

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(3)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Block I
13.10.2010

SOZIALVERBAND

VdK

DEUTSCHLAND



Stellungnahme

des Sozialverbands VdK Deutschland e. V.

**zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial
ausgewogenen Finanzierung der
Gesetzlichen Krankenversicherung
- Drs. 17/3040**

**zu den Änderungsanträgen der Fraktionen
der CDU/CSU und FDP
zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und
sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen
Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG)
- Drs. 17/3040**

**zum Antrag der Fraktion die Linke „Solidarische Bürgerinnen-
und Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege einführen“
- Drs. 17/1238**

**anlässlich der Anhörung im Ausschuss für Gesundheit
am 25. Oktober 2010**

Sozialverband VdK Deutschland e. V.
Wurzerstraße 4a
53175 Bonn
Telefon: 0228 82093 - 0
Telefax: 0228 82093 - 43
e-mail: kontakt@vdk.de

Bonn, den 13. Oktober 2010

Inhalt

	Seite
I. Grundsätzliches	3
II. Ausgaben	5
III. Finanzierung	6
IV. Sozialausgleich	8
V. Weitere Regelungen	9
V.1 Erleichterung des Wechsels in die PKV	9
V.2 Kostenerstattung und Wahltarife	9

I. Grundsätzliches

Feststellungen der Bundesregierung:

Nach Aussage der Bundesregierung dient die Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung dem Ziel, das kurzfristig 2011 entstehende Defizit von bis zu 11 Milliarden Euro auszugleichen und zugleich das strukturelle Finanzierungsproblem der Gesetzlichen Krankenversicherung zu beheben. Zur Bewältigung der Probleme wird der Arbeitgeberbeitrag eingefroren und einkommensunabhängige Pauschalprämien eingeführt, die durch einen Sozialausgleich flankiert werden. Dadurch soll sichergestellt werden, dass die Menschen auch in Zukunft im Krankheitsfall eine sehr gute medizinische Versorgung erhalten, die Lasten gerecht verteilt und das Gesundheitssystem unabhängiger von konjunkturellen Entwicklungen gemacht wird. Auch der Wettbewerb soll durch unverzerrte Preissignale und mehr Beitragsautonomie der Krankenkassen intensiviert und die Lohnnebenkosten stabilisiert werden. Die Kostenerstattung soll ausgebaut werden

Bewertung des Sozialverbandes VdK Deutschland:

Der Behauptung der Bundesregierung, das Gesundheitssystem würde durch die Reform besser, gerechter und stabiler, ist entschieden zu widersprechen. Das Gegenteil ist der Fall.

Die Solidarität wird durch ungedeckelte Zusatzbeiträge und einen eingefrorenen Arbeitgeberbeitrag weiter ausgehöhlt. Zukünftige Kostensteigerungen werden allein von den Versicherten getragen. Während der Arbeitgeberanteil bei 7,3 Prozent eingefroren wird, steigt der Anteil von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sowie Rentnerinnen und Rentnern auf bis zu 10,2 Prozent. Und dies trotz hoher Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen und stark steigenden Gewinnen.

Durch die pauschalen Zusatzbeiträge werden untere und mittlere Einkommen überproportional belastet. Höhere Einkommen werden dagegen entlastet. Bei einem Zusatzbeitrag von 16 Euro bedeutet dies, dass Einkommen bis 800 Euro einen Gesamtbeitrag von 10,2 Prozent schultern müssen, während Versicherte an der Beitragsbemessungsgrenze (derzeit 3.750 Euro) lediglich 8,6 Prozent aufwenden müssen. Ein GKV-Versicherter mit 6.500 Euro Einkommen weist dagegen nur einen Gesamtbeitrag von 5,0 Prozent auf.

Rentnerinnen und Rentner werden noch stärker belastet als Arbeitnehmer. Da die meisten Rentnerinnen und Rentner keine Steuern zahlen, können sie die Krankenversicherungsbeiträge nicht von der Steuer absetzen. Die Erhöhungen schlagen voll auf das verfügbare Einkommen durch.

Von der Ankündigung der Bundesregierung, durch Einbeziehung weiterer Einkünfte werde der Sozialausgleich deutlich gerechter, ist kaum etwas übrig geblieben. Nicht nur werden bestehende Gerechtigkeitsdefizite nicht beseitigt, sondern massiv neue geschaffen. Der Sozialausgleich orientiert sich nicht an der gesamten Leistungsfähigkeit, sondern nur am beitragspflichtigen Einkommen. Ein Haushaltsbezug fehlt völlig. Dadurch ergeben sich im verstärkten Maße regressive Belastungswirkungen. Zwar werden über zusätzliche Steuermittel für den Sozialausgleich weitere Einkommensarten für die

Finanzierung des Gesundheitssystems herangezogen. Doch ließe sich dies auch auf anderem Wege erreichen. Zudem ist in hohem Maße fraglich, ob zwei Milliarden Euro zur Finanzierung des Sozialausgleichs bis 2015 ausreichen. Ist dies nicht der Fall, sind weiter steigende Zusatzbeiträge die Folge.

Privat Krankenversicherte können sich weiter der Solidarität entziehen. Durch die Verkürzung der 3-Jahres-Frist zum Wechsel in die PKV wird der Entsolidarisierung in der GKV Vorschub geleistet und dem System bis zu 500 Millionen Euro an Beitragseinnahmen entzogen.

Dass das Finanzierungssystem durch die Reform stabiler und nachhaltiger wird, gilt lediglich für Arbeitgeber. Die Versicherten müssen sich auf nachhaltig stark steigende Zusatzbeiträge einstellen. Ob es der Bundesregierung tatsächlich gelingt, die Kostensteigerungen in den Griff zu bekommen, scheint fraglich. Bei eingefrorenem Arbeitgeberbeitrag scheint der Handlungsdruck zur Beschneidung von Leistungserbringerinteressen jedenfalls deutlich geringer.

Richtig ist, dass durch die Einführung ungedeckelter Zusatzbeiträge der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen stark angefacht wird. Der Mitgliederschwund bei den Krankenkassen, die Anfang des Jahres Zusatzbeiträge erhoben haben, zeigt, dass der Zusatzbeitrag als Preissignal stärker wirkt und die Wechselbereitschaft hoch ist. Wettbewerb ist jedoch kein Selbstzweck, sondern hat dem Ziel einer qualitativ hochwertigen Versorgung und einer effizienten Mittelverwendung zu dienen.

Aus der Beratung in den VdK-Geschäftsstellen erfahren wir, dass der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen unter dem Regime der Zusatzbeiträge ein reiner, verschärfter Preiswettbewerb ist. Die Folge ist zunehmend zu beobachtende restriktive Leistungsgewährung und ein Kurzfristdenken bei den Krankenkassen. Da die Zusatzbeiträge nicht in den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich fließen, wird sich diese Tendenz massiv verstärken. Für chronisch kranke, behinderte und ältere Versicherte bedeutet dies, dass die Versorgung tendenziell schlechter wird.

Anders als von der Bundesregierung angedeutet, dient der Ausbau der Kostenerstattung nicht der Wahlfreiheit der Versicherten. Die Kostenerstattung führt zu einer Verteuerung der Versorgung und wird von den Versicherten nicht gewünscht. Mit dem Ausbau der Kostenerstattung bedient die Bundesregierung Leistungserbringerinteressen. Der Patientenschutz wird geschwächt.

Eindeutig steht fest: Die vorgesehene Finanzierungsreform ist sozial unausgewogen und führt zu einer Verschlechterung der Versorgung. Das Kosten- und Konjunkturrisiko wird allein auf die Versicherten abgewälzt. Mit dem Ausbau von Kostenerstattung und Wahlтарifen wird ein Systemwechsel weg von der GKV hin zur privaten Krankenversicherung konsequent betrieben. Dieser Marsch in die Privatisierung und somit in eine Zweiklassenmedizin muss sofort gestoppt werden.

II. Ausgaben

Feststellungen der Bundesregierung:

Die Leistungserbringer und die Krankenkassen müssen ihren Teil zur Konsolidierung beitragen. In folgenden Bereichen sollen ab 2011 die Ausgaben stabilisiert werden:

- Die Verwaltungskosten der Krankenkassen dürfen in den nächsten beiden Jahren im Vergleich zum Jahr 2010 nicht ansteigen. Das Einsparvolumen wird auf 300 Millionen Euro pro Jahr geschätzt.
- Falls Krankenhäuser über die vertraglich vereinbarten Leistungen hinaus Mehrleistungen erbringen, wird ein Effizienzabschlag von 30 % festgesetzt. Außerdem dürfen die Krankenhausausgaben lediglich in Höhe der halben Grundlohnsummensteigerung wachsen, was insgesamt zur Einsparungen von 500 Millionen Euro in 2011 führen soll.
- Bei den Zahnärzten wird der Zuwachs auf die halbe Grundlohnsummensteigerung begrenzt (Einsparung 20 Millionen Euro in 2011, 40 Millionen in 2012). Durch eine Anhebung der Punktwerte in den neuen Bundesländern stehen dem aber Mehrausgaben von jeweils gut 40 Millionen Euro pro Jahr gegenüber.
- Im Bereich der vertragsärztlichen Vergütung werden die Ausgaben bei extrabudgetären Leistungen begrenzt. Einsparungen werden dadurch nicht realisiert, aber Mehrausgaben verhindert.
- Das Vergütungsniveau in der hausarztzentrierten Versorgung wird begrenzt. Es gilt Vertrauensschutz für Verträge, die bis zum Kabinettsbeschluss rechtsgültig sind (Einsparvolumen 500 Millionen Euro).

Im Bereich der Arzneimittel wurden bereits kurzfristig wirksame Einsparungen beschlossen. Insgesamt soll so im Jahr 2011 ein Einsparvolumen von 3,5 Mrd. € und im Jahr 2012 von 4 Mrd. € erzielt werden.

Bewertung des Sozialverbandes VdK Deutschland:

Positiv festzustellen ist, dass auf eine Erhöhung der Praxisgebühr oder die Einführung von Festzuschüssen bzw. Mehrkostenregelungen zunächst verzichtet wird, was eine weitere Belastung der Patientinnen und Patienten bedeutet hätte. Im Vorfeld waren solche Maßnahmen von der Koalition noch intensiv diskutiert worden.

Die Einsparmöglichkeiten werden jedoch nicht annähernd ausgeschöpft und strukturelle Maßnahmen zur Verbesserung von Effizienz und Qualität unterbleiben. Es fällt auf, dass die niedergelassenen Ärzte von Einsparungen weitgehend verschont bleiben, obwohl die ärztliche Vergütung zwischen 2007 und 2009 um über 6 Prozent pro Jahr oder 3,5 Milliarden Euro gestiegen ist. Nach Aussagen der Krankenkassen ließen sich hier kurzfristig 2 Milliarden Euro an Einsparungen realisieren. Stattdessen steigen die Honorare 2010 voraussichtlich um 1,5 Milliarden Euro und 2011 um weitere 1 Milliarde Euro.

Der Arzneimittelvertrieb bei Apotheken bleibt ebenfalls von Einsparungen verschont. Hier ließen sich nach Expertenangaben erhebliche Mittel sparen.

Allein durch „Arzneimittel-Müll“, d.h. nicht eingenommene Medikamente entsteht ein jährlicher Schaden von rund 1 Milliarde Euro. Dies hat nicht zuletzt damit zu tun, dass älteren Menschen immer noch viel zu viele Medikamente verordnet werden, weil das Gesundheitswesen auf eine altersgerechte Gesundheitsversorgung nicht eingestellt ist. Unerwünschten Arzneimittelwirkungen wird nicht wirksam begegnet, weil kein Überblick über die Medikation des Patienten existiert. Die elektronische Gesundheitskarte, die hier erhebliches Potential hätte, lässt weiter auf sich warten.

Durch die Änderungsanträge der Koalitionsfraktion zum Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (AMNOG) werden die Reichweite der schnellen Nutzenbewertung begrenzt (Orphan-Drugs) und die Möglichkeiten des Gemeinsamen Bundesausschusses einer nachgelagerten Nutzenbewertung beschnitten. Dies führt zu unnötigen Mehrausgaben. Der Sozialverband VdK Deutschland wird die Bundesregierung jedenfalls an den selbst gesetzten Einsparzielen im Arzneimittelbereich messen, da Mehrausgaben sich sofort in steigenden Zusatzbeiträgen niederschlagen.

Es bleibt festzuhalten, dass konsequente Maßnahmen bei Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern und Apothekern unterbleiben, um den Kostenanstieg zu dämpfen. Würden solche Maßnahmen ergriffen, würde der Beitragsanstieg für die Versicherten geringer ausfallen.

III. Finanzierung

Feststellungen der Bundesregierung:

Vor dem Hintergrund der Wirtschafts- und Finanzkrise wurde der GKV-Beitrag mit Hilfe von Steuermitteln abgesenkt. Der paritätisch finanzierte Beitragssatz wird daher wieder von 14,0 auf 14,6 %, angehoben. Der nur vom Arbeitnehmer finanzierte Beitrag von 0,9 % bleibt erhalten.

Der Arbeitgeberbeitrag wird auf der Höhe von 7,3 Prozent festgeschrieben. Damit werden die Gesundheitskosten von den Arbeitskosten für die Zukunft entkoppelt. Unvermeidbare Ausgabensteigerungen werden durch Zusatzbeiträge der Versicherten finanziert. Die Belastungsgrenze wird von 1 auf 2 Prozent des individuellen sozialversicherungspflichtigen Einkommens verdoppelt. Danach greift ein Sozialausgleich aus Steuermitteln.

Um den Druck auf säumige Zahler zu erhöhen, wird ein besonderer Säumniszuschlag eingeführt. Wenn ein Mitglied für insgesamt mindestens sechs Monate mit der Zahlung säumig ist, hat er einen einmaligen Säumniszuschlag von drei Zusatzbeiträgen und mindestens 30 Euro zu zahlen.

Nach Aussagen des Bundesgesundheitsministeriums wird der durchschnittliche Zusatzbeitrag bis 2014 16 Euro nicht übersteigen. 2012 soll er im Durchschnitt bei 8 Euro und 2013 bei 13 Euro liegen. Das heißt, für ein beispielhaftes Einkommen von 800 Euro im Monat wird bis 2014 kein Sozialausgleich notwendig sein.

Bewertung des Sozialverbandes VdK Deutschland:

Die Beitragssatzerhöhung erfolgt letztmalig paritätisch. Ab 2011 wird dann der Arbeitgeberbeitrag eingefroren. Zukünftige Kostensteigerungen gehen alleine zulasten der Versicherten über Zusatzbeiträge. Dies bedeutet eine weitere Aushöhlung der paritätischen Finanzierung im Umfang von 10 Milliarden Euro.

Der Weg in den Systemwechsel wird fortgesetzt. Wie vom Sozialverband VdK Deutschland bereits 2006 befürchtet, wird aus der kleinen schrittweise eine große Pauschale. 2009 wurden die Zusatzbeiträge mit einer Belastungsgrenze von 1 Prozent eingeführt. Zum 1.1.2011 wird die Belastungsschwelle bereits auf 2 Prozent erhöht. Für einen Rentner mit 1000 Euro bedeutet dies eine Verdopplung der Belastung auf bis zu 240 Euro im Jahr.

In den nächsten Jahren werden die Gesundheitskosten weiter steigen und damit die Pauschalprämien. Dies bedeutet zugleich, dass die Kosten für den Sozialausgleich steigen. Es ist bereits jetzt absehbar, dass dann eine weitere Anhebung der Belastungsschwelle auf drei Prozent und mehr erfolgen wird.

Der Zusatzbeitrag verschärft eine erhebliche Kumulation der Belastungen wie Zuzahlungen, Praxisgebühr, Leistungsausgrenzungen, Sonderbeitrag, aber auch Belastungen in der Pflege- und Rentenversicherung (Nullrunde 2010).

Die Arbeitgeber werden dagegen entlastet, trotz international hervorragender Wettbewerbsfähigkeit und schnell steigender Auslastung und Gewinne. Durch das Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags wird der Handlungsdruck deutlich abnehmen, Strukturreformen auf der Ausgabenseite vorzunehmen. Ein Gegengewicht zu den starken Lobbys der Leistungserbringer zu organisieren, wird deutlich schwieriger werden.

Die Erforderlichkeit eines zusätzlichen Säumniszuschlags verweist auf die erheblichen Bürokratiekosten bei der Erhebung von Zusatzbeiträgen. Die Einrichtung individueller Konten, das Einfordern der Beiträge und das Inkasso verschlingen gerade bei niedrigen Ausgangsbeträgen einen erheblichen Teil der Einnahmen.

Die mit der Einführung der Zusatzbeiträge bereits zu beobachtende Verschärfung des Wettbewerbsdrucks wird sich weiter verstärken. Krankenkassen, die zu Jahresbeginn einen Zusatzbeitrag verlangen mussten, haben massiv Mitglieder verloren. Die Folge ist eine sehr kurzfristige auf schnelle Ausgabenbegrenzung ausgerichtete Geschäftspolitik der Krankenkassen. Die Beratungsstellen des Sozialverbandes VdK Deutschland berichten schon von einer verbreitet restriktiven Leistungsgewährung, wie beispielsweise beim Krankengeld. Hier wirkt sich auch aus, dass die Zusatzbeiträge nicht im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden.

Handlungsalternativen sind gegeben:

- Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf Höhe der Rentenversicherung.
- Einführung eines Risikostrukturausgleichs zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung. Dies würde bis zu 10 Milliarden Euro Einnahmen bei der GKV realisieren.

- Absenkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel, die die GKV um rund 2-3 Milliarden Euro entlasten würde.
- Erweiterung der Bemessungsgrundlage um weitere Einkünfte.
- Rückkehr zur paritätischen Finanzierung.
- Vorfahrt für integrierte Versorgungskonzepte.
- Beseitigung der patientenschädlichen Systemgrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.
- Stärkung der Prävention durch ein entsprechendes Gesetz.

IV. Sozialausgleich

Feststellungen der Bundesregierung:

Es wird ein Sozialausgleich eingeführt, der nach Aussage des Bundesgesundheitsministeriums „unbürokratisch und gerecht“ sein soll. Der Sozialausgleich findet direkt bei den Arbeitgebern und den Rentenversicherungsträgern statt und funktioniert wie folgt: Übersteigt der Zusatzbeitrag der Krankenkasse 2 Prozent der individuellen beitragspflichtigen Einkommen, wird der einkommensabhängige Beitrag um den die Belastungsgrenze übersteigenden Betrag reduziert. Allerdings nur bis zum durchschnittlichen rechnerischen Zusatzbeitrag, der im Herbst für das Folgejahr vom Bundesministerium für Gesundheit festgelegt wird. Davon soll ein Anreiz zum Wechsel in eine günstigere Krankenkasse ausgehen. Die dem Gesundheitsfonds durch die Absenkung der Arbeitnehmerbeiträge entgehenden Einnahmen werden durch Steuermittel ausgeglichen. Für die Jahre 2011 bis 2014 wird Sozialausgleich aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds finanziert, deren Aufbau durch einen weiteren Bundeszuschuss von zwei Milliarden Euro beschleunigt wird. Für den Versicherten ist kein Antrag oder Nachweis erforderlich. Der Sozialausgleich wird direkt beim Arbeitgeber oder der Rentenkasse vorgenommen, die diesen in die EDV-gestützte Lohnabrechnung integrieren.

Wenn der Versicherte über mehrere beitragspflichtige Einkünfte verfügt, hat die Krankenkasse die Einkünfte zusammenzuführen, den Sozialausgleich zu überprüfen und der Beitrag abführenden Stelle das anzuwendende Beitragsbemessungsverfahren mitzuteilen.

Bezieher von Niedrigsteinkommen, deren Versichertenanteil niedriger als der durchschnittliche rechnerische Zusatzbeitrag ist, können einen Antrag bei der Krankenkasse auf Erstattung des Differenzbetrags bei der Krankenkasse stellen. Der Versicherte ist über die beitragsabführende Stelle über das Antragsrecht zu informieren. Bei Rentnern erfolgt dies über das Kontoauszugsverfahren.

Bewertung des Sozialverbandes VdK Deutschland:

Der „automatische“ Sozialausgleich bei Arbeitgebern und Rentenversicherung hat den Vorteil, dass ein aufwendiges Antrags- und Nachweisverfahren vermieden wird. Dies wird erkauft mit erheblichen Gerechtigkeitsdefiziten.

Mit dem ausschließlichen Bezug auf das beitragspflichtige Einkommen hat der Sozialausgleich das Etikett „gerecht“ nicht verdient. Es wird gerade nicht auf die gesamte

Leistungsfähigkeit des Versicherten abgehoben, zusätzliche Einkünfte werden bei der Belastungsgrenze nicht berücksichtigt. Belastungsgerechtigkeit ist nicht gegeben.

Darüber hinaus ergeben sich unterschiedliche Belastungswirkungen, je nach dem ob ein Versicherter in einer Kasse mit hohem oder niedrigem Zusatzbeitrag versichert ist. Liegt der kassenindividuelle Zusatzbeitrag über dem rechnerischen durchschnittlichen Zusatzbeitrag aller Kassen, liegt die Belastungsschwelle über 2 Prozent des Einkommens. Umgekehrt lässt sich die Belastungsschwelle unter 2 Prozent drücken, wenn der Versicherte zu einer Krankenkasse wechselt, deren Zusatzbeitrag unter dem Durchschnitt liegt.

V. Weitere Regelungen

V.1 Erleichterung des Wechsels in die PKV

Feststellungen der Bundesregierung:

Der Wechsel zur Privaten Krankenversicherung wird erleichtert. Zukünftig ist dieser wieder nach einmaligem Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze möglich. Die Regelung tritt bereits zum 31.12.2010 in Kraft, damit diejenigen Personen, deren Gehalt im Jahre 2010 die Versicherungspflichtgrenze übersteigt, schon zum 1.1.2011 in die PKV wechseln können. Die Bundesregierung rechnet mit jährlichen Mindereinnahmen der GKV von 200 Millionen Euro.

Bewertung des Sozialverbandes VdK Deutschland:

Durch diese Regelung wird das durch Risikoselektion und Ineffizienz gekennzeichnete Nebeneinander von GKV und PKV zementiert, statt faire Rahmenbedingungen für echten Wettbewerb zu schaffen. Weder wurde ein einheitlicher Wettbewerbsrahmen geschaffen, in dem GKV und PKV zu gleichen Bedingungen miteinander konkurrieren, noch wird wenigstens eine Einbindung der PKV in den Risikostrukturausgleich vorgenommen, was dringend erforderlich wäre. Während sich die gut verdienenden und gesunden Versicherten der Solidarität entziehen können, liegt die Last der GKV-Finanzierung fast ausschließlich auf den Schultern der Bezieher mittlerer und niedriger Einkünfte.

Die Mindereinnahmen der GKV liegen wohl deutlich über der Schätzung der Bundesregierung. Die Techniker Krankenkasse geht von bis zu 500 Millionen Euro aus. Diese Beitragsausfälle müssen die Versicherten über höhere Zusatzbeiträge ausgleichen.

V.2 Kostenerstattung und Wahltarife

Feststellungen der Bundesregierung:

Kostenerstattung und Wahltarife sollen flexibler gestaltet und die Wahlfreiheit der Versicherten gestärkt werden. Die Leistungserbringer werden von der Verpflichtung befreit, sich die erfolgte Beratung über die Mehrkosten der Kostenerstattung schriftlich vom Versicherten bestätigen zu lassen. Eine mündliche Beratung reicht in Zukunft aus.

Die von der Krankenkasse vorzunehmenden Abschläge für die Verwaltungskosten werden auf bis zu 5 % des Erstattungsbetrages begrenzt. Abschläge für nicht erfolgte Wirtschaftlichkeitsprüfung entfallen. Die Mindestbindungsfrist bei der Wahl der Kostenerstattung wird von einem Jahr auf ein Kalendervierteljahr verkürzt.

Für Wahltarife mit Ausnahme der Tarife nach § 53 Absatz 3 (besondere Versorgungsformen) wird die Mindestbindungsfrist von derzeit drei Jahre auf ein Jahr verkürzt. Das Verbot der Quersubventionierung von Wahltarifen aus dem allgemeinen Haushalt soll in Zukunft auch aktuariell überprüft werden.

Bewertung des Sozialverbandes VdK Deutschland:

Die Möglichkeit, Kostenerstattung zu wählen, besteht bereits, wird von den Versicherten aber so gut wie nicht in Anspruch genommen: 0,19 Prozent der gesetzlich Krankenversicherten haben sich im zweiten Halbjahr 2008 für die Kostenerstattung entschieden. Der Grund dafür ist nicht eine mangelnde Flexibilität, wie die Bundesregierung suggeriert, sondern die Tatsache, dass sie zu einer erheblichen Verteuerung der Gesundheitsversorgung führt: Ärzte können mit bis zu 2,3fachem Steigerungssatz abrechnen, während die Versicherten nur den einfachen Satz abzüglich Verwaltungskosten erstattet bekommen. Hinzu kommt, dass die Versicherten in Vorleistung gehen müssen – ein Verfahren, das selbst von vielen PKV-Versicherten als viel zu bürokratisch empfunden wird. Zudem stellt es für Niedrigverdiener eine unüberwindbare Hürde dar. Die Kostenerstattung dient nicht der „Freiheit“ der Versicherten, sondern den Erwerbsinteressen der Leistungserbringer.

Durch die Neuregelung des §13 Absatz 2 wird der Patientenschutz geschwächt. Die Leistungserbringer werden von der Verpflichtung entbunden, sich die erfolgte Beratung über die Mehrkosten schriftlich vom Versicherten bestätigen zu lassen. Diese Regelung wurde gerade eingeführt, um den Patientenschutz zu stärken und dem Versicherten die Beratungspflicht des Leistungserbringers in Erinnerung zu rufen. Diese Regelung muss erhalten bleiben. Gleiches gilt für die Bindungsfrist. Durch eine Verkürzung auf ein Vierteljahr erhöht sich die Gefahr, dass Patienten unter Druck geraten, für eine bestimmte Behandlung Kostenerstattung zu wählen.

Wahltarife sind in der Gesetzlichen Krankenversicherung systemfremd. Der GKV droht dadurch ein Mittelentzug durch junge und gesunde Versicherte und eine Verteuerung der Gesundheitsversorgung für chronisch kranke, behinderte und ältere Menschen. Einen Ausbau der Wahltarife durch eine Verkürzung der Bindungsfrist lehnt der Sozialverband VdK Deutschland deshalb ab. Zwar gilt für alle Wahltarife weiterhin die gesetzliche Verpflichtung, dass sich die Aufwendungen für jeden Wahltarif aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanzieren müssen. Risiken für den allgemeinen Haushalt der Krankenkassen – auch bei einer aktuariellen Prüfung - sieht der Sozialverband VdK Deutschland dadurch nicht gebannt.