vorstände der Spitzenverbände müssen sich für die von ihnen unterzeichneten Verträge vor ihren Mitgliedern verantworten.

Die Gestaltungsfreiheiten der Bundesländer und der Krankenkassen, für die Region eine qualitativ hochstehende und wirtschaftliche Versorgung zu gestalten, werden weitgehend eingeschränkt.

Als Ziel für die Etablierung des Spitzenverbandes Bund wird die Beseitigung von Blockaden und Ineffizienzen in der Entscheidungsfindung der Selbstverwaltung angegeben. Tatsächlich beruhen Blockaden und Verzögerungen in aller Regel aber nicht auf einer Nichteinigungsfähigkeit der bestehenden Spitzenverbände, sondern auf Interessenskonflikten mit den Leistungserbringern. Mit diesen würde auch der neue Spitzenverband konfrontiert sein. Der Spitzenverband Bund hat deshalb keinen Nutzen für die GKV. Im Gegenteil, mit ihm wird eine neue Bürokratie geschaffen, die zusätzliche Kosten verursacht. Darüber hinaus entfallen Synergieeffekte, die heute durch die kombinierte Wahrnehmung gesetzlicher Pflichtaufgaben und freiwilliger Dienstleistungsaufgaben durch die Spitzenverbände der einzelnen Kassenarten entstehen.

Hinzu kommt, dass den angedachten Strukturveränderungen erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken entgegenstehen. Demnach ist die Auflösung der Spitzenverbände nicht mit dem Rechtsstaatsprinzip vereinbar. Die wettbewerbsbeschränkende Konzentration und Zentralisierung von Aufgaben auf den neuen "Spitzenverband Bund" führt dazu, dass das System des gegliederten Krankenkassenwesens, das unverändert Grundlage des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung ist und weiter bestehen bleiben soll, durchbrochen wird. Die der Konzentration zugrunde liegenden Regelungen sind deshalb von vornherein evident ungeeignet und damit rechtsstaatswidrig.

Die geplante Umwandlung der Bundesverbände in Gesellschaften des bürgerlichen Rechts stellt zudem einen objektiven Verstoß gegen Art. 9 Abs. 1 GG dar. Die



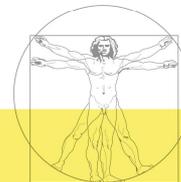
Zwangserrichtung der Gesellschaften verstößt auch nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes eindeutig gegen die negative Vereinigungsfreiheit.

Im Gesamtkontext des Gesetzentwurfs drängt sich der Eindruck auf, dass das vorrangige Motiv für die Etablierung des Spitzenverbandes Bund die deutliche Erhöhung des zentralstaatlichen Einflusses auf die Steuerung der GKV ist. Der Vorstand des Spitzenverbandes Bund, der Entscheidungen von ca. 150 Mrd. Euro Vertragsvolumen - ohne wirksames Korrektiv - zu fällen hat, wird sich eng mit seiner Aufsicht, d. h. mit dem BMG, abstimmen und zu dessen verlängertem Arm werden.

Die Spitzenverbände der GKV treten für eine plurale, wettbewerblich orientierte, soziale Krankenversicherung ein. Eine Verstaatlichung, Zentralisierung und Vereinheitlichung der GKV lehnen sie ab. Deshalb fordern sie dringend dazu auf, auf den geplanten Spitzenverband Bund zu verzichten.

9. Haftung und Insolvenz im System der GKV

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz werden sämtliche Krankenkassen für insolvenzfähig erklärt und damit die bisher geltenden Insolvenzausschlüsse auf Landesebene durchbrochen. Damit einher geht ein Paradigmenwechsel bezüglich der Haftung im Fall der Schließung/Insolvenz einer Krankenkasse: Anstelle der solidarischen kassenarteninternen Haftungsverbände mit körperschaftlich verfassten Verbänden, die mit entsprechenden Aufgaben beliehen sind, als Garant der Sicherstellung der Vergütung der Leistungserbringer und damit der Gesundheitsversorgung der Versicherten, findet nur noch eine anteilmäßige Befriedigung der Gläubiger gemäß der Insolvenzordnung statt. Die somit erstrebte Haftungsbefreiung ist verfassungswidrig, da sich dadurch der Bund seiner verfassungsrechtlichen Funktionsgewährleistungsverantwortung für ein funktionierendes System der Gesundheitsversorgung zu entziehen sucht. Das Risiko, dass das durch den Gesundheitsfonds vorgegebene Finanzvolumen zur Erfüllung der durch den Spitzenverband Bund diktierten Aufgaben wegen einer ungünstigen Versichertenstruktur nicht ausreicht, soll über das Insolvenzverfahren letztlich den Gläubigern der Krankenkasse, also den Versicherten, Arbeitnehmern, Ärzten, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern, aufgebürdet werden. Die Insolvenz großer Krankenkassen wird auf Seiten der Leistungserbringer zu Anschlussinsolvenzen führen, was in der Konsequenz erhebliche Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen haben wird, insbesondere im stationä-



ren Bereich. Die Einführung des Insolvenzrechts kann damit auf Leistungserbringerseite dazu führen, dass Behandlungen nur noch gegen Vorkasse gewährt werden, um sich gegen das Insolvenzrisiko der Krankenkasse abzusichern. Zudem führt das erhöhte Sicherungsbedürfnis von Leistungserbringern wie potenziellen Finanzpartnern zu Mehrkosten bei den Krankenkassen.

Die Übergangsregelung, wonach der Spitzenverband Bund für alle Krankenkassen die Höhe der Verschuldung zum 01.01.2008 feststellt und im Falle einer Insolvenz oder Schließung einer Kasse deren Schulden auf die übrigen Krankenkassen der selben Kassenart verteilt, stellt einen weiteren Eingriff in die verbleibende Finanzautonomie der gesetzlichen Krankenkassen dar.

10. Ausweitung der Kostenerstattung birgt Risiken für Versicherte

Die Möglichkeit der Leistungsanspruchnahme im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens soll insofern flexibilisiert werden, als Versicherten vor jeder Behandlung die Entscheidung freigestellt wird, ob sie anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung wählen wollen. Der Spitzenverband Bund hat über die Erfahrungen mit dieser Neuregelung bis zum 31.03.2009 dem Deutschen Bundestag zu berichten.

Die Flexibilisierung und Ausweitung der Kostenerstattung höhlt das bewährte Sachleistungsprinzip aus, welches die Versicherten vor finanziellen Vorleistungen und finanzieller Überforderung schützt. Insbesondere die Möglichkeit, in jedem einzelnen Behandlungsfall anstelle der Sachleistung Kostenerstattung zu wählen, wird von den Spitzenverbänden abgelehnt. Nach den bisherigen Erfahrungen wird dies dazu führen, dass Leistungserbringer - ihren Einkommensinteressen folgend - vermehrt Druck auf ihre Patienten ausüben, Kostenerstattung zu wählen. So könnte etwa die Vergabe von zeitnahen Terminen beim Facharzt bei gesetzlich Versicherten von einer "ausnahmsweisen" Wahl der Kostenerstattung abhängig gemacht werden.

Für die Versicherten, die bei Wahl der Kostenerstattung zusätzlich in ein privatrechtliches Vertragsverhältnis zu ihrem Behandler geraten, wird es sehr schwierig zu differenzieren, welche medizinischen Leistungen im einzelnen noch gesetzliche Leistungen und welche rein private Leistungen sind, z. B. die so genannten Individuellen Gesundheitsleistungen. Neben dem Umstand, dass sie in der Regel höhere Rechnungen erhalten als ihre Krankenkasse erstatten kann, tragen sie also das Risiko,



dass für bestimmte Leistungen überhaupt keine Erstattung erfolgt. Zum Schutz der Versicherten sollte die Regelung also mindestens mit einer vorangehenden Aufklärungspflicht der Krankenkassen verknüpft bleiben.

Insgesamt führt eine Ausdehnung der Kostenerstattung zu steigendem Verwaltungsaufwand (keine KV-Abrechnung, Anrechnung auf Gesamtvergütung usw.) und zu Schwierigkeiten bei allen qualitäts- und kostensteuernden Regelungen auf Kollektivvertragsebene (Budgets/ Gesamtvergütungen/ Ausgabenvolumina, Wirtschaftlichkeitsprüfungen etc.).