

SOZIALE KRANKENVERSICHERUNG STÄRKEN

Solidarität ausbauen – Leistungen optimieren

Vorschläge des SoVD zur Stärkung und Fortentwicklung
der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)
und der Gesundheitspolitik in Deutschland

Inhaltsverzeichnis

I. Unverzichtbare Grundsätze für eine Fortentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)	5
II. Keine weiteren einseitigen Belastungen für die Versicherten durch den Gesundheitsfonds	6
III. Für eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen	8
1. Stärkung von Prävention und Rehabilitation	9
2. Defizite bei der ambulanten und stationären Versorgung beseitigen	10
3. Armut bekämpfen – Zugangsbarrieren zu Gesundheitsleistungen beseitigen	11
4. Für eine qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung – Fehlversorgung vermeiden, Wirtschaftlichkeitsreserven erschließen	12
5. Versorgung mit qualitativ hochwertigen Hilfsmitteln sicherstellen	13
6. Transparenz und Qualität sichern	14
7. Patientenrechtegesetz	14
IV. Für ein einheitliches Krankenversicherungssystem	15
V. Bewertung des Koalitionsvertrages von CDU/CSU und FDP zur Gesundheitspolitik	17
VI. Schlussbemerkung	22

I. Unverzichtbare Grundsätze für eine Fortentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Jeder Mensch hat Anspruch auf Schutz, Erhaltung und bestmögliche Wiederherstellung seiner Gesundheit. Die umfassende gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung ist eine vorrangige sozialpolitische Aufgabe des Staates. Dabei ist die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) der tragende Eckpfeiler im System der Gesundheitssicherung. Die solidarische Krankenversicherung hat sich bewährt und muss mit dem Ziel fortentwickelt werden, ihre tragenden Grundsätze zu stärken und die Versorgungsstrukturen zu optimieren.

Die **Versicherten der GKV sind in der Vergangenheit einseitig immer stärker belastet worden.** Sie müssen z. B. durch Zuzahlungen, die Praxisgebühr und Beschränkungen von Leistungen auf nicht kostendeckende Festzuschüsse (beim Zahnersatz) immer höhere Eigenbeteiligungen hinnehmen. Durch diese Belastungen der Versicherten werden jedoch **keine strukturellen Wirkungen** erzielt, sie bedeuten stattdessen eine **Entsolidarisierung** der Gesunden und gut Verdienenden mit kranken, chronisch kranken, älteren und pflegebedürftigen Menschen und damit eine **Privatisierung von Gesundheitsrisiken. Besonders schwer betroffen sind Menschen, die in Armut leben oder von Armut bedroht sind.** Da sie viele Eigenleistungen nicht aufbringen können, wird ihnen der **Zugang zu notwendigen Leistungen der Gesundheitsversorgung erschwert.** Bei allen weiteren Gesetzesänderungen sind daher Leistungsausgrenzungen und weitere Eigenbeteiligungen der Versicherten abzulehnen.

Darüber hinaus wurde der **Grundsatz der Beitragsparität**, wonach die Beiträge zur GKV je zur Hälfte von Arbeitgebern und von Arbeitnehmern getragen werden, durch Sonder- und Zusatzbeiträge **immer stärker zu Lasten der Arbeitnehmer verschoben.** Arbeitgeber dürfen jedoch aus ihrer Mitverantwortung für die Gesundheitsversorgung ihrer Arbeitnehmer nicht entlassen werden.

Schließlich müssen **auch privat Versicherte in den sozialen Ausgleich einbezogen werden.** Gegenwärtig findet nur innerhalb der GKV ein umfassender sozialer Ausgleich statt.

Für jede weitere Gesetzesänderung in der GKV sind folgende Grundsätze unverzichtbar:

- Die in der GKV geltenden **Prinzipien der Solidarität** und **Sachleistung** sind zu **stärken und auszubauen.**

- Der **Grundsatz der paritätischen Beitragsentrichtung** von Arbeitnehmern und Arbeitgebern muss aufrechterhalten bzw. in vollem Umfang **wieder hergestellt werden**. Der **Sonderbeitrag** von 0,9 Prozent, der von den Versicherten allein zu entrichten ist, und die Möglichkeit der Erhebung eines **kassenindividuellen Zusatzbeitrags** müssen wieder abgeschafft werden.
- Die **GKV muss alle medizinisch notwendigen Leistungen** gewähren, die im Einzelfall erforderlich (und im einheitlichen Leistungskatalog enthalten) sind. Der **Leistungskatalog steht nicht zur Disposition**. Weitere **Einschnitte in den Leistungskatalog** durch Ausgliederung von Leistungen oder Erhöhung von Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen **lehnt der SoVD als eine unsolidarische Privatisierung von Gesundheitsrisiken** ab. Aus dem gleichen Grund **wendet sich der SoVD gegen Wahl- und Kostenerstattungstarife**.
- Alle Bemühungen müssen stattdessen darauf gerichtet sein, eine **Zwei- oder Mehrklassenmedizin zu verhindern**. Eine Rationierung von Gesundheitsleistungen wird mit aller Entschiedenheit zurückgewiesen.
- Am sozialen Ausgleich aller Versicherten müssen in Zukunft auch privat Versicherte beteiligt werden. Daher muss auch die **private Krankenversicherung (PKV) am Risikostrukturausgleich der GKV beteiligt** werden.

II. Keine weiteren einseitigen Belastungen für die Versicherten durch den Gesundheitsfonds

Der SoVD hält den **Gesundheitsfonds** nach wie vor für eine **schwere Fehlentscheidung**. Der Fonds ist keine Lösung für die Finanzierungsprobleme der GKV. Er leistet keinen Beitrag zum Abbau von strukturellen Versorgungsdefiziten und trägt nicht zum Abbau von Fehl-, Über- und Unterversorgungen bei. Er bietet keinen Ausweg aus der Zwei- und Mehrklassenmedizin.

Stattdessen beinhaltet der **Gesundheitsfonds mit nicht kostendeckendem Beitragssatz große Gefahren** für die Patienten und Versicherten.

Infolge der **Möglichkeit von Zusatzbeiträgen**, die **allein die Versicherten zu tragen haben**, werden die **künftigen Finanzierungsrisiken einseitig auf die**

Versicherten übertragen. Der Grundsatz der paritätischen Beitragsentrichtung wird weiter ausgehöhlt.

Sofern am Instrument des Zusatzbeitrags festgehalten wird, erhebt der SoVD die Mindestforderung, **auch die erhobenen Zusatzbeiträge in den Risikostrukturausgleich** (Finanz- und Morbiditätsausgleich) **einzubeziehen**, der den sozialen Ausgleich zwischen den Krankenkassen bewirkt. Nach der gegenwärtigen Ausgestaltung des Gesundheitsfonds findet kein Risikostrukturausgleich der Zusatzbeiträge statt. Dies führt zu einer Benachteiligung von Mitgliedern von Krankenkassen, die ein unterdurchschnittliches Lohnniveau oder eine überdurchschnittliche Morbidität aufweisen. Schließlich **spricht der SoVD sich vehement dagegen aus, Zusatzbeiträge als Pauschalen** zu erheben. Durch eine – teilweise – pauschale Beitragserhebung wird die Solidarität innerhalb der Versichertengemeinschaft aufgehoben und Geringverdienende werden gegenüber Besserverdienenden überdurchschnittlich belastet.

Aufgrund des Wettbewerbs im Rahmen der Zusatzbeiträge ist darüber hinaus ist **zu befürchten**, dass die **Krankenkassen freiwillige Leistungen streichen** oder **Leistungen restriktiver oder zögerlicher bewilligen**, um die Einführung von Zusatzbeiträgen im Wettbewerb zu vermeiden. Der SoVD befürchtet darüber hinaus, dass es in dieser Zielsetzung auch zu **Einsparungen im Bereich** der bisher noch **wohnortnahen Service- und Beratungsangebote** der Krankenkassen kommt, auf die jedoch insbesondere kranke, chronisch kranke und ältere Menschen in besonderer Weise angewiesen sind.

Eine weitere Gefahr für die Patienten und Versicherten besteht darin, dass der **Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2010 nur noch 95 Prozent aller Ausgaben der GKV abdecken muss**. Erst wenn der Fonds über zwei Jahre lang weniger als 95 Prozent der tatsächlichen Ausgaben enthält, ist die Bundesregierung verpflichtet, den allgemeinen Beitragssatz zu erhöhen. Mit der nur **95-prozentigen Finanzierung des Fonds** und des wachsenden finanziellen Drucks auf die Krankenkassen ist eine **nicht zu akzeptierende Rationierung medizinisch notwendiger Versorgung in Milliardenhöhe zu befürchten**.

Nach Auffassung des SoVD muss eine solche Entwicklung insgesamt verhindert werden. Um die möglichen überaus nachteiligen Folgen des Gesundheitsfonds für die Patienten und Versicherten zu verhindern bzw. zu begrenzen, **fordert der SoVD dringend folgende Maßnahmen:**

- Der **allgemeine Beitragssatz** muss so **festgesetzt und jährlich angepasst** werden, **dass die gesamten Ausgaben der GKV abgedeckt sind**. Die ab 2010 geltende Regelung einer nur 95-prozentigen Abdeckung muss wieder beseitigt werden.
- Die der GKV übertragenen **versicherungsfremden Leistungen müssen in vollem Umfang steuerfinanziert** werden. Dies gilt auch für die Überweisung sachgerechter Krankenversicherungsbeiträge für Arbeitslose, um die Finanzierung der GKV von Schwankungen des Arbeitsmarktes unabhängig zu machen.
- Zur Sicherstellung eines wirksamen Solidarausgleichs und aus grundsätzlichen sozialpolitischen Erwägungen **muss die private Krankenversicherung (PKV) in vollem Umfang am Risikostrukturausgleich der GKV beteiligt werden**.

III. Für eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Der **SoVD befürwortet eine Fortentwicklung der GKV**, die **Versorgungsdefizite und Strukturmängel beseitigt** sowie **Wirtschaftlichkeitsreserven erschließt**. Bessere Steuerungsinstrumente sind im Bereich der Leistungserbringer und Hersteller erforderlich.

Im Mittelpunkt aller Reformbemühungen im Gesundheitswesen steht der **ranke, chronisch ranke und behinderte Mensch**. Er ist als mündiger Patient Subjekt und Mitgestalteter des Leistungsgeschehens. Der Patient ist nicht bloß Objekt der medizinischen Leistungen, sondern vielmehr erster und beständiger Ansprechpartner eines integrierten und bereichsübergreifenden Behandlungskonzepts aller beteiligten Ärzte, Pflegenden und Therapeuten. Er ist soweit wie nur irgend möglich aktiv und gleichberechtigt in den Handlungsprozess einzubeziehen und seinen berechtigten Wünschen und individuellen Bedürfnissen ist Rechnung zu tragen. Nicht marktorientiertes Denken sondern allein die bedarfsgerechte Patientenversorgung darf der Maßstab für die Gesundheitsversorgung sein.

Der **SoVD** sieht **vorrangig in den nachfolgenden Bereichen Handlungsbedarf**:

1. Stärkung von Prävention und Rehabilitation

- Neben der kurativen Medizin müssen **Prävention** und **Rehabilitation** gleichrangige Schwerpunkte einer umfassenden Gesundheitsversorgung sein. Die **betriebliche Gesundheitsförderung** muss einen höheren Stellenwert bekommen. Deshalb ist die Humanisierung der Arbeitswelt bei wachsenden Anforderungen im Berufsleben eine ständig verpflichtende Aufgabe. Auch die **öffentlichen Gesundheitsdienste** müssen wieder verstärkt in die Gesundheitsförderung einbezogen werden.
- Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen empfiehlt in seinem Sondergutachten 2009, die **Prävention von Pflegebedürftigkeit als herausgehobenes Gesundheitsziel** zu erklären. Dieser Empfehlung schließt sich der SoVD voll an. Eine präventiv ausgerichtete Gesundheits- und Pflegepolitik auf der Grundlage eines integrierten und trägerübergreifenden Zusammenwirkens aller Akteure kann entscheidend dazu beitragen, Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder hinauszuzögern.
- Erheblicher Handlungsbedarf besteht bei der Umsetzung des Grundsatzes „**Rehabilitation vor und bei Pflege**“. Dieser Grundsatz muss in der Praxis endlich mit Leben erfüllt werden. Dem Bedarf nach medizinischen Präventionsmaßnahmen und Rehabilitationsleistungen von älteren und pflegebedürftigen Menschen muss entsprochen werden. Die **geriatriische Versorgung** und **mobile Rehabilitation** sind auszubauen.
- Verstärkte Anstrengungen der Krankenkassen zur Durchführung von **leitliniengestützter** und **qualitätsorientierter Prävention** und **Rehabilitation** sollten **im Rahmen des Risikostrukturausgleichs besonders berücksichtigt** werden. Krankenkassen, die auf wissenschaftlich fundierter Basis Präventionsleistungen anbieten, sollten Zuwendungen aus dem Risikostrukturausgleich entsprechend der Ausgleichsmechanismen bei Krankheiten (morbidityorientierter Risikostrukturausgleich) erhalten.
- **Prävention** und **Rehabilitation** sind nicht nur aus der Sicht von Patienten und Versicherten von besonderer Bedeutung, sondern können entscheidend dazu **beitragen**, die Entstehung von **Kosten bzw. Folgekosten im Gesundheitswesen** zu minimieren bzw. **zu verhindern**.

2. Defizite bei der ambulanten und stationären Versorgung beseitigen

- Der SoVD spricht sich für eine weitere **Stärkung der Stellung des Hausarztes** im Rahmen einer **qualitativ hochwertigen Primärversorgung** aus. Vorrangig im Verhältnis Hausarzt und Patient muss das notwendige **Vertrauensverhältnis** entstehen, das ein patientenzentriertes Gesundheitssystem erfordert. Hausärzte haben die Aufgabe, ein **wohnortnahes Versorgungsnetzwerk** zu **koordinieren** und können damit **Fehlversorgungen vermeiden**. In vielen Fällen sind Praxismgemeinschaften für eine bessere Versorgung der Patienten sinnvoll.
- Die **verschiedenen Sektoren im Gesundheitswesen** müssen **besser miteinander verzahnt** werden. Der Patient steht im Mittelpunkt. Für seine individuellen Bedarfe müssen **hausärztliche, ambulante, stationäre, fachärztliche** und **pflegerische** Leistungen im Rahmen einer interdisziplinären Kooperation mit Angeboten zur **Prävention** und **zur Rehabilitation** besser miteinander vernetzt werden. Unbedingt erforderlich ist auch eine **stärkere Einbeziehung anderer Gesundheitsberufe** (z. B. Gemeindepfleger, Ernährungsberater etc.).
- Das intensive Patientengespräch muss als Ausgangspunkt einer **zuwendungsorientierten** und **ganzheitlichen Behandlung** an Bedeutung gewinnen. **Beratungsintensive** und **patientennah erbrachte Leistungen** sollten in besonderer Weise **bei der Vergütung berücksichtigt** werden.
- Bei der **ärztlichen Aus- und Fortbildung** müssen die Bereiche **Prävention, Rehabilitation** und **Geriatric** an Bedeutung gewinnen.
- Die **ärztliche und fachärztliche Versorgung** in **strukturschwachen Gebieten** und **in der Fläche** ist in der Bundesrepublik **keineswegs sichergestellt**. Der SoVD fordert deshalb weitere Anstrengungen, um die **Versorgung** auf der Grundlage einer **umfassenden und kleinräumigeren Bedarfsplanung** zu **gewährleisten**.
- **Patienten mit erhöhtem Behandlungs- und Betreuungsbedarf** dürfen **nicht benachteiligt** werden. Dies gilt in besonderer Weise für **schwer- und schwerstbehinderte Menschen im stationären Bereich**, wo die Vergütung nach Fallpauschalen (DRG) erfolgt. Da bei **pauschaler Vergütung strukturell die Gefahr von Unterversorgung und Qualitätsmängeln besteht**, fordert der SoVD **flankierende Maßnahmen zur Sicherung der Behandlungsqualität** zu

integrieren. Die umfassende und für jeden Einzelnen qualitativ hochwertige Versorgung muss gewährleistet werden.

- Die erheblichen **Defizite bei der fachärztlichen** und hier insbesondere auch der **zahnärztlichen Versorgung** von pflegebedürftigen Menschen müssen endlich angegangen und beseitigt werden. Insgesamt **muss die medizinische Versorgung pflegebedürftiger Menschen sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege durchgreifend verbessert werden.**
- Dem neu geschaffenen Rechtsanspruch auf **Assistenz im Krankenhaus** ist in **vollem Umfang Rechnung zu tragen.**
- Bei vielen Erkrankungen (z. B. Schlaganfall) ist eine **Frührehabilitation** im Krankenhaus schon während der Akutbehandlung wichtig. Dieser gesetzlichen Verpflichtung müssen die Krankenhäuser nachkommen und hierfür die erforderlichen personellen und sächlichen Mittel zur Verfügung stellen. Darüber hinaus spricht sich der SoVD für die verstärkte **Einrichtung von geriatrischen Abteilungen in Krankenhäusern** aus, um den besonderen Bedarfen älterer Patienten entsprechen zu können.
- Der SoVD fordert, die Anzahl der zum großen Teil vermeidbaren **Infektionen** im Krankenhaus **einzudämmen**, indem mehr Facharzt- und Pflegerstellen für Hygiene- und Umweltmedizin eingerichtet werden.

3. Armut bekämpfen – Zugangsbarrieren zu Gesundheitsleistungen beseitigen

Wer in Armut lebt oder von Armut bedroht ist hat ein **ca. doppelt so hohes Krankheitsrisiko** und eine **um mehrere Jahre verminderte Lebenserwartung** gegenüber Gutverdienenden (gesundheitliche Ungleichheit). Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes weist auf eine drohende weitere **Zunahme von gesundheitlicher Ungleichheit** hin, weil die Kluft zwischen Arm und Reich in unserer Gesellschaft seit Jahren zunimmt. Unabhängig davon, dass der SoVD sich für die Verhinderung von Armut durch die wirksame Bekämpfung ihrer Ursachen einsetzt, darf (drohende) Armut in einem Sozialstaat kein zusätzliches Gesundheitsrisiko sein.

- Der SoVD fordert, **gesundheitliche Ungleichheit wirksam zu bekämpfen.** Ähnlich wie beim „gender mainstreaming“ sollten alle Maßnahmen daran

4. Für eine qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung – Fehlversorgung vermeiden, Wirtschaftlichkeitsreserven erschließen

Nach dem Sondergutachten 2009 des Sachverständigenrats und weiteren Gutachten weist die **Medikamentenversorgung von chronisch kranken und älteren Menschen** erhebliche Probleme auf. Insbesondere Patienten mit Mehrfacherkrankungen erhalten **häufig zu viele Medikamente, die sie einzeln oder in Kombination nicht vertragen**. Ein beträchtlicher Anteil (nach einer in Großbritannien durchgeführten Studie ca. 10 Prozent) der stationären Aufnahmen beruht auf solchen **Arzneimittelunverträglichkeiten** und wäre zum größten Teil vermeidbar.

- Deshalb fordert der SoVD **umfassende evidenzbasierte Leitlinien für die Behandlung älterer, chronisch kranker und mehrfach erkrankter Menschen**. Der SoVD unterstützt die Forderung des Sachverständigenrats, eine **Liste potentiell unangebrachter Arzneimittel** für ältere Menschen zu erstellen. Ebenso unterstützt der SoVD die Forderung des Sachverständigenrats, dass **Medikamente grundsätzlich an der Personengruppe klinisch erprobt werden müssen, der sie später verschrieben werden sollen**. Dies gilt gerade auch für Menschen mit mehreren Erkrankungen, für Ältere sowie für Frauen und Kinder. Bei Arzneimitteltests an kranken Menschen und Kindern sind Nutzen und Risiken sehr sorgfältig gegeneinander abzuwägen. Ohne Einbeziehung der Betroffenen in die Testphase kann eine ausreichende **Arzneimittelsicherheit** jedoch nicht gewährleistet werden.
- **Ausgaben für Medikamente** stellen den **am stärksten wachsenden Ausgabenblock im Gesundheitswesen** dar. Allein im Jahr 2008 betrugen die Ausgaben der GKV für Arzneimittel 29,2 Milliarden Euro. Das sind mehr als 18 Prozent der Gesamtausgaben der GKV im Jahr 2008 und bedeutet eine Steigerung gegenüber dem Vorjahr um 5,3 Prozent. Die AOK geht in ihrem Arzneiverordnungsreport 2009 davon aus, dass im Jahr 2008 **mindestens 6,1 Milliarden Euro hätten gespart werden können**. Unabhängig von der Notwendigkeit einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Patienten und Versicherten mit Medikamenten sieht auch der SoVD in diesem Bereich erhebliche Einsparungspotentiale.

- In Anbetracht der Überzahl der auf dem Markt erhältlichen Produkte ist die **Einführung einer Positivliste** nach wie vor unverzichtbar. Einsparpotential sieht der SoVD darüber hinaus in Übereinstimmung mit dem AOK-Arzneiverordnungsreport 2009 vor allem im Bereich der Analogpräparate (Scheininnovationen) und der Generika. Dringend erforderlich ist eine **Verringerung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel von gegenwärtig 19 auf 7 Prozent**, wobei sicherzustellen ist, dass die ersparte Mehrwertsteuer zu einer Senkung der Arzneimittelpreise führt.
- Zur Verwirklichung einer qualitativ hochwertigen und zugleich wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie fordert der SoVD **differenzierte Informationen und Beratungen unabhängig von den Angeboten der pharmazeutischen Industrie**. Schon jetzt gibt es regional Ansätze, bei denen solche unabhängigen Beratungen zu niedrigeren Ausgaben geführt haben. Zudem fordert der SoVD, die **Akzeptanz von wirkungsgleichen Generika** bei Ärzten und Patienten zu fördern.
- Im Übrigen befürwortet der SoVD, eine **vorläufige Bewertung des Nutzens bzw. Zusatznutzens** eines Arzneimittels künftig bereits in einem Eilverfahren vor dessen Marktzugang vorzunehmen und den Preis des Arzneimittels im Verhältnis zum festgestellten Zusatznutzen festzusetzen (**sogenannte vierte Hürde der Arzneimittelzulassung**).

5. Versorgung mit qualitativ hochwertigen Hilfsmitteln sicherstellen

Jeder Mensch muss das **in seiner Lebenssituation bestmögliche und qualitativ hochwertige Hilfsmittel** (Hörhilfe, Prothese, Rollstuhl etc.) als **Sachleistung** erhalten. Die Möglichkeit für Leistungsträger, Verträge über die Bereitstellung von Hilfsmitteln nach einer **Ausschreibung** mit einzelnen Leistungserbringern abzuschließen, **birgt die Gefahr einer Qualitätsverschlechterung für den Versicherten**: Sein Wahlrecht wird eingeschränkt und die bei Hilfsmitteln überaus notwendige individuelle Anpassung kann bei räumlich entfernten Leistungsanbietern leiden. Auf der anderen Seite führen Festbeträge für Hilfsmittel (diese gibt es gegenwärtig z. B. für Seh- und Hörhilfen sowie für Einlagen) in einigen Regionen dazu, dass wohnortnah keine Angebote in Höhe des Festpreises bestehen und der Versicherte – neben der Zuzahlung! – die Differenz zum tatsächlichen Preis aus eigener Tasche bezahlen muss.

Diese Versorgungsdefizite sind für den SoVD inakzeptabel und müssen behoben werden.

- Der SoVD fordert, dass im Bedarfsfall jeder das in seiner **individuellen Situation erforderliche** und **qualitativ hochwertige Hilfsmittel** erhält. Die **Beschränkung der Auswahl der Hilfsmittel** auf einzelne Leistungsanbieter und deren Produkte **infolge von Ausschreibungen** ist **grundsätzlich bedenklich**. Es muss verhindert werden, dass Krankenkassen den preisgünstigsten Anbieter wählen ohne die Qualität der Produkte und die Qualität der Leistungserbringung (Anpassung etc.) ausreichend zu berücksichtigen. Daher **muss die Ausschreibungspraxis ständig überprüft werden** und es ist sicherzustellen, dass der **Qualität** in jedem Einzelfall umfassend Rechnung getragen wird.
- Wenn **Festbeträge als Höchstbeträge für Hilfsmittel** festgesetzt werden, müssen die **Krankenkassen sicherstellen**, dass **wohntnahe Anbieter** die Leistung in der notwendigen Qualität **tatsächlich zum Festpreis anbieten**.

6. Transparenz und Qualität sichern

- **Viele Vorgänge im Gesundheitswesen** sind für Patienten und Versicherte **nicht transparent genug**. Sie erfahren zu wenig über Behandlungsalternativen, Angebotsformen und die Qualität der Leistungen. Nur durch mehr Transparenz kann das strukturelle Informationsdefizit der Patienten gegenüber den professionellen Akteuren im Gesundheitswesen vermindert werden und der Patient als gleichberechtigter Partner auftreten. **Transparenz stärkt das Wahlrecht der Patienten** und **beugt Korruption** wie z. B. „Fangprämien“ **im Gesundheitswesen vor**. Zu mehr Transparenz trägt auch der **Ausbau unabhängiger Patientenberatungen** bei.
- Der SoVD fordert mehr Anstrengungen, um **externe Qualitätssicherung** und **internes Qualitätsmanagement in allen Bereichen des Gesundheitssystems zu verankern** und die **Ergebnisse den Patienten zugänglich zu machen**. Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Veröffentlichung von patientenbezogenen Daten dürfen jedoch nur unter genauer **Beachtung des Datenschutzes** erfolgen. Es muss gesichert werden, dass dem einzelnen Patienten keinerlei Nachteil entsteht.

7. Patientenrechtegesetz

- Der SoVD fordert einen **besseren Schutz der Patienten** durch eine übersichtliche **Zusammenführung und Stärkung der Patientenrechte** in einem **Patientenrechtegesetz**. Bei möglichen Behandlungsfehlern müssen Patienten die Möglichkeit haben, **Ansprüche auf Schadensersatz und Schmerzensgeld**

zügig und ohne unnötige Belastungen zu realisieren. Die ärztliche Pflicht zur Dokumentation der Behandlung und das Recht des Patienten zur Akteneinsicht müssen in einem Patientenrechtegesetz anschaulich dargelegt werden.

- Der **SoVD fordert**, im Bereich von **Schadensersatzprozessen** die **Erleichterungen der Beweislast zugunsten von Patienten weiterzuentwickeln.** Über die gegenwärtige Rechtsprechung zum „groben Behandlungsfehler“ hinaus soll z. B. auch bei individuellen Gesundheitsleistungen (iGeL), die nicht vom Leistungskatalog der GKV umfasst sind, zugunsten der Patienten eine Beweislastumkehrung erfolgen. **Verfahren und Gerichtsprozesse zur Geltendmachung von Schadensersatz** müssen im Sinne der Patienten in Zukunft **zügiger durchgeführt werden.** Dafür **sollten in allen zuständigen Gerichten Spezialkammern eingerichtet** und diese mit **ausreichend Richtern** besetzt werden.
- Schließlich fordert der SoVD die Mitbestimmungsrechte von Patientenvertretern auszuweiten. Das im **Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA)** für Patienten bestehende **Antrags- und Mitberatungsrecht ist in Verfahrensfragen** (das betrifft z. B. die Festsetzung der Themen auf der Tagesordnung) **zu einem Mitbestimmungsrecht fortzuentwickeln.**

IV. Für ein einheitliches Krankenversicherungssystem

Die **Gewährleistung einer umfassenden und sozial gerechten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung** ist ein **vorrangiger Auftrag des Sozialstaats.** Diesem Auftrag wird das in der Bundesrepublik geltende duale Gesundheitssystem, in dem GKV und PKV als Vollversicherungssysteme nebeneinander bestehen, nicht gerecht. **Das System fördert Entsolidarisierung** und den **Ausbau einer Zwei- bzw. Mehrklassenmedizin.** Insbesondere werden der GKV durch die Abwanderung junger und gut verdienender Versicherter in die PKV wichtige Beitragsmittel entzogen. Das System führt darüber hinaus zu nicht hinnehmbaren Benachteiligungen von Patienten und Versicherten beim Zugang zu notwendigen Gesundheitsleistungen.

Deutschland ist inzwischen in Europa das einzige Land, das mit gesetzlicher und privater Krankenversicherung ein zweigeteiltes Versicherungssystem für den Kern der Gesundheitsversorgung aufweist. **Alle Bemühungen zur Fortentwicklung des Gesundheitssystems in der Bundesrepublik** müssen deshalb darauf abzielen, **für alle Bürgerinnen und Bürger eine qualitativ hochwertige Gesundheits-**

versorgung auf der Grundlage gleicher Zugangsvoraussetzungen zu schaffen. Schon im Jahr 2005 hatte der SoVD seine Konzeption für eine **Bürgerversicherung** vorgelegt. Mit dieser Konzeption tritt der SoVD dafür ein, langfristig alle Bürgerinnen und Bürger in die GKV einzubeziehen.

Soweit am Bestehen der PKV als Vollversicherung auch künftig festgehalten wird, müssen unbedingt **Rahmenbedingungen** festgelegt werden, auf Grund derer alle Versicherten am sozialen Ausgleich teilhaben. Folgende Regelungen hält der SoVD für unabdingbar:

- Aus grundsätzlichen solidarischen und sozialpolitischen Erwägungen **muss die PKV in vollem Umfang in den Risikostrukturausgleich der GKV einbezogen werden.** Nur hierdurch kann dem Ziel, die Belastungen insgesamt sozial gerecht zu verteilen, entsprochen werden. Auch die PKV und ihre Versicherten sind in unserem Sozialstaat in der gesellschaftlichen Verantwortung und aufgefordert, ihren gleichgewichtigen Beitrag zum solidarischen Ausgleich zu leisten.
- Die **Unterschiede in der Honorierung von Leistungen für gesetzlich und privat Versicherte müssen endlich beseitigt werden.** Gegenwärtig erhalten Ärztinnen und Ärzte in einigen Bereichen für privat Versicherte eine bis zu doppelt so hohe Vergütung wie für gesetzlich Versicherte. Damit besteht ein Anreiz, privat Versicherte bevorzugt zu behandeln. Der SoVD fordert die - für Leistungserbringer kostenneutrale - **Zusammenführung der Vergütungssysteme von GKV und PKV.** Eine medizinische Leistung soll in Zukunft einheitlich vergütet werden unabhängig davon, ob die Patientin oder der Patient gesetzlich oder privat versichert sind. **Nur auf diese Weise ist eine Zwei- oder Mehrklassenmedizin zu verhindern.**
- Zur Stärkung der Solidargemeinschaft der GKV fordert der SoVD die schrittweise **Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf die Höhe der gesetzlichen Rentenversicherung.**
- Auch **Kapitalerträge und Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung** müssen künftig **in die Beitragspflicht einbezogen** werden. Ihre Einbeziehung würde auch zu einer sozial gerechteren Beitragserhebung beitragen. Um Menschen mit kleinem Sparguthaben nicht über Gebühr zu belasten, **plädiert der SoVD für Freibeträge.** Die Ausweitung des beitragspflichtigen Einkommens auf Seiten der Versicherten darf jedoch insgesamt nicht zu einer stärkeren Belastung der Versicherten gegenüber den Arbeitgebern führen. Dieses von

Versicherten zusätzlich erhobene Beitragsaufkommen muss nach den **Grundsätzen der Parität** bei den Arbeitgebern berücksichtigt werden.

V. Bewertung des Koalitionsvertrages von CDU / CSU und FDP zur Gesundheitspolitik

Der **Koalitionsvertrag** von CDU, CSU und FDP enthält für den Bereich Gesundheit **wesentliche mit den Forderungen des SoVD unvereinbare Weichenstellungen**. Gleichzeitig **bleibt die konkrete Ausgestaltung in weiten Teilen offen** und soll einer Regierungskommission überlassen werden, deren Einsetzung zu Beginn der Legislaturperiode geplant ist. Die **Neuregelungen sollen ab dem Jahr 2011 in Kraft treten** und **würden einen grundlegenden Umbau des Gesundheitssystems bedeuten**.

Der **SoVD lehnt** den von den Koalitionsparteien **geplanten weiteren Ausstieg aus der paritätischen Finanzierung der Krankenversicherung ab**. Künftig sollen die **Arbeitgeberbeiträge festgeschrieben** und **Kostensteigerungen einseitig von den Versicherten getragen** werden. Die paritätische Finanzierung ist – neben der Solidarität - das Herzstück der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie abzuschaffen bedeutet, Arbeitgeber aus ihrer Mitverantwortung für gesunde Arbeitsbedingungen und die gesundheitliche Absicherung der Arbeitnehmer zu entlassen. Der SoVD wird sich massiv gegen die Umsetzung dieser Pläne einsetzen.

Ebenfalls **vehement abzulehnen** ist die Ankündigung im Koalitionsvertrag, **einkommensunabhängige Arbeitnehmerbeiträge** einzuführen: Dies bedeutet nichts anderes als die Einführung einer Kopfpauschale und den Abschied von der solidarischen Finanzierung der GKV. Der SoVD lehnt Kopfpauschalen generell als zutiefst unsolidarisch ab. Dies gilt unabhängig von der Höhe einer solchen Kopfpauschale, zu welcher der Koalitionsvertrag im Übrigen keine Aussage enthält.

Der SoVD verweist darauf, dass schon nach der aktuellen Rechtslage – allein von den Arbeitnehmern getragene – Zusatzbeiträge erhoben werden können. Gegenwärtig sind diese jedoch zumindest auf die Höhe von maximal ein Prozent der beitragsfähigen Bruttoeinnahmen der Arbeitnehmer begrenzt. Der SoVD spricht sich nochmals grundlegend gegen derartige Zusatzbeiträge aus und hilfsweise gegen jede zusätzliche Belastung der Versicherten durch Überschreitung der Ein-Prozent-Deckelung.

Grundsätzlich **positiv zu bewerten ist die Zusage**, dass **krisebedingte Einnahmeausfälle in der GKV nicht alleine den Versicherten aufgebürdet werden dürfen** und deshalb „gesamtstaatliche flankierende Maßnahmen zur Überbrückung der Krise erfolgen werden“. Sofern der Ausgleich über einen Steuerzuschuss erfolgen soll, wird dessen Höhe im Koalitionsvertrag nicht genannt.

Im Hinblick auf den **Leistungskatalog** enthält der Koalitionsvertrag **einige sehr problematische Aussagen**. Versicherte sollen in Zukunft die Möglichkeit haben, „auf der Basis des bestehenden Leistungskatalogs soweit wie möglich ihren Krankenversicherungsschutz selbst gestalten zu können.“ An anderer Stelle wird postuliert, die Zusammenarbeit zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung beim Angebot von Wahl- und Zusatzleistungen zu erweitern und auch die Möglichkeit der Kostenerstattung auszuweiten. Schließlich sieht der Koalitionsvertrag unter der Überschrift „Individuelle Wahl- und Entscheidungsspielräume“ vor, die Ausweitung des Systems von Festbeträgen und Festzuschüssen mit Mehrkostenregelungen zu prüfen.

Diese **Ankündigungen lassen befürchten**, dass der **bestehende Leistungskatalog zwar weiterhin angeboten werden soll**, jedoch **keinesfalls für alle** (Stichwort: Wahltarife) **und keinesfalls kostendeckend**, denn bei Festzuschüssen – wie jetzt schon beim Zahnersatz – wird nur noch ein Teil der Leistung durch die GKV übernommen. Das **System von Festzuschüssen in andere Versorgungsbereiche zu übernehmen** bedeutet den **Abschied vom Prinzip der umfassenden Sachleistung** und die **Verankerung weiterer voraussichtlich erheblicher Mehrbelastungen für die Patienten und Versicherten**. Die Erhaltung der Sachleistung als zentrales Prinzip der GKV ist jedoch eine Grundforderung des SoVD. Die **grundsätzliche Infragestellung der Sachleistung im Koalitionsvertrag ist äußerst bedenklich**. Der SoVD befürchtet den Einstieg in eine Erosion des Leistungskatalogs und sieht die **Gefahr einer stückweisen Aushöhlung der solidarischen Krankenversicherung**.

Durch **Wahltarife** und **Festzuschüsse** werden Versicherte dazu gedrängt, (private) **Zusatzversicherungen** abzuschließen bzw. bei Krankheit erheblich **höhere Eigenleistungen** erbringen zu müssen. Damit wird die **Entsolidarisierung** mit Geringverdienenden, chronisch kranken und behinderten Menschen massiv vorangetrieben. Außerdem bedeutet der **Verweis auf Zusatzversicherungen** eine **Privatisierung von Gesundheitsrisiken** in bislang nicht gekannter Dimension. Immer mehr Menschen werden sich einen umfassenden Krankenversicherungsschutz nicht mehr leisten können. Der von den Koalitionsparteien geplante „Ausgleich“ über das Steuersystem wird dies nicht verhindern können und stattdessen immer mehr Menschen als Bedürftige abstempeln und für den

medizinisch notwendigen Schutz der schwankenden staatlichen Haushaltslage ausliefern.

Der SoVD fordert die Koalitionsparteien auf, diese Pläne - auch im Hinblick auf ihre eigenen Zusagen - **nicht umzusetzen**. Denn sie **verpflichten sich selbst** im Koalitionsvertrag zu gewährleisten, „**dass auch in Zukunft alle Menschen in Deutschland unabhängig von Einkommen, Alter, sozialer Herkunft und gesundheitlichem Risiko weiterhin die notwendige medizinische Versorgung qualitativ hochwertig und wohnortnah erhalten und alle am medizinischen Fortschritt teilhaben können.**“ An dieser Aussage der Koalitionsparteien wird der SoVD die Arbeit der Regierungskommission messen.

Im Koalitionsvertrag ist vorgesehen, GKV und PKV in Zukunft noch stärker voneinander abzugrenzen und gleichzeitig einen Wechsel in die PKV bereits nach einmaligem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze zu ermöglichen, anstatt – nach aktueller Rechtslage - erst nach drei Jahren. Der **SoVD kritisiert**, dass **durch die erleichterte Ermöglichung eines Wechsels Gutverdienender in die PKV die GKV geschwächt wird.**

Auch **sieht der Koalitionsvertrag keinen sozialen Ausgleich zwischen GKV und PKV vor**. Die vom SoVD geforderte Beteiligung der PKV am Risikostrukturausgleich der GKV wird ebenso wenig in Erwägung gezogen wie die vom SoVD geforderte Angleichung der Vergütungssysteme von GKV und PKV. Statt Verzahnung setzt der Vertrag auf Abgrenzung. Auf diese Weise wird ein **solidarischer Ausgleich zwischen allen Bürgerinnen und Bürgern verhindert** und der **Weg in eine immer ausgeprägtere Mehrklassenmedizin** beschritten.

An mehreren Stellen stellt der Koalitionsvertrag den „Gesundheitsmarkt“ als wichtigsten Wachstums- und Beschäftigungssektor in den Mittelpunkt. Der **Abbau bestehender Ineffizienzen** wird dahingegen **kaum** mehr als mit der knappen Aussage „unnötige Ausgaben sind zu vermeiden“ **thematisiert**.

Allein bei der Arzneimittelversorgung wird im Koalitionsvertrag die Notwendigkeit angesprochen, die Finanzierung der Krankenversicherung nicht zu gefährden, ohne jedoch konkrete Maßnahmen zum Abbau von Ineffizienzen im Arzneimittelbereich vorzusehen. Sehr vage wird der Abbau von Überregulierung angesprochen und werden „Vereinbarungen zwischen Krankenversicherung und pharmazeutischen Herstellern“ als gangbarer Weg erwähnt. Der **SoVD bedauert**, dass die **Koalitionsparteien weder die Einführung einer Positivliste und einer vierten**

Hürde bei der GKV-Arzneimittelzulassung noch die Ermäßigung der Mehrwertsteuer für Arzneimittel in Erwägung ziehen.

Bei der **Kosten-Nutzen-Bewertung im Arzneimittelbereich** durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) **müssen Qualität und Wirtschaftlichkeit im Focus stehen und** sichergestellt werden. Dem muss das Verfahren Rechnung tragen; Reformüberlegungen müssen sich strikt an dieser Zielsetzung ausrichten.

Im Bereich der Leistungserbringer enthält der Koalitionsvertrag ein Bekenntnis zum freien Arztberuf mit dem Vorhaben, die **Ärztgehonorare** an den „aktuellen Stand der Wissenschaft“ anzupassen. Erforderlich sei ein einfaches, verständliches Vergütungssystem, das Leistungen adäquat abbilde und regionale Besonderheiten berücksichtige.

Der SoVD weist jedoch darauf hin, dass die **Ärztgehonorare erst kürzlich** - und unter Berücksichtigung der Forderungen aus der Ärzteschaft - **umfangreich neu geordnet** wurden und im Schnitt **um ca. 10 Prozent gestiegen sind**. Auch **regionale Differenzierungen bei den Honoraren sind bereits möglich**. Der SoVD sieht keinen Bedarf erneuter „Anpassungen“ und warnt eindringlich davor, Versicherte, die seit Jahren sinkende Reallöhne und sinkende Renten hinnehmen müssen, immer stärker zu belasten und gleichzeitig die **Arztgehonorare** noch weiter zu erhöhen.

Das Vorhaben, den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) zu „vereinfachen“ und zu „reduzieren“ sieht der SoVD mit Sorge. Der **Morbi-RSA** leistet einen **wichtigen Beitrag zum sozialen Ausgleich innerhalb der GKV** und darf **keinesfalls in seiner Wirksamkeit beschnitten werden**.

Sofern im Koalitionsvertrag mehrfach die **Stärkung des Wettbewerbs** unter den Krankenkassen als Ziel definiert wird, **weist der SoVD darauf hin**, dass dies **nicht zu Lasten der Versorgungsqualität und der Transparenz im Gesundheitssystem** und damit letztlich zu Lasten der Versicherten geschehen darf.

Der **SoVD lehnt die Überlegungen der Koalitionäre**, die **GKV unter allgemeines Wettbewerbsrecht zu stellen** und diesbezüglich auch die Rechtswegfrage zu prüfen, **strikt ab**, da damit der Status der GKV als gesetzliche Sozialversicherung insgesamt gefährdet würde.

Zu begrüßen ist das Bekenntnis zu einer zielgerichteten Ausgestaltung von **Prävention** – auch im Bereich Mundgesundheit - und zu **qualifizierter Rehabilitation**; die Bedeutung des Grundsatzes „**Rehabilitation vor Pflege**“ wird **zumindest kurz erwähnt**. Das Bemühen um eine **bessere Verzahnung der Sektoren im Gesundheitssystem** wird unter der Überschrift „Krankenhausversorgung“ nur genannt. Ebenfalls **erfreulich ist der geplante Ausbau der unabhängigen Beratung von Patientinnen und Patienten**.

Auch **in diesen Bereichen enthält der Vertrag jedoch keine Konkretisierungen**. Der **SoVD fordert die Koalitionsparteien auf**, es bei diesen wichtigen Themen nicht bei bloßen Absichtserklärungen zu belassen, sondern die Verbesserung von Prävention, Rehabilitation und die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit sowie die Vernetzung der Sektoren **zu konkretisieren und in der Praxis umzusetzen**.

Schließlich begrüßt der SoVD das Vorhaben, Patientenrechte in einem Gesetz zu bündeln. Allerdings **fordert der SoVD die Koalitionsparteien auf**, sich nicht auf die Festschreibung bereits bestehender Rechte in einem „Patientenschutzgesetz“ zu beschränken, sondern **die Rechte von Patienten auch zu stärken**. In diesen Prozess müssen die Verbände von Beginn an einbezogen werden.

Der Koalitionsvertrag enthält einen Prüfauftrag hinsichtlich der Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte. Der **SoVD spricht sich dafür aus, an der elektronischen Gesundheitskarte aus Gründen der Qualitätssicherung und der Transparenz des Leistungsgeschehens festzuhalten**.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die von den Koalitionären eingeschlagene Richtung im Gesundheitssystem **auf eine Abschaffung wichtiger Grundprinzipien der GKV zielt** und der **Beginn einer Teilprivatisierung durch Zusatzversicherungen** eingeläutet wird. Die weiteren Entwicklungen und insbesondere die Arbeit der Regierungskommission werden zeigen, wie stark sich diese – auch innerhalb der Regierungskoalition – überaus umstrittenen Elemente durchsetzen können. Die Aufgabe des SoVD wird es sein, sich mit aller Kraft und im Bündnis mit anderen gegen die Aushöhlung der GKV zu stemmen, die den Interessen der ganz überwiegenden Mehrheit der Versicherten vollkommen entgegensteht.

VI. Schlussbemerkung

Mit den vorstehenden Positionen unterbreitet der SoVD seine Vorschläge zur Fortentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der Gesundheitspolitik in Deutschland.

Die von der neuen Bundesregierung im Koalitionsvertrag vorgeschlagenen Maßnahmen würden zu einer weiteren Entsolidarisierung und Privatisierung der gesetzlichen Krankenversicherung führen und werden vom SoVD mit aller Entschiedenheit abgelehnt.

Alle weiteren Neuregelungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung müssen die Grundsätze der Beitragsparität und der Solidarität ausbauen und stärken. In diesem Sinne ist der SoVD zu einer konstruktiven Zusammenarbeit bereit.

DER BUNDESVORSTAND

im November 2009