



Stellungnahme

zum Entwurf eines

Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-WSG)

BT-Drucksache 16/3100
vom 24.10.2006

Berlin, 3.11.2006



1. Zu den Zielen des GKV- WSG

Der dbb verkennt nicht die Notwendigkeit, zeitnah die Zukunftsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens neu auszurichten. Neben dem Gesetzgeber sind dabei alle Beteiligten gefordert, also Beitragszahler und Versicherer ebenso wie alle Leistungserbringer.

Wesentliche Elemente der heutigen Strukturen sind in Zeiten entstanden, in denen Beschäftigung und Alterung, technologische Entwicklung und Wettbewerb eine wesentlich geringere Rolle spielten als heute. Arbeitslosigkeit und Demographie, medizinischer Fortschritt und globalisierte Märkte setzen neue Rahmenbedingungen, denen Organisation, Finanzierung und Dienstleistungen auch in der GKV anzupassen sind.

Die stark differierenden Modelle der Koalitionspartner zu Prämienlösungen oder Bürgerversicherung drohen zudem, mit deren Mischung zu verwässern, nur um politische Akzeptanz zu sichern. Eine nachhaltige Reform bedarf aber weniger der Popularität unter den Politikern als der Zustimmung in der Bevölkerung und der Bereitschaft zur Umsetzung im Gesundheitswesen, die allein deren Erfolg zu sichern vermag. Dabei müssen auch permanente Verteilungskämpfe im milliardenschweren Gesundheitsmarkt zurückstehen.

Gerade eine Große Koalition hätte die Chance gehabt, eine Reform zu schaffen, die über kurzfristige Kostendämpfungen oder bloße neue Belastungen für die Bürger hinausgeht. Die erkennbaren Schwierigkeiten in den vergangenen Wochen, einen Konsens zu finden, haben zu einer Lösung auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner geführt, die es den Koalitionspartnern ermöglicht, je nach Wahlausgang im nächsten Bundestag zur reinen Lehre von Prämie oder Bürgerversicherung zurückzukehren. Die vorhandenen Probleme im Bereich der Finanzierung aber auch auf der Leistungsseite durch Über-, Unter- und Fehlversorgung werden nur unzureichend angegangen. Damit wird die angekündigte „Große Gesundheitsreform“ ihrem Anspruch nicht gerecht.

2.



Zum Inhalt des GKV-WSG

a) Neuordnung der Institutionen

Der dbb hält die historisch gewachsene Entwicklung von Kassenarten innerhalb der GKV für überholt. Ein ungebrochener Trend zur Vereinigung von Krankenkassen ist erkennbar. Daher ist es richtig, das Verbot kassenartenübergreifender Fusionen aufzugeben, um dauerhaft untereinander und gegenüber den Leistungsanbietern wettbewerbsfähige Träger zu schaffen. Hier ist die Selbstverwaltung der Krankenkassen unter angemessener Beteiligung staatlicher Aufsicht gefordert.

Die GKV ist wettbewerblich zu organisieren. Dies schließt eine Einheitsversicherung aus, unterstellt aber zugleich eine gewisse Gleichgewichtigkeit zwischen den Trägern.

Bei allen geplanten organisatorischen Neuregelungen sind neben reinen Zweckmäßigkeitüberlegungen die berechtigten Interessen der dort Beschäftigten zu berücksichtigen. Umstrukturierungen müssen einhergehen mit dem Schutz der betroffenen Arbeitsplätze, einer Wahrung der Beschäftigungsbedingungen sowie eine angemessene Beteiligung der betrieblichen Interessenvertretungen und Gewerkschaften.

Zu den Fragen der Einrichtung eines Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Umwandlung der Spitzenverbände der Krankenkassen in Gesellschaften bürgerlichen Rechts, der vorgesehenen Insolvenzfähigkeit der Krankenkassen und den Rechtsfolgen der Reform für die dem Beamtenverhältnis angenäherten DO-Angestellten verweist der dbb auf die Stellungnahme seiner Mitgliedsorganisation Gewerkschaft der Sozialversicherung (GdS).

b) Gesamtgesellschaftliche Solidarität durch Steuerzuschüsse

In einem Sozialstaat hat die gesetzliche Krankenversicherung den Schutzbedürftigen ausreichende Leistungen zu garantieren. Dem Solidarprinzip folgend müssen dabei Gesunde für Kranke, Junge für Alte und Besserverdienende für Wenigverdienende eintreten.

Anders als in der Rentenversicherung baut dabei das GKV-System weitgehend auf eine Beitragsfinanzierung. Staatliche Haushaltszuschüsse wurden durch das Haushaltsbegleitgesetz 2006 sogar wieder zurückgefahren. Insoweit ist eine – auch teilweise –



Umstellung auf eine Finanzierung durch Haushalts- und damit Steuermittel nicht unproblematisch, weil das System der gesetzlichen Krankenversicherung dadurch in stärkerem Maße den Einflüssen politischer Opportunitäten unterworfen wird.

Der dbb unterstützt gleichwohl die Forderung, gesamtgesellschaftliche Aufgaben, etwa zum Familienausgleich, in ihren finanziellen Auswirkungen nicht einzelnen Solidargemeinschaften aufzubürden, sondern über Steuern zu finanzieren. Eine solche Verlagerung auf den Steuerzahler verstärkt die Verantwortung der Gesellschaft für das Funktionieren auch des Gesundheitswesens.

Der dbb begrüßt daher die Entscheidung im Gesetzentwurf, die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern schrittweise aus Haushaltsmitteln zu finanzieren. Es muss allerdings sichergestellt werden, dass entsprechende Steuermittel für diesen Zweck zur Verfügung stehen.

Eine Ungleichbehandlung von Kindern von GKV- und PKV-Versicherten wird vom dbb jedoch nicht hingenommen. Es begegnet tiefgreifenden verfassungsrechtlichen Bedenken, nur die beitragsfreie Versicherung von gesetzlich versicherten Kindern gesamtgesellschaftlich zu finanzieren, nicht aber auch die privat abgesicherten Kinder zu unterstützen.

c) Absicherung im Krankheitsfalle für alle und Wahlmöglichkeiten

Der Sozialstaat hat bisher zwar Rahmenbedingungen für eine gesetzliche und eine private Krankenversicherung geschaffen, zugleich aber toleriert, dass Menschen insbesondere am oberen wie am unteren Einkommensrand ohne Versicherungsschutz leben.

Um bei der Absicherung des Lebensrisikos Krankheit Schutzlücken zu schließen, ist es aus Sicht des dbb sinnvoll, alle Bürger zum Nachweis eines Grundversicherungsschutzes zu verpflichten. Auch hier weist der Gesetzesentwurf in die richtige Richtung. Dies betrifft sowohl die geplante Pflichtversicherung in der GKV, als auch die Rückkehrmöglichkeit in die PKV. Der dbb begrüßt dies ausdrücklich.



d) Wettbewerb zwischen GKV und PKV und innerhalb der PKV

Die Differenzierung von gesetzlicher und privater Versicherung darf nicht zur Disposition gestellt werden. Die Entscheidung über die Zugehörigkeit zu diesen Systemen an Hand der Versicherungspflicht hat eine „Friedensgrenze“ zu beachten, die beiden Sektoren eine dauerhafte Existenz sichert. Dabei ist einerseits die Schutzbedürftigkeit zu berücksichtigen, andererseits darf die Solidarität nicht durch massiven Abgang „besserer“ Risiken ausgehöhlt werden.

Ein Ausgleich für unterschiedliche Risikostrukturen oder Morbiditäten ist als Wettbewerbsvoraussetzung in der GKV unerlässlich, solange die Versicherten-Gemeinschaften in diesen Faktoren stark differieren. Insoweit ist die Weiterentwicklung zu einem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich konsequent. Gleichwohl lassen sich die konkreten Auswirkungen, insb. der Beschränkung auf bestimmte überdurchschnittlich kostenrelevante Erkrankungen, noch nicht abschließend beurteilen.

Die private Krankenversicherung ist als Vollversicherung wie als Ergänzung für beihilfeberechtigte Beschäftigte des öffentlichen Dienstes in ihrem Fortbestand zu sichern. Altersrückstellungen für bestehende private Versicherungsverhältnisse unterfallen dem grundgesetzlichen Eigentumsschutz.

Die Finanzierung der PKV über individuell kalkulierte Risiken schließt auch eine Einbindung in das System eines Risikostrukturausgleichs in der GKV aus.

Als rechtlich problematisch sieht der dbb die „3-Jahres-Regelung“ an, die rückwirkend zum Zeitpunkt der ersten Lesung des Gesetzentwurfs im Deutschen Bundestag in Kraft treten soll. Zunächst führt dies zu Problemen in Bezug auf die Rechtssicherheit von in der Zwischenzeit abgeschlossenen zivilrechtlichen Vereinbarungen. Zudem hat die Regelung die Wirkung einer Zwangsabgabe an eine Solidargemeinschaft, der diese Versicherten prinzipiell nicht mehr angehören.

- Schaffung eines Basistarifs und die Portabilität der Altersrückstellungen

Mit der Einführung eines Basistarifs und der Übertragbarkeit von Altersrückstellungen in der privaten Krankenversicherung trägt das Gesetz langjährigen Forderungen des dbb Rechnung. Insbesondere



die Portabilität der Altersrückstellungen wird zu Wettbewerb auch im Bestand führen, der bislang faktisch ausgeschlossen war.

Bei der Ausgestaltung des Basistarifs darf grundsätzlich nicht in bestehende Verträge eingegriffen werden. Der Basistarif ist als verpflichtendes Zusatzangebot vorgesehen, darf aber nicht die bestehende Tarifvielfalt der PKV gefährden und wie vorgesehen nicht teurer sein als der GKV-Beitrag.

Darüber hinaus sind die finanziellen Auswirkungen des Basistarifs sowohl für bestehende Verträge als auch für Neukunden bislang noch nicht abzusehen. Der Gesetzentwurf nennt hierzu keine konkreten Zahlen. Extreme Beitragssteigerungen in der PKV aufgrund der geplanten Neuregelungen müssen jedoch jedenfalls ausgeschlossen werden. Steigerungen von bis zu 36 % allein auf Grund der Portabilität - wie sie in der Begründung von Vorentwürfen enthalten waren - wären keinesfalls hinnehmbar. Damit wäre die Belastungsgrenze insbesondere von Beamten niedrigerer Besoldungsgruppen deutlich überschritten.

Bereits heute ist bei Familien von Beamten unterer Besoldungsstufen mit mehreren Kindern der Beitrag zur privaten Krankenversicherung relativ hoch, da jeder Familienangehöriger einzeln Beihilfe restkostendeckend zu versichern ist. Ob der Basistarif in seiner beihilfekonformen Ausgestaltung für diese Beamten finanziell günstiger sein wird als bestehende Tarife, kann zu diesem Zeitpunkt noch nicht abschließend beurteilt werden. Keinesfalls darf dieser Tarif zu einer weiteren Aushöhlung der beamtenrechtlichen Beihilfeleistungen führen oder sein Leistungsniveau alleiniger Maßstab für die Beihilfefähigkeit werden.

- Beamte in der GKV

Beamte und Versorgungsempfänger erhalten als geschuldete Fürsorgeleistung - unabhängig von einem freiwilligen Versicherungsverhältnis in der PKV oder GKV - eine Unterstützung ihres Dienstherrn in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen durch Beihilfe. Besondere Gruppen, wie z. B. die Polizei oder Soldaten erhalten Heilfürsorge. Die große Mehrheit der Beamten und Ruheständler hat zu den unterschiedlichen Beihilfebemessungssätzen passende PKV-Tarife gewählt, die zusammen einen Vollschutz gewährleisten.



Eine besondere Konstellation stellen die freiwillig gesetzlich versicherten Beamten dar. Freiwillig gesetzlich versicherte Beamte erhalten keinen Arbeitgeberzuschuss und müssen daher den vollen einkommensabhängigen Krankenversicherungsbeitrag selbst zahlen. Dabei entlasten sie die Dienstherrn über die gesamte Dienstzeit als auch im Ruhestand, vor allem auch deshalb, da im Normalfall auf die Sachleistungen in der GKV und nur ausnahmsweise daneben auch noch auf die Beihilfe zurückgegriffen wird.

Zur Lösung dieses Problems hatte der dbb die Teilkostenversicherung vorgeschlagen. Dieses Modell kombiniert den beamtenrechtlichen Beihilfeanspruch mit einer ergänzenden Leistung aus der GKV, der ein entsprechend verringerter Beitrag gegenübersteht. Eine Erweiterung der Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten der Versicherten in Form des vom dbb vorgeschlagenen Teilkostenmodells ist im Vorfeld wieder aus den Eckpunkten herausgenommen worden. Der dbb bedauert dies ausdrücklich. Damit wird insbesondere der Gruppe der gesetzlich versicherten Beamten keine Möglichkeit eingeräumt, zwischen der GKV-Teilkostenversicherung mit Beihilfeanspruch und der Absicherung durch PKV und Beihilfe zu wählen. Die große Koalition lässt mit dem Gesetzesentwurf offen, wie sie dieses Problem in der Zukunft angehen will.

e) Errichtung eines Gesundheitsfonds

Die Einrichtung eines Gesundheitsfonds bewertet der dbb skeptisch. Der Gesundheitsfonds wird zwar mit weniger Bürokratie auskommen, als zunächst befürchtet, weil der Beitragseinzug bei den Krankenkassen verbleibt. Dies begrüßt der dbb ausdrücklich. Der Risikostrukturausgleich wird nun auch in Bezug auf die Morbiditätsrisiken zielgenauer.

Gleichzeitig führt der Fonds jedoch nicht zu mehr Wettbewerb, nicht zu einer solideren finanziellen Grundlage der gesetzlichen Krankenversicherung, nicht zu einer tiefgreifenden Verwaltungsvereinfachung und nicht zu mehr Gerechtigkeit.

Vielmehr wahrt nach Ansicht des dbb die geplante Fonds-Lösung mit festgelegten Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteilen an den Beiträgen nur oberflächlich den Schein von Parität.

Der dbb hat stets die paritätische Einbindung der Arbeitgeber in die Finanzierung des Gesundheitswesens als richtige Entscheidung



bewertet, auch um deren das gesamte Arbeitsleben begleitende Mitverantwortung, z. B. im Bereich der betrieblichen Prävention, zu unterstreichen und deren Mitwirkung in den Selbstverwaltungsorganen zu rechtfertigen.

Eine weitere Aushöhlung der gleichgewichtigen Kostentragung, wie sie bereits mit der alleinigen Finanzierung von Zahnersatz und Krankengeld durch den Zusatzbeitrag der Versicherten vorgenommen worden ist und mit der allein von den Versicherten zu zahlenden Zusatzprämie jetzt fortgesetzt werden soll, lehnt der dbb als falschen Weg der einseitigen Belastung der Arbeitnehmerschaft ab. Dies setzt auch falsche Signale für die anderen Systeme sozialer Sicherung.

Die Teilfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung durch Zusatzprämien, die allein die Versicherten zu zahlen haben, ist nicht hinnehmbar. Der Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen wird darin einen neuen Parameter finden und sich noch stärker auf die Gesunden und Jungen beziehen. Freiwillige Serviceleistungen könnten dadurch abgebaut werden. Die Versorgung würde insgesamt darunter leiden.

Es steht zudem zu befürchten, dass die Zusatzprämien innerhalb kurzer Zeit angehoben werden müssen, um steigende Kosten auszugleichen. Zwar ist zunächst abgesichert, dass die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zu 95 Prozent aus dem Gesundheitsfonds – und damit zumindest auch von den Arbeitgebern - und zu höchstens 5 Prozent aus den kassenindividuellen Zusatzprämien – und damit allein von den Versicherten - zu bestreiten sind. Allerdings könnte zur weiteren Entlastung der Arbeitgeber auch über eine Veränderung dieser Quotelung diskutiert werden und damit eine weitere Belastung der Versicherten im Raum stehen.

Die Ausgestaltung der einprozentigen Belastungsgrenze im Zusammenspiel mit einer Prämie von bis zu 8 Euro, die ohne Einkommensüberprüfung verlangt werden kann, ist unlogisch. Es ist zwar richtig, Versicherte mit geringen Einkünften vor einer übermäßigen Belastung zu schützen. Dass Versicherte in Kassen mit einer Zusatzprämie über 8 Euro ggf. geringere Beiträge zahlen müssen, weil dann wieder die Belastungsgrenze zur Anwendung kommt, ist aber nicht mehr nachzuvollziehen.



- Beitragsanhebung und Festlegung des Beitragssatzes durch den Ordnungsgeber

Die mit der Gesundheitsreform verbundene generelle Beitragsanhebung ab 2007 hält der dbb für verfehlt. Für die Akzeptanz des Gesetzes wäre es sicher förderlich, wenn nicht als erste Wirkung der Reform die Beitragssätze steigen würden.

Die Festlegung des Beitragssatzes, die bislang die wichtigste Aufgabe der Selbstverwaltungen der Krankenkassen war, soll künftig einheitlich durch den Ordnungsgeber erfolgen. Damit trägt die Regierung die Verantwortung für die Beitragssatzstabilität. Es ist nicht ersichtlich, welche Vorteile diese Kompetenzverlagerung haben sollte. Vielmehr gerät der Beitragssatz noch stärker als bisher in politische Abhängigkeiten und in Verbindung mit der geplanten Steuerfinanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben zwischen die Zielkonflikte von Sozial- und Finanzpolitik. Die Finanzautonomie der Krankenkassen durch Festlegung des Beitragssatzes sollte nach Auffassung des dbb daher beibehalten werden, zumal sie über die Zusatzprämien auf anderer Ebene wieder auflebt.

f) Leistungskatalog und Vergütung ärztlicher Leistungen

Der Versicherungsschutz muss das medizinisch Notwendige gewährleisten. Welche Leistungen dazu gehören, haben gemeinsame Gremien von Versicherern und Leistungserbringern unter Hinzuziehung von Sachverständigen und staatlicher Begleitung zu präzisieren. Positiv sieht der dbb, dass künftig Versicherte in der GKV einen Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung haben werden und beispielsweise Mutter-/Vater-Kind-Kuren zu Pflichtleistungen der Krankenkassen werden.

Auch eine stärkere Beteiligung der Versicherten an den Kosten selbst verursachter Folgeerkrankungen beispielsweise nach Piercings sieht der dbb positiv, da die Solidargemeinschaft mit derartigen Behandlungsbedürftigkeiten nicht belastet werden sollte.

Leistungen oberhalb des definierten Rahmens sollten freiwilligen Zusatzversicherungen vorbehalten bleiben, die der Versicherte allein zu tragen hat.



Die vorgesehene Erweiterung der Möglichkeit in der GKV von der Kostenerstattung Gebrauch zu machen, ist vor dem Hintergrund der gleichzeitig abgeschafften Beratungspflicht der Kassen über die Folgen der Kostenerstattung nicht unproblematisch.

Das geltende Vergütungssystem der Ärzte/Zahnärzte wird zum 1.1.2009 durch die Einführung fester und einheitlicher Euro-Beträge abgelöst. Dies ist zu begrüßen, soweit den Leistungserbringern damit im voraus mehr Klarheit über ihre Vergütung gegeben wird. Die Höhe der Vergütung für Leistungen bei PKV-Patienten sollte der (kollektiven) Vereinbarung zwischen den Privatkassen und den Ärzten/Zahnärzten vorbehalten sein. Werden GOÄ und GOZ auf die Einheits-Euro-Beträge umgestellt, kann auf variable Elemente (Spreizung) nicht verzichtet werden.

Als Instrument des Wettbewerbs zwischen Krankenkassen ist das Leistungsvolumen nur bedingt geeignet. Die Vergleichbarkeit der Leistungen ist im unübersichtlichen und zunehmend komplexer werdenden Gesundheitsmarkt für die Versicherten nur schwer sicherzustellen.

Im Zusammenhang mit einer großen Reform müsste über die vorgesehenen Regelungen hinaus weitere Synergiereserven im Gesundheitssystem erschlossen werden, die bisher durch Strukturen oder Vorschriften blockiert waren. Zur Vermeidung von Doppelleistungen sind unter adäquater Beachtung des Datenschutzes alle Formen moderner Kommunikationstechniken zu nutzen, ambulante und stationäre Versorgungsformen sind besser zu verzahnen. Zum Schutz der Versichertengemeinschaften sind die Kontrollmechanismen systemübergreifend gegenüber denkbarem Missbrauch bei Abrechnungen und gegenüber betrügerischer Leistungsanspruchnahme zu verstärken. Dies sieht der Entwurf insoweit vor, dass die Krankenkassen einem Missbrauch der Gesundheitskarte durch geeignete Maßnahmen entgegenzuwirken haben.