

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

17(14)0074(39)

gel. VB zur Anhörung am 25.10.

10_GKV-FinG_Block I

19.10.2010

verbraucherzentrale

Bundesverband

Berlin, den 18.10.2010

Vermeidung neuer Finanzbelastungen und Versorgungsrisiken für die Versicherten durch die geplante Gesundheitsreform

Stellungnahme des Verbraucherzentrale Bundesverbandes

**zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen
Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung**

Änderungsanträge 2 und 5 der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. – vzbv
Fachbereich Gesundheit/Ernährung
Markgrafenstr. 66
10969 Berlin
gesundheit@vzbv.de
www.vzbv.de

Schwächung der Versicherten in der Krankenversicherung durch die vorgesehenen Gesetzesänderungen

Erklärtes Ziel der vorliegenden Gesetzesinitiative ist es, eine nachhaltige Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu erreichen. Dies soll durch eine Begrenzung der Ausgabensteigerung und durch eine Neustrukturierung der Finanzierungssystematik geschehen. Aus der gewählten Umsetzung der beiden Handlungsstrategien heraus ergeben sich erhebliche neue Belastungen für Versicherte und Patienten:

- Die Festschreibung des von den Arbeitgebern zu finanzierenden Anteils an der GKV bei gleichzeitiger Einführung prinzipiell unbegrenzter einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge bedeutet, dass zukünftige Kostensteigerungen im Gesundheitswesen ausschließlich von den Versicherten zu finanzieren sein werden. Demgegenüber hätte die Verbreiterung der Finanzierungsbasis auf alle Einkommensarten eine nachhaltige Finanzierung der GKV mit einer Entlastung für Arbeitnehmer vereinbaren können.
- Die vorgesehenen Kostendämpfungsmaßnahmen wirken überwiegend nur bis 2012. Die danach zu erwartende Kostensteigerung lässt eine entsprechende Entwicklung der Zusatzbeiträge zu Lasten der Versicherten erwarten.
- Der geplante Sozialausgleich wird nicht nur einen hohen Aufwand an Bürokratie mit sich bringen, vor allem die Betroffenen werden damit überfordert sein, die Regelungen nachzuvollziehen und damit zu überprüfen, ob sie in ihrem Fall korrekt angewendet wurden. Die mit dem pauschalen Versichertenbeitrag angestrebte Kostentransparenz wird so konterkariert.
- Die Kombination von persönlich zu entrichtenden Zusatzbeiträgen und einem Aussetzen des Sozialausgleichs bei Säumnis ergibt ein hohes Verschuldungsrisiko für Niedrigverdiener.
- Durch die zeitgleiche Erhöhung der Beiträge in der GKV und die Reduzierung der Wartefrist für den Wechsel in die Private Krankenversicherung (PKV) wird der Anreiz zum Wechsel erhöht. Durch die entgehenden Einnahmen werden die GKV-Versicherten belastet, während gleichzeitige Schutzmechanismen für PKV-Versicherte, die von steigenden Beiträgen finanziell überfordert sind, nicht ausgebaut werden.
- Das Zusammenwirken der geplanten Ausgabenbegrenzungen im ambulanten und stationären Sektor kann zu Versorgungsengpässen führen. Betroffen sind Leistungen, die bisher als besonders förderungswürdig eingestuft wurden, wie beispielsweise Dialyse oder ambulante Operationen. Der notwendige Strukturwandel durch Bildung von Kompetenzzentren wird erschwert.
- Besonders kritisch ist der Änderungsantrag 2 von CDU/CSU und FDP zur Kostenerstattung. Kommen die geplanten Änderungen zum Tragen, werden sich zwei Patientengruppen herausbilden: Patienten, die sich eine Kostenerstattung leisten können und solche, die das nicht können. Erstere müssen mit erheblichen Mehrausgaben bei unverändertem Leistungsangebot rechnen, da die Erstattungsverpflichtung der Krankenkassen auf den Betrag im Sachleistungsprinzip beschränkt werden soll. Die zweite Gruppe wird Schwierigkeiten bekommen, ambulante ärztliche Versorgung in angemessener Zeit zu erhalten. Nach seriösen Schätzungen ist damit zu rechnen, dass es im Kostenerstattungsprinzip zu Verteuerungen ambulanter Leistungen von mindestens 30 Prozent kommt, möglicherweise noch deutlich mehr. Diese Gelder fließen ausschließlich den Leistungserbringern

zu. Aufgrund des erheblichen ökonomischen Eigeninteresses der Ärzte an der Kostenerstattung dürfte der Druck auf Patienten in der Praxis hoch sein, sich für diese Erstattungsart zu entscheiden, ohne dass sie über die finanziellen und qualitativen Risiken ausreichend aufgeklärt wurden. Damit wird die Freiwilligkeit bei der Wahl der Kostenerstattung entscheidend geschwächt. Ferner greifen die Instrumente der Krankenkassen und der Gemeinsamen Selbstverwaltung zur Ausgabenbegrenzung und Qualitätssicherung im Rahmen der Kostenerstattung nicht mehr.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband kommt deshalb zu dem Schluss:

Der vorliegende Gesetzesentwurf und die Änderungsanträge der CDU/ CSU und FDP-Fraktionen stellen keinen Beitrag für eine nachhaltige Finanzierung der GKV dar. Statt dessen werden erhebliche neue Finanzbelastungen und Versorgungsrisiken für Versicherte und Patienten geschaffen.

Der Verbraucherzentrale Bundesverband fordert folgende Anpassungen:

1. Arbeitgeber sind weiter an der Kostenentwicklung zu beteiligen und Versicherte vor Überforderung zu schützen

Die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags entlässt die Unternehmen aus ihrer Mitverantwortung für die künftige Kostenentwicklung der GKV. Um in der Wirtschaft das Interesse an einer effizienten Mittelverwendung zu erhalten, müssen Arbeitgeber weiterhin an der Dynamik der Ausgaben in der Krankenversicherung beteiligt werden.

Für privat Versicherte muss der finanzielle Überforderungsschutz bei im Alter steigenden Beiträgen deutlich verbessert, die Erstattungspraxis von Krankenversicherungsbeiträgen bei Beziehern von Arbeitslosengeld II und Leistungen nach dem SGB XII überarbeitet und mehr Versorgungssicherheit insbesondere bei Zahlungsrückständen geschaffen werden. Für gesetzlich Versicherte darf eine Säumnis bei der Entrichtung des Zusatzbeitrags auf keinen Fall zu einem Ausbleiben des Sozialausgleichs führen.

2. Transparenz statt finanzieller Mehrbelastung: Alternativen zur Kostenerstattung einführen

Der Verbraucherzentrale Bundesverband lehnt die vorgeschlagene Änderung der bereits bestehenden Möglichkeiten zur Kostenerstattung in der GKV nach den §§ 13 und 53 SGB V entschieden ab, da Kostenerstattung zu einer Aushöhlung des Sozialprinzips der GKV sowie zu hohen und unkalkulierbaren Mehrbelastungen der Patienten führt und jegliche Steuerung von Qualität und Kosten im Gesundheitswesen unterläuft.

Das Ziel der Transparenz für Patienten über die in Anspruch genommenen Leistungen und die verursachten Kosten lässt sich wesentlich besser durch das Instrument der Patientenquittung nach § 305 (2) SGB V erreichen, das dazu ausgebaut und umgestaltet werden muss:

- Derzeit müssen Patienten ihren behandelnden Arzt aktiv um die Ausstellung einer Patientenquittung bitten, was häufig als Artikulation von Unzufriedenheit mit der Behandlung verstanden und vermieden wird. Darüber hinaus sind viele Patienten

über diesen Rechtsanspruch nicht informiert. In Zukunft sollte verpflichtend jeder Arzt seinen gesetzlich versicherten Patienten am Ende jedes Quartals eine solche Leistungsabrechnung zukommen lassen.

- Die Aufstellungen der einzelnen Leistungen erfolgen derzeit im ambulanten Bereich anhand der Gebührenordnungspositionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs in der Regel ohne ergänzende Zusätze. In Zukunft sollten die Positionen patientenverständlich bezeichnet sein und auch die Bedingungen, die für die Abrechnung zu beachten sind (Leistungslegende), sowie die genauen Inhalte (fakultative und obligatorische Leistungen) in laienverständlicher Form enthalten.
- Zu vielen ambulanten Leistungen gibt es in den Kassenärztlichen Vereinigungen Richtzeiten für die Dauer der Behandlung (Prüfzeiten). Diese sind zur Erhöhung der Transparenz für den Patienten ebenfalls aufzuführen.
- Bislang besteht keine Verpflichtung, innerhalb von Patientenquittungen auch die gestellten Diagnosen anzugeben. Diese sollen in Zukunft verpflichtend angeführt werden, ebenfalls in patientenverständlicher Form.
- Analoge Regelungen sind auch für den stationären Sektor vorzusehen.

Da eine wesentliche Verbesserung der Transparenz durch die Patientenquittung auch ohne finanzielle Mehrbelastung der Patienten zu erreichen ist, wird deutlich, dass eine Einführung der Kostenerstattung nicht mit diesem Ziel begründet werden kann.

3. Versorgungssteuerung durch Qualität und Transparenz: „Pay for Performance“ stärken

Statt – wie im vorliegenden Entwurf vorgeschlagen – undifferenzierte und mittelfristig unwirksame Begrenzungen für Mehrausgaben im stationären Sektor und die Budgetierung bisher besonders geförderter Leistungen im ambulanten Sektor vorzugeben, muss Fehlversorgung an den Schnittstellen der Sektoren und Überversorgung bei ungesicherten Indikationsstellungen abgebaut werden. Wesentliche Instrumente hierfür sind Qualitätstransparenz und Vergütungs differenzierung nach Indikations- und Versorgungsqualität. Konkret schlägt der Verbraucherzentrale Bundesverband vor:

- Vorgesehene Kostendämpfungsmaßnahmen sowohl im ambulanten wie auch im stationären Sektor sollten ausgesetzt werden können, sofern und soweit Krankenkassen und Leistungserbringer wirksame Maßnahmen zur Sicherung der Indikationsstellung, zur leitliniengerechten Versorgung und zur besonderen Qualitätssicherung vereinbart haben.
- Die selektivvertraglichen Regelungen der §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V sind so zu gestalten, dass möglichst alle Berufsgruppen und Organisationen, die mit ihren Mitgliedern an der Versorgung mitwirken, an allen relevanten Vertragsformen teilnehmen können. Monopolstellungen einzelner Verbände sind ebenso zu beseitigen wie Ausschlüsse vom oder Auflagen für die Vertragsteilnahme. Darüber hinaus muß der Vertragsschluss für Krankenkassen ausschließlich freiwillig sein, um Beitragssatzstabilität zu gewährleisten und sicherzustellen, dass Konzepte umgesetzt werden, mit denen die Effizienz der Versorgung tatsächlich verbessert wird. Die bereits vorgesehenen Ausgabenbegrenzungen durch eine Änderung des § 73b SGB V sind angesichts der hohen Mehrkosten der Verträge bei fehlender Evidenz für eine Versorgungsverbesserung zwar zu begrüßen, wären aber ohne den Zwang zum Abschluss von Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung überflüssig.

- Bezüglich der Versorgung in den Selektivverträgen sind verbindliche Vorgaben zur Durchsetzung der Qualitätsvorgaben gegenüber den Krankenkassen zu schaffen. Um für die Patienten Transparenz zu schaffen, ist eine verpflichtende öffentliche Berichterstattung der Kassen über die Versorgungsqualität im Vergleich zur Regelversorgung zu schaffen. Die Anforderungen an diese Berichterstattung sollen so gestaltet sein, dass ein Qualitätsvergleich der verschiedenen Versorgungskonzepte für Patienten möglich wird.
- Patienten sollen sich auf einer unabhängigen Informationsbasis über die Versorgungsqualität von Leistungserbringern, aber auch über Inhalte von Versicherungsverträgen informieren können. Nur so können sie Angebote gezielt auswählen und sich kosteneffizient verhalten. Der Aufbau einer öffentlich finanzierten, unabhängigen Transparenzplattform nach dem Vorbild der Niederlande ist vorzusehen.
- Gremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung wie dem (Erweiterten) Bewertungsausschuss oder den Partnern der Bundesmantelverträge wurden erhebliche Spielräume in der Gestaltung von Vergütungen und der Definition von Versorgungsstandards zugewiesen. Damit diese Spielräume nicht zu Regelungen zum Nachteil der Patienten führen, ist hier eine Beteiligung der Patientenvertretung (§ 140f SGB V) sicherzustellen. Diese Beteiligung würde auch die Transparenz der Entscheidungsfindung in den genannten Gremien verbessern.