



Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(14)
gel. VB zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Block I
15.10.2010

BAG SELBSTHILFE

Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von
Menschen mit Behinderung und chronischer
Erkrankung und ihren Angehörigen e.V.
Kirchfeldstr. 149
40215 Düsseldorf
Tel. 0211/31006-36
Fax. 0211/31006-48

Stellungnahme der

**Bundesarbeitsgemeinschaft SELBSTHILFE von
Menschen mit Behinderung und chronischer Er-
krankung und ihren
Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)**

zum

**Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen
und sozial ausgewogenen Finanzierung der Ge-
setzlichen Krankenversicherung
der Fraktionen CDU/ CSU und FDP**

(BT- DrS 17/3040)

und

**den Änderungsanträgen der Fraktion CDU/CSU
und FDP**

(BT-DrS 17/3040)

und dem Antrag der Fraktion DIE LINKE:

„Solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege einführen“

(BT- DrS 17 /1238)

- Anhörung vor dem Ausschuss für Gesundheit im Deutschen Bundestag am 25. Oktober 2010 -

Als Dachverband von 114 Bundesverbänden der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen sowie von 14 Landesarbeitsgemeinschaften sieht die BAG SELBSTHILFE den fortschreitenden Ausstieg aus der solidarisch und paritätisch finanzierten Finanzierung des Gesundheitssystems mit großer Sorge. Die geplante Reform enthält Elemente, die die Gesetzliche Krankenversicherung in ihrer hergebrachten Form, insbesondere den Solidargedanken, in erheblichem Maß aushöhlen. Bislang sind für alle Sozialversicherungszweige die Mitgliedschaft und die damit korrespondierende Beitragspflicht konstitutive Merkmale. Die Beiträge sind bisher im Wesentlichen - mit Ausnahme des Beitrages von 0,9 Prozent - jeweils zur Hälfte von den Mitgliedern und Arbeitgebern zu tragen gewesen.

Es erfolgt eine grundlegende Abkehr von dieser Systematik, wenn die (eigentlichen) Beiträge künftig gesetzlich festgeschrieben werden und die Zusatzbeiträge nunmehr die einzige Stellschraube bei der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung sein sollen. Je mehr Gewicht diese Säule der Zusatzbeiträge erhält, umso eher wird dies zur Destabilisierung des Systems führen. Zusätzlich belastet wird das System zudem durch die im Gesetzentwurf erleichterte Möglichkeit eines Wechsels in die private Krankenversicherung sowie die Finanzierung des Sozialausgleichs über den Gesundheitsfond und nicht über das Steuersystem.

Sollten die im Entwurf enthaltenen Regelungen umgesetzt werden, werden zudem die ohnehin bereits in den letzten Jahren hoch belasteten Patientinnen und Patien-

ten weiterhin in Anspruch genommen: Während der Arbeitgeberbeitrag bei 7, 3 Prozent verbleibt, müssen die Patientinnen und Patienten mit Beitrags-erhöhungen von effektiv bis zu 10, 2 Prozent rechnen, wenn der geschätzte „durchschnittliche“ Zusatzbeitrag tatsächlich dem kassenindividuellen Beitrag entsprechen sollte. Nachdem außerdem die Höhe der Zusatzbeiträge unabhängig vom Einkommen festgelegt wird, führt ihre Erhebung zu einer überproportionalen Belastung der niedrigeren Einkommen, die auch durch den geplanten Sozialausgleich nicht hinreichend und erst ab einer Belastung von 2 % ausgeglichen wird. Für chronisch kranke oder behinderte Menschen sind solche Belastungen in Anbetracht der in den letzten Jahren verstärkt eingeführten Zuzahlungen und Leistungseinschränkungen, welche diese Personengruppe aufgrund ihrer Erkrankung stark betroffen haben, teilweise kaum noch zu leisten.

Letztlich werden für die Finanzierung der Reform des Krankenversicherungssystems diejenigen Menschen mit niedrigem und mittlerem Einkommen herangezogen, deren Abgabenlast im internationalen Vergleich ohnehin - nach einer Studie der OECD aus dem letzten Jahr - sehr hoch ist: So musste danach ein alleinstehender Geringverdiener mit knapp 50 Prozent eine fast ebenso hohe Abgabenlast aufbringen wie ein Spitzenverdiener mit gut 50 Prozent, dem die Beitrags-bemessungsgrenze zu gute kommt. Die Einführung von Zusatzbeiträgen wird die bereits seit Jahren festgestellt Schere zwischen Besser- und Geringverdienern aus Sicht der BAG SELBSTHILFE noch verstärken.

Die BAG SELBSTHILFE weist ferner darauf hin, dass hohe kassenindividuelle Zusatzbeiträge chronisch kranke Menschen auch aus einem weiteren Grunde stark belasten: Im Gegensatz zu gesunden Versicherten sind viele chronisch kranke Patientinnen und Patienten stärker durch DMP- Programme an ihre Kasse gebunden, ein Wechsel der Krankenkasse ist für sie deswegen oft nur unter erheblichen Nachteilen und Einbußen für ihre gesundheitliche Versorgung möglich.

Auch die in den Änderungsanträgen der Fraktion CDU/ CSU und FDP enthaltene Möglichkeit, sich auf eine Kostenerstattungslösung zu verpflichten, sieht die BAG SELBSTHILFE aus der Sicht chronisch kranker und behinderter Menschen mit großer Sorge. Auch wenn die Bindungsfrist nur ein Kalendervierteljahr beträgt, so ist nicht

sicher, ob den Menschen von vorneherein klar ist, auf was sie sich einlassen: Vielen Patientinnen und Patienten ist nicht klar, dass es sich nicht nur um eine Änderung der Zahlungsweise handelt, sondern dass sie unter Umständen einen großen Teil der von den Ärzten berechneten Honorare selbst tragen müssen. Auch bei dem Kauf von Arzneimitteln ist für die Patienten zu diesem Zeitpunkt nicht kalkulierbar, welche Kosten die Krankenkassen für das von ihnen gekaufte Medikament erstatten, da die Rabattverträge geheim sind.

Zudem hat die BAG SELBSTHILFE die Befürchtung, dass es nunmehr gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten 1. und 2. Klasse geben wird. Nachdem sich gerade chronisch kranke und behinderte Menschen die Option eines Kostenersatzmodells wegen der dann kaum abschätzbar hohen Kosten für Arztbesuche, Arznei-, Hilfs- und Heilmittel nicht leisten können, stünde zu befürchten, dass sie bei Arztbesuchen länger auf notwendige Behandlungstermine warten müssten.

1.) Überschreiten der Jahresentgeltgrenze - Pflichtversicherung (§ 6 Abs. 4 SGB V FraktE)

Verstärkt wird die voraussichtliche Belastung des GKV-Systems und der sozialen Pflegeversicherung noch durch die im Entwurf enthaltene Möglichkeit eines erleichterten Wechsels in die private Kranken- und Pflegekasse. Vor dem Hintergrund der auch im Entwurf gesehenen Notwendigkeit einer nachhaltigen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung fordert die BAG SELBSTHILFE, die entsprechende Norm zu streichen. Das System der gesetzlichen Krankenkasse beruht auf dem Gedanken der Solidarität sowohl zwischen Besser- und Geringverdienern als auch zwischen Kranken und Gesunden. Gleichzeitig zeigen Studienergebnisse immer wieder, dass gerade Geringverdiener und Arbeitslose deutlich höheren Krankheitsrisiken ausgesetzt sind. Viele chronisch kranke oder behinderte Menschen finden zudem aufgrund ihrer Erkrankung keine oder nur schlecht bezahlte Arbeit und sind daher auf die solidarische Finanzierung angewiesen. Nachdem es den Besserverdienenden nach dem Entwurf künftig noch leichter gemacht werden soll, ihr zumeist vergleichsweise geringes Krankheitsrisiko privat zu versichern und sich damit dem

GKV- System zu entziehen, dürfte sich dadurch der Aderlass des Solidarsystems verstärken. Es ist davon auszugehen, dass das System der gesetzlichen Krankenkassen auf diese Weise zusätzlich belastet wird, trotzdem der vorliegende Entwurf ausdrücklich eine Entlastung und weitere Stabilisierung der Finanzierung zum Ziel hat. Nach einer Schätzung der TK wird dies bereits 2011 zu Mindereinnahmen von ca. 500 Mio. Euro für die Gesetzliche Krankenversicherung führen. Die BAG SELBSTHILFE ist der Auffassung, dass allein dadurch auf lange Sicht weitere Beitragserhöhungen zu erwarten sind - nunmehr ausschließlich zu Lasten der Arbeitnehmer.

2.) Vergütung vertragsärztliche Regeln in den Jahren 2011 und 2012 (§ 87 Abs. 9 und § 87d SGB V FraktE)

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist - entgegen der im Entwurf vorgesehenen Regelung zu § 87 Abs. 9 SGB V - die Schaffung von Rahmenbedingungen für die Vergütung von Ärzten nicht allein den Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen zu überlassen. Der Entwurf sieht insoweit vor, dass die Parteien des Bewertungsausschuss für Ärztliche Leistungen dem Bundesministerium für Gesundheit ein Konzept für eine schrittweise Konvergenz der Vergütungen vorlegen, welches das Bundesministerium umgehend an den Bundestag weiterleitet. Nach Auffassung der BAG SELBSTHILFE hat der Gesetzgeber hier den Auftrag, wie bisher die Rahmenbedingungen festzulegen, die dann von den Selbstverwaltungsparteien ausgestaltet werden können. Der Gesetzgeber kann die Verantwortung für die ärztliche Honorierung nicht vollkommen den Selbstverwaltungspartnern überlassen, da die Ausgestaltung der Honorarregelungen in vielen Punkten direkte Auswirkungen auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten hat. Bei der Veränderung des Honorarsystems müssen nach Auffassung der BAG SELBSTHILFE insbesondere die folgenden Punkte berücksichtigt werden, die derzeit zu Problemen in der Versorgung führen bzw. noch führen werden:

- Bisher ist die sprechende Medizin bei der Ausgestaltung der Honorarregelungen zu wenig berücksichtigt worden. Bei vielen Erkrankungsbildern ist die Höhe der Vergütung u.a. an die Durchführung von technischen Leistungen (z. B. Labor, bildgeben-

de Verfahren) gebunden. Die Qualität der ärztlichen Leistung hängt jedoch nur zu einem Teil von den technischen Leistungen ab, sie wird jedoch bei fast allen Erkrankungsbildern sehr stark durch die ärztliche Kompetenz bei der körperlichen Untersuchung und der Abwägung aller zur Verfügung stehenden Informationen geprägt, von denen nur ein wenn auch wichtiger Teil auf der Basis von technischen Leistungen erhoben wird. So ist etwa im Bereich der konservativen Orthopädie die kommunikative Kompetenz des Arztes von hoher Bedeutung, z. B. bei der oft nicht einfachen Anregung zu (tertiär-)präventiven Maßnahmen, wie Gewichtsreduktion und Bewegung. Die vergleichsweise hohe Bewertung im Honorarsystem von technischen Leistungen führt nach Einschätzung der BAG SELBSTHILFE zu Fehlanreizen, die zu einer Überversorgung führen können (z. B. unnötige diagnostische Maßnahmen bei unklaren Rückenbeschwerden).

- Auch hat sich gezeigt, dass die Festlegung von Regelleistungsvolumina zu Problemen in der Versorgung führt, wenn - wie etwa bei der Rheumatologie - eine Unterversorgung mit ärztlichen Leistungen besteht. Hier werden durch die Regelleistungsvolumina Anreize gesetzt, weniger Patientinnen und Patienten zu behandeln als vielleicht möglich wäre, um keinen Honorarabzügen zu unterliegen. Die Regelleistungsvolumina tragen auf diese Weise dazu bei, dass die Betroffenen noch länger auf einen Arzttermin warten müssen.

- Zu- und Abschläge bei Über- bzw. Unterversorgung werden derzeit allein auf der Basis von Über- und Unterversorgung entsprechend den Definitionen der Bedarfsplanungsrichtlinie festgelegt. So werden etwa Rheumatologen in der Bedarfsplanungsrichtlinie unter die Gruppe der internistischen Fachärzte subsumiert. Aufgrund der Häufigkeit von internistischen Fachärzten besteht in fast allen Planungsbezirken eine Überversorgung mit internistischen Fachärzten; diese werden dementsprechend von Honorarabschlägen betroffen sein. Dies bedeutet, dass Rheumatologen zukünftig Honorarabschläge in Kauf nehmen müssten, auch wenn sie in einem Gebiet tätig sind, in dem die Versorgung mit Rheumatologen nicht ausreichend ist. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Aussetzung dieser Regelung für die Jahre

2011 und 2012 in § 87d Abs. 1 SGB V wird daher begrüßt.

Unabhängig von den grundsätzlichen Bedenken gegen einer völligen Verlagerung der Aufgabe der Erstellung eines Honorarsystem auf die Selbstverwaltung ist es aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist außerdem dringend notwendig, eine Patientenbeteiligung in der Arbeit des Bewertungsausschusses zu realisieren.

3.) Begrenzung der extrabudgetären Gesamtvergütung (§ 87d Abs. 4 SGB V Frakte)

Die BAG SELBSTHILFE ist der Auffassung, dass die derzeitig geplante Fassung des § 87d Abs. 4 SGB V zu überarbeiten ist, da sie teilweise schwer erkrankte Menschen in unzumutbarer Weise betreffen würde:

In § 87d IV SGB V sind Leistungen unterschiedlichster Art zusammengefasst: So finden sich hier erweiterte Vorsorgeuntersuchungen außerhalb des durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Katalogs. Andererseits sind hier unmittelbar für die Versorgung schwer kranker Menschen hoch relevante Ausgabenposten enthalten, so etwa die Dialysesachkosten und Leistungen der Strahlentherapie. Die im Entwurf enthaltenen Maßnahmen müssen daher vor dem Hintergrund betrachtet werden, dass diese Ausgabenposten nicht nur sekundär Auswirkungen auf die Lebensqualität haben, sondern deren Nichtgewährung tatsächlich das Überleben und die Existenz der Betroffenen gefährdet.

Gerade die Dialyse hat in den letzten Jahren mit Einführung der Wochenpauschale für die Dialysesachkosten einen großen Beitrag zur Kostendämpfung geleistet.

Vor diesem Hintergrund ist es aus Sicht der BAG SELBSTHILFE nicht verständlich, dass einer Ausgabensteigerung u.a. durch mengensteuernde Regelungen wie Fallzahlbegrenzungen oder Quotierungen in einem Bereich begegnet werden soll. Allein die Möglichkeit, dass Mengenbegrenzungen eingeführt werden, dürfte bei den Betroffenen regelrechte Überlebensangst hervorrufen.

Einer missbräuchlichen Inanspruchnahme der EGV - Pauschalen in den Bereichen der Versorgung chronisch Schwerkranker wäre insoweit durch geeignete Qualitätssicherungsmaßnahmen zu begegnen, nicht jedoch durch Mengenbegrenzung bei überlebensnotwendigen Leistungen, deren Vergütung ohnehin bereits in den letzten Jahren stark gekürzt wurde.

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE darf die lebensnotwendige Behandlung bei chronischer Niereninsuffizienz mit den Ersatztherapien Peritonealdialyse, Hämodialyse und Nierentransplantation nicht eingeschränkt bzw. budgetiert werden: Zurzeit sterben von den ca. 100 000 betroffenen Menschen täglich 33 Personen; 4-5 davon standen auch auf den Wartelisten zur Organtransplantation. Es besteht heute schon ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen dem Überleben der Patienten und der Sicherung der Qualität der Behandlung. Die Dialyseleistungen wurden auch bisher extrabudgetär vergütet, weil mit diesen Leistungen eine lebenserhaltende Therapie finanziert wird, die jedem gesetzlich kranken-versicherten Patient umfassend zur Verfügung stehen muss.

Gerade in den vergangenen Jahren ist es gelungen, zuverlässige Qualitätssicherungssysteme gem. §§135, 136 SGB V für die ambulante Dialysebehandlung zu installieren, die Fehlentwicklungen durch unnötige Leistungssteigerungen ausschließen. Eine Steuerung über den geplanten § 87 d) Abs. 4 SGB V trägt alle Zeichen einer hochproblematischen Planwirtschaft, die zu den allseits bekannten Ergebnissen führt. Die sich abzeichnende Rationalisierung und Budgetierung lebensnotwendiger Therapien sind eine Entwicklung, die aus Sicht der BAG SELBSTHILFE nicht hingenommen werden kann.

Zurzeit liegt eine jährliche Kostensteigerung von ca. 3 % vor, die ausschließlich dem Zuwachs an nierenkranken Menschen - nach Abzug von jährlich ca. 12.000 verstorbenen terminal niereninsuffizienten Patienten - geschuldet ist. In vielen anderen Ländern gibt es diesen Zuwachs deswegen nicht, weil der Zugang zur lebensrettenden Ersatztherapie nicht jedem Bürger offen steht.

Alle Maßnahmen des neu geplanten § 87 d) Abs. 4 SGB V müssen vor dem Hintergrund betrachtet und bewertet werden, dass am Ende über das Überleben und die Existenz der Betroffenen entschieden wird.

Die BAG SELBSTHILFE ist daher der Auffassung, dass die derzeitige Fassung des § 87d SGB V - Entwurf grundlegend überarbeitet werden muss und dabei insbesondere für den Kreis der nierenkranken Menschen und für weitere schwere Erkrankungen, bei denen etwa eine Strahlentherapie notwendig ist, eine adäquate Ausnahmeregelung zu schaffen ist. Eine solche Ausnahmeregelung wurde bereits in der Vergangenheit mit der Einführung der budgetierten Gesamtvergütung anlässlich der Gesundheitsreform 1993 zu der Regelung in § 85 Abs. 3 a) Satz 4 SGB V erfolgreich eingeführt und kann daher als Vorlage dienen.

4.) Sicherstellungszuschläge (§ 105 SGB V FraktE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt, dass zukünftig wieder Sicherstellungszuschläge als Anreiz für die Niederlassung in unterversorgten Regionen gezahlt werden dürfen, um regionale Versorgungsdefizite zu vermindern.

5.) Zusatzbeiträge (§ 242 a und b, 251, 252 SGB V FraktE)

Die BAG SELBSTHILFE kritisiert aufs Schärfste die fortschreitende Aufgabe der paritätischen und solidarischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Durch die Neuregelung kommen auf die gesetzlich Krankenversicherten in den kommenden Jahren enorme Mehrbelastungen zu, die insbesondere die unteren und mittleren Einkommenschichten treffen werden. Die Beteiligung der Arbeitgeber und der besser verdienenden Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung wird hingegen begrenzt. Auf diese Weise werden gerade viele chronisch kranke und behinderte Menschen, die aufgrund ihrer Einschränkungen häufig weniger hohe Einkommen erzielen, empfindlich belastet. Der vorgesehene Säumniszuschlag wird vor allem diejenigen treffen, die aufgrund ihrer finanziellen Situation den Zusatzbei-

trag nicht aufbringen können und durch die Säumniszuschläge nochmals zusätzlich belastet werden.

a.) Sozialausgleich: Orientierung am durchschnittlicher Zusatzbeitrag (§ 242a und b SGB V Frakte)

Die BAG SELBSTHILFE beanstandet nachdrücklich, dass die Orientierung am „durchschnittlichen Zusatzbeitrag“ als Basiswert für den Sozialausgleich letztlich dazu führen kann, dass Patientinnen und Patienten mit deutlich höheren Zusatzbeiträgen als 2 Prozent belastet werden, ohne dass sie hierfür Sozialausgleich erhalten. Wäre der „durchschnittliche“ Zusatzbeitrag tatsächlich - wie der Name nahe legt - aus dem Durchschnitt aller Zusatzbeiträge berechnet, könnte der Versicherte seinen Krankenversicherungsbeitrag tatsächlich durch einen Wechsel der Krankenkasse zumindest auf das Durchschnittsniveau absenken. Dies ist jedoch nicht der Fall:

Der betreffende Euro-Betrag soll nach dem Entwurf künftig vorausschauend vom Bundesversicherungsamt als Prognose für das Folgejahr verkündet werden. Dazu wird die Differenz zwischen den voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen und den voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds durch die voraussichtliche Zahl der Mitglieder der Krankenkassen geteilt. Der sich dann ergebende Betrag drückt auf einen Monatswert umgerechnet die voraussichtliche bundesweite "Deckungslücke" der GKV je Beitragszahler aus. Die tatsächliche Höhe der von einzelnen Kassen erhobenen Zusatzbeiträge spielt dabei also keine Rolle. Dieser Wert wird vom Schätzerkreis immer im Herbst des Vorjahres für das darauf folgende Kalenderjahr festgelegt. Der Durchschnittswert gilt dann im folgenden Kalenderjahr, unabhängig von der tatsächlichen Höhe der Zusatzbeiträge. Eine rückwirkende Korrektur oder unterjährige Veränderung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags wird ausdrücklich ausgeschlossen.

Gleichzeitig kann die Orientierung ausschließlich am „durchschnittlichen“ Zusatzbeitrag auch zur Folge haben, dass ein Versicherter, dessen Krankenkasse einen geringeren als den durchschnittlichen oder gar keinen Zusatzbeitrag erhebt, Sozial-

ausgleich erhält; diese Ungleichbehandlung wird aus Sicht der BAG SELBSTHILFE schwer zu vermitteln sein.

Bloße Schätzungen sind zudem aus Sicht der BAG SELBSTHILFE keine geeignete Basis, um darüber zu entscheiden, in welcher Höhe einkommensschwache Versicherte zusätzlich belastet werden, für die jeder Euro über eine akzeptable Teilhabemöglichkeit am gesellschaftlichen Leben entscheidet.

Ferner ändert der Sozialausgleich nichts daran, dass mit dem Zusatzbeitrag künftig die Menschen mit geringeren Einkommen stark belastet werden. Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE müsste daher der Sozialausgleich zumindest bereits ab einer Belastung von einem Prozent des Einkommens greifen.

Beanstandet wird in diesem Zusammenhang überdies, dass lediglich Erwerbseinkommen und Renten in die Berechnung des Einkommens einbezogen werden. Dies entspricht nicht mehr der gesellschaftlichen Wirklichkeit. Für einen großen Teil in der Bevölkerung ist das Erwerbseinkommen längst nicht mehr die Haupteinnahmequelle, vielmehr haben viele Bürgerinnen und Bürger Einkünfte aus Miet- oder Pacht neben ihren Renten- oder Lohneinkommen. In diesem Zusammenhang bleibt es unklar, welche Planungen zu dem in der Gesetzesbegründung aufgenommene Hinweis bestehen, dass zukünftig für den Anspruch auf Sozialausgleich die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit insgesamt und nicht nur das sozialversicherungspflichtige Einkommen berücksichtigt werden soll.

Besonders problematisch an der Ausgestaltung des geplanten Sozialausgleichs ist, dass er zu einer massiv verstärkten Abwanderung der Besserverdienenden in die private Krankenversicherung führen wird: Da sich der Sozialausgleich immer nur am durchschnittlichen Zusatzbeitrag orientiert, findet zumindest auf absehbare Zeit für diese Personengruppe ein Ausgleich nicht statt. Ein konkretes Rechenbeispiel: Jemand mit einem Jahreseinkommen von 50.000 Euro würde bei einem monatlichen durchschnittlichen Zusatzbeitrag von 75 Euro immer noch keinen Solidarausgleich erhalten. Damit würde ein hoher Zusatzbeitrag diese Personengruppe vermutlich zusätzlich veranlassen, möglichst in die private Krankenversicherung zu

wechseln. Vor diesem Hintergrund ist die bereits beanstandete vereinfachte Möglichkeit des Wechsels in die PKV bereits nach einmaligem Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze als besonders problematisch anzusehen.

Unabhängig davon weist die BAG SELBSTHILFE darauf hin, dass die Komplexität des Einzugs- und Berechnungsverfahrens zu erheblichem Mehraufwand bei den Arbeitgebern führen wird.

b.) Zusatzbeiträge für die Bezieher von Arbeitslosengeld II (§ 242 Abs. 4, 252 I 2 SGB V FraktE)

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt ausdrücklich, dass die noch im Referentenentwurf enthaltene Möglichkeit für die Kassen, in ihrer Satzung festzulegen, dass die Differenz zwischen kassenindividuellem und durchschnittlichem Zusatzbeitrag von den Beziehern von Arbeitslosengeld II selbst erhoben werden kann, gestrichen wurde. Die vorgesehene Fassung hätte zur Folge haben können, dass Krankenkassen dieses Instrument im Zuge des zunehmenden Wettbewerbs genutzt hätten, um nicht kostendeckend versicherten Empfänger von Arbeitslosengeld II loszuwerden. Nachdem gerade chronisch kranke und behinderte Menschen aufgrund ihrer Krankheit oder Behinderung häufig auf Leistungen nach dem SGB II angewiesen sind, hätte diese Regelung letztlich eine faktische Diskriminierungsmöglichkeit dieser Menschen zur Folge gehabt. Zudem hätte ein ständiger Wechsel zu anderen Krankenkassen unter Umständen gesundheitliche Nachteile mit sich gebracht, da sie gezwungen gewesen wären, kassenindividuelle Behandlungsprogramme abubrechen.

Die BAG SELBSTHILFE bedauert jedoch, dass die Beiträge für die Krankenversicherung nunmehr aus Mitteln des Gesundheitsfonds bezahlt werden sollen. Dies wird das ohnehin belastete GKV- System zusätzlich in Anspruch nehmen. Generell ist die BAG SELBSTHILFE der Auffassung, dass im Zuge des GKV- Finanzierungsgesetzes die kostendeckende Finanzierung der Beiträge der Empfänger von Arbeitslosengeld entsprechend neu geregelt werden sollte. Studienergebnisse zeigen immer wieder, dass gerade Arbeitslose deutlich höhere Krankheitsrisiken haben; gleichzeitig sind jedoch die von den Arbeitsagenturen gezahlten Beiträge für Empfänger von Arbeits-

losengeld II zur gesetzlichen Krankenversicherung mit rund 126 € sehr niedrig und decken nur etwa die Hälfte der anfallenden Kosten. Nachdem die Empfänger von Arbeitslosengeld II im derzeitigen System ganz überwiegend gesetzlich krankenversichert sind, trägt damit das System der Gesetzlichen Krankenkassen allgemeingemeinschaftlich bedingte Krankheitsrisiken; dies ist umso bedenklicher, als die privaten Krankenkassen nach der derzeitigen Gesetzeslage deutlich höhere Beiträge von den Betroffenen fordern können, deren Übernahme durch die Arbeitsagenturen nicht gesetzlich abgesichert ist. Verschiedene Gerichte hatten die entsprechende Norm deshalb als verfassungswidrig eingestuft.

Die BAG SELBSTHILFE ist in diesem Zusammenhang der Auffassung, dass entweder der Beitrag der Privaten Krankenkassen für Arbeitslosengeld II Empfänger auf das Niveau desjenigen der Gesetzlichen Krankenkassen gesenkt werden sollte oder die entsprechenden gesellschaftlich bedingten Risiken durch Zuweisungen aus Steuermitteln für Arbeitslosengeld II Empfänger ausgeglichen werden sollten. Bei ersterem Modell wären aus der Sicht der BAG SELBSTHILFE Ausgleichszahlungen von den privaten Krankenkassen zur gesetzlichen Krankenversicherung entsprechend der Differenz zwischen PKV- Versicherten in der Gesamtbevölkerung zu PKV- Versicherten im Arbeitslosengeld II Bezug zu zahlen: Wenn die privaten Krankenversicherungen nunmehr - wie bei den Rabatten für Arzneimitteln - die Vorteile des gesetzlichen Krankenversicherungssystems in Anspruch nehmen wollen, so muss sie sich auch an der Bewältigung von gesellschaftlich bedingten Risiken beteiligen, welche bisher im wesentlichen von den Gesetzlichen Krankenkassen getragen werden.

Die BAG SELBSTHILFE kritisiert weiterhin, dass die Zusatzbeiträge der Empfänger von Arbeitslosengeld I - entgegen der noch im Referentenentwurf enthaltenen Fassung - nicht übernommen werden sollen. Nachdem auch bei Arbeitslosengeld I aufgrund des allgemein teilweise sehr niedrigen Lohnniveaus sehr niedrige Beträge an die Arbeitslosen ausgezahlt werden, wäre es sinnvoll gewesen, diese Frage an eine finanzielle Grenze zu koppeln; dies könnte etwa der Pfändungsfreibetrag sein.

6.) Mitgliederwerbung (Änderungsantrag 1 der Fraktionen CDU/CSU und FDP zu § 4 SGB V FraktE)

Grundsätzlich ist es nach Auffassung der BAG SELBSTHILFE keine Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung, Mittel für die Mitgliederwerbung bereit zu stellen (siehe §§ 1 - 2a SGB V). Soweit man Werbung überhaupt für sinnvoll hält, sollte das Budget für jede Krankenkasse wenigstens eine fixe Summe nicht übersteigen. Damit hätten alle Krankenkassen unabhängig von ihrer Mitgliederzahl durch einen einheitlichen fixen Beitrag die gleichen Wettbewerbschancen.

7.) Kostenerstattungsoption (Änderungsantrag 2 der Fraktionen CDU/CSU und FDP zu § 13 SGB V)

Auch die in den Änderungsanträgen der Fraktion CDU/ CSU und FDP enthaltene Möglichkeit, sich auf eine Kostenerstattungslösung zu verpflichten, lehnt die BAG SELBSTHILFE ab. Selbst wenn die Bindungsfrist nur ein Kalendervierteljahr beträgt, ist nicht sicher, ob den Menschen von vorneherein deutlich wird, auf was sie sich einlassen: Vielen Patientinnen und Patienten ist nicht klar, dass es sich nicht nur um eine Änderung der Zahlungsweise handelt, sondern dass sie unter Umständen einen großen Teil der von den Ärzten berechneten Honorare selbst tragen müssen. Auch bei dem Kauf von Arzneimitteln ist für die Patienten zu diesem Zeitpunkt nicht kalkulierbar, welche Kosten die Krankenkassen für das von ihnen gekaufte Medikament erstatten, da die Rabattverträge geheim sind. Ferner befürchtet die BAG SELBSTHILFE, dass Gesunde oft diesen Tarif wählen, ohne einzukalkulieren, dass sie plötzlich schwer erkranken oder verunfallen können und dann hohe finanzielle Risiken - etwa wenn kurzfristig teure Hilfsmittel benötigt werden - gegenüber stehen. Vor diesem Hintergrund ist es auch nicht verständlich, weswegen das Beratungsgespräch über die Kostenerstattungsoption nicht dokumentiert bzw. eine entsprechende schriftliche Vereinbarung mit vorheriger schriftlicher standardisierter Belehrung getroffen werden muss. Bei derartig weitreichenden Konsequenzen sollte schon aus Gründen der Rechtsklarheit eine Schriftform mit entsprechender Belehrung vorgeschrieben sein; andernfalls sind Rechtsstreitigkeiten vorprogrammiert.

Zudem befürchtet die BAG SELBSTHILFE, dass gerade chronisch kranke und behinderte Versicherte Patientinnen und Patienten 2. Klasse bzw. 3. Klasse (wenn man

die PKV- Versicherten einbezieht) werden. Nachdem sich gerade chronisch kranke und behinderte Menschen die Option eines Kostenerstattungsmodells wegen der dann kaum abschätzbar hohen Kosten für Arztbesuche, Arznei-, Hilfs- und Heilmittel nicht leisten können, stünde zu befürchten, dass sie bei der Versorgung erst nachrangig berücksichtigt würden, da Ärzte und andere Leistungserbringer bei Versicherten mit Kostenerstattungsoption höhere Honorare oder Beträge abrechnen könnten. Es wird darauf hingewiesen, dass viele chronisch kranke Patientinnen und Patienten genau wegen dieser Vorleistungspflicht von der privaten in die gesetzliche Krankenkasse wechseln. Wenn man bedenkt, dass bei onkologischen Erkrankungen Jahrestherapiekosten in fünf- oder sechsstelliger Höhe anfallen, wird deutlich, dass selbst Gutverdiener mit dieser Vorleistungspflicht überfordert sind. Dazu kommt, dass beim Kostenerstattungsprinzip das Prozessrisiko auf den Patienten oder der Patientin verlagert wird: Vor dem Hintergrund, dass ja gerade bei schwer kranken Menschen oft hohe Therapiekosten anfallen, belastet ein solcher Prozess die Patienten zusätzlich psychisch.

Der Wechsel zwischen Kostenerstattung und Sachleistungen während einer Behandlung über die Frist hinaus dürfte zudem massive Verwaltungsprobleme bei den gesetzlichen Krankenkassen hervorrufen.

8.) Wahltarife (Änderungsantrag 3 der Fraktion CDU/ CSU und FDP zu § 53 SGB V)

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE wird bei der Regelung der Wahltarife die Überprüfung langfristiger finanzieller Tragbarkeit unterschiedlichen Akteuren überantwortet, deren Ergebnisse nicht vergleichbar sind. So fehlt es insbesondere an einer Regelung, wie die Testate und die Modalitäten, die zu den Testaten führten, rechtsverbindlich überprüft werden. Die Voraussetzungen für eine aufsichtsrechtliche Prüfung sind zudem nicht klar geregelt.

9.) Pädiatrische Zentren (Änderungsantrag 4 der Fraktion CDU/CSU zu § 120 SGB V)

Die BAG SELBSTHILFE bedauert die stark verzögerte Umsetzung der Vergütungsvereinbarungen in der Praxis. Pädiatrische Zentren haben für chronisch kranke und behinderte Kinder und Jugendliche eine hohe Bedeutung, da hier teilweise große Versorgungsengpässe bestehen. Vor diesem Hintergrund ist die langsame Umsetzung des § 120 SGB V zu kritisieren.

Vor diesem Hintergrund begrüßt es die BAG SELBSTHILFE ausdrücklich, dass die Krankenhausträger, bei denen die Leistungen des Spezialambulanz über die stationären Vergütungen nur teilfinanziert wurden, nunmehr die Möglichkeit erhalten, die Schiedsstelle anzurufen, wenn eine Vereinbarung nicht zustande kommt. Unklare Vergütungsregelungen gehen erfahrungsgemäß häufig zu Lasten der Versorgung der Betroffenen, da sich viele Krankenhausträger nicht ohne weiteres auf eine derartige unsichere Finanzierungsgrundlage einlassen werden.

10.) Vermittlung von Zusatzversicherungen durch Krankenkassen (Änderungsantrag 5 der Fraktion CDU/CSU und FDP zu § 194 Abs. 1a SGB V)

Nach Auffassung der BAG SELBSTHILFE hat die Vermittlung von Privatversicherungen in der Gesetzlichen Krankenversicherungen keinen Platz, da dieses nach § 1- 2a SGB V nicht zu ihrem gesetzlich zugewiesenen Aufgabengebiet gehört.

11.) Pauschalierung schwankender Einkommen bei Arbeitslosengeld II-Empfänger (Änderungsantrag 7 der Fraktion CDU/CSU und FDP zu § 232a Abs.1a SGB V)

Die BAG SELBSTHILFE ist der Auffassung, dass es problematisch ist, als Bezugsgröße für die Pauschalierung eine Prognose heranzuziehen. Abhängig beschäftigte, gesetzlich Versicherte zahlen Beiträge nicht auf der Basis einer Prognose, sondern auf der Grundlage von tatsächlich erzieltm Arbeitseinkommen.

12.) Solidarische Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege einführen (Antrag der Fraktion DIE LINKE)

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist sicherzustellen, dass chronisch kranke und behinderte Menschen, die in hohem Maße auf die gesellschaftliche Solidarität angewiesen sind, davon ausgehen können, dass ihnen die für die Behandlung ihrer Krankheit notwendigen Arzneimittel und Behandlungen ohne weitere Belastungen nach dem Sachleistungsprinzip zur Verfügung stehen werden. Eine solidarische Finanzierung der Krankheitsrisiken nach der individuellen Leistungsfähigkeit des Einzelnen ist dafür aus Sicht der BAG SELBSTHILFE die Grundlage.

Die BAG SELBSTHILFE ist insoweit der Auffassung, dass Besserverdienende bzw. andere Einkunftsquellen als das Lohneinkommen zur solidarischen Finanzierung der Krankenversicherung stärker als bisher herangezogen werden sollten. Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE stellt sich jedoch bei dem Konzept der Fraktion DIE LINKE die Frage, ob vollständig auf eine Beitragsbemessungsgrenze verzichtet werden kann: Gerade bei einer Pflichtversicherung muss aus verfassungsrechtlichen Gründen der Beitrag in einem noch angemessenen Verhältnis zur Leistung stehen.

Hinsichtlich einer Beitragserhebung aus Kapital- und Mieteinnahmen - sei es nun für eine Bürgerversicherung oder für einen neu zu konzeptionierenden Sozialausgleich - müsste aus Sicht der BAG SELBSTHILFE noch ein Konzept erarbeitet werden, wie die Beitragseinziehung in der Praxis aussehen soll. Hier sollte der Verwaltungsaufwand für die Krankenkassen möglichst gering gehalten werden, damit nicht die Einnahmen durch die Verwaltungskosten kompensiert werden.

13.) Wirtschaftlichkeitsreserven

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE wäre es notwendig gewesen, vor einer weiteren Belastung der Patientinnen und Patienten zunächst bestehende Überversorgungen abzubauen bzw. Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben. So wird davon ausgegangen, dass etwa im Bereich der Radiologie hohe Einsparpotentiale bestehen. Ferner haben die Präventionsprogramme der Krankenkassen in vielen Fällen nur wenig mit medizinisch sinnvoller Prävention zu tun, sondern sind eher dem Bereich der Wellness Behandlungen zuzuordnen. Zu selten werden hier Nutzen und Effizienz der Programme hinterfragt.

Beanstandet wird in diesem Zusammenhang, dass diese Programme in vielen Fällen für relativ gesunde Menschen konzeptioniert werden; auch chronisch kranke Menschen bedürfen jedoch einer entsprechenden Primärprävention in bezug auf andere Krankheiten oder eine Tertiärprävention in bezug auf ihre bereits bestehende Krankheit, die entsprechend auch auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten sein muss.

Düsseldorf, 15.10.2010