

Stellungnahme

zur Gesundheitsreform 2006 (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)

I. Gesamtbewertung

Die Gesetzliche Krankenversicherung steht vor großen Herausforderungen. Sinkende Einnahmen sowie steigende Ausgaben erfordern Lösungen auf der Finanzierungsseite. Aber die Gesetzliche Krankenversicherung hat auch mit strukturellen Schwächen zu kämpfen. Die Gutachten der Konzierten Aktion im Gesundheitswesen weisen immer wieder auf Unwirtschaftlichkeit im System durch Unter-, Fehl- und Überversorgung hin. Intransparenz und Reibungsverluste durch verschiedene Zuständigkeiten im gegliederten System sind wesentliche Gründe für die geringe Effizienz.

Als Weiteres sei hingewiesen auf die Schwächung der Finanzen der Gesetzlichen Krankenversicherung, die durch Leistungsverchiebungen zugunsten der Arbeitslosenversicherung sowie durch anhaltend hohe Arbeitslosigkeit entstehen. Demgegenüber wachsen die Ausgaben stetig. Die Spanne zwischen Einnahmen und Ausgaben wird immer größer. Nach Prognosen der Gesetzlichen Krankenkassen werden in 2007 bereits 7 Mrd. Euro fehlen, bis zum Ende der Legislaturperiode werden es bis zu 16 Mrd. Euro sein. Der SoVD setzt sich ein für soziale Reformen, um das solidarische System der Gesetzlichen Krankenversicherung auch in der Zukunft zu erhalten.

Solidarität bei der Finanzierung des Systems und eine hohe Qualität der medizinischen und therapeutischen Versorgung sind für den SoVD maßgebliche Kriterien für



die Reform des Gesundheitswesens. Ziel muss es sein, dass die Gesetzliche Krankenversicherung weiterhin umfassenden Schutz im Krankheitsfall bietet. Alle Versicherten müssen – unabhängig von ihrer finanziellen Situation oder dem Grad ihrer Behinderung - Zugang zu allen erforderlichen Gesundheitsleistungen erhalten. Vorhandene Zugangsbarrieren (z.B. die „Eintrittsgebühr“ beim Arzt, Zuzahlungen zu den Gesundheitsleistungen, fehlende Barrierefreiheit in Arztpraxen) sind zu beseitigen. Denn jeder in Deutschland lebende Mensch soll eine an seinem Bedarf orientierte angemessene gesundheitliche Versorgung erhalten.

Dieses Ziel ist derzeit leider nicht erreicht. Durch erhöhte Zuzahlungen für Leistungen sowie durch den Ausschluss notwendiger Gesundheitsleistungen wie Brillen oder rezeptfreie Arzneimittel, etc. aus dem Katalog der Gesetzlichen Krankenversicherung ist es für einen Kreis der Versicherten aus finanziellen Gründen nicht mehr möglich, eine umfassende Versorgung im Krankheitsfall zu erhalten. Dies betrifft insbesondere arme und sozial ausgegrenzte Menschen. Da die Schwelle zur Gesundheitsversorgung für sie erhöht ist, macht sich inzwischen eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes dieses Personenkreises bemerkbar.

Die Zuzahlungen und Leistungsausgrenzungen, maßgeblich verschärft mit dem GKV-Modernisierungsgesetz am 01. Januar 2004, sind zu einem großen Problem für das deutsche Gesundheitswesen geworden. Patienten und Patientinnen wurden einseitig belastet, eine wirksame und nachhaltige Veränderung an den unwirtschaftlichen Strukturen des deutschen Gesundheitswesens haben die Zuzahlungen nicht mit sich gebracht. Hier sind Korrekturen dringend erforderlich. Das GKV-Modernisierungsgesetz hat zu erheblichen finanziellen Mehrbelastungen bei Patienten, Patientinnen und Versicherten geführt. Dieser Weg der Belastungen wird auch mit dem GKV-WSG beschränkt.

Mit dem GKV-WSG werden sehr weit reichende Umstrukturierungen der Gesetzlichen Krankenversicherung geregelt. Aus der heutigen Perspektive ist nur teilweise abzusehen, welche Auswirkungen diese Regelungen im Einzelnen haben werden. Berücksichtigt man den Zeitrahmen von einigen wenigen Wochen, in dem die Verhandlungen der Koalition, die Ausformulierung eines Gesetzentwurfs, Nachverhandlungen der Koalitionsarbeitsgruppe sowie Verbändeanhörung im Bundesministerium für Gesundheit erfolgten, so muss davon ausgegangen werden, dass viele Neuerungen letztlich noch nicht in ihrer vollen Konsequenz durchdacht sein können.

Diesbezüglich möchten wir nur exemplarisch hinweisen auf die Versuche, Schwierigkeiten zu begegnen, die durch die Regelung der Zusatzprämie entstehen. Um den Verwaltungsaufwand der Kassen zu minimieren, sollen bis zu 8,- Euro pauschal erhoben werden. Dies kollidiert nun mit der 1%-Regelung bei Personen mit Einkommen bis zu 800,- Euro. Ein weiteres Problem ist die Frage nach der Tragung

des Zusatzbeitrags bei Personen mit Einkommen, die lediglich das Existenzminimum sichern. Zum Teil sollen sie ein Sonderkündigungsrecht erhalten, zum Teil soll das Problem dadurch gelöst werden, dass der Sozialhilfeträger einspringt. Auf die Schnelle wurden Ausnahmeregelungen von Neuregelungen verhandelt ohne die Folgen, die sich aus den neu formulierten Ausnahmen ergeben werden, zu bedenken.

Der SoVD sieht in dem vorliegenden Gesetzentwurf *einige wenige positive Ansätze*, er sieht aber vorrangig *zusätzliche Belastungen für (chronisch) kranke Menschen* sowie *große Gefahren für die Gesetzliche Krankenversicherung*. Dringend erforderliche Problemlösungen sind nicht ersichtlich: Weder die unter Solidaritätsgesichtspunkten erforderliche Einbeziehung der Privaten Krankenversicherung, noch die verlässliche Steuerfinanzierung der gesamtgesellschaftlichen Aufgaben ist mit der Reform angegangen worden. Die bereits ausgehöhlte paritätische Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung durch Arbeitgeber und Versicherte wird weiter zu Ungunsten der Versicherten verschoben. Der mit dem GKV-Modernisierungsgesetz eingeleitete Trend zur Privatisierung von Gesundheitsrisiken wird fortgesetzt. Der Gesetzgeber hat sich bzgl. des Leistungsanspruchs abgewendet vom Finalitätsprinzip hin zum Verschuldensprinzip.

Unser Fazit ist: Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen schwächen die bewährten Elemente der Gesetzlichen Krankenversicherung wie Solidarität, Sachleistungsprinzip und paritätische Finanzierung nachhaltig.

II. Zu den Regelungen

Im Einzelnen nimmt der SoVD wie folgt zum Gesetzentwurf Stellung:

1. Gesundheitsfonds

1.1. Finanzierung durch Versicherte und Arbeitgeber

Nach den Neuregelungen soll der Fonds die Gesundheitskosten zunächst zu 100 % abdecken. Für die weitere Zukunft ist geregelt, dass der Beitragssatz erst dann erhöht werden soll, wenn die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds die voraussichtlichen Ausgaben einschließlich der vorgeschriebenen Schwankungsreserven für den Gesundheitsfonds nicht zu mindestens 95 % decken. Dies bedeutet *eine strukturelle Unterfinanzierung der Gesetzlichen Krankenkassen durch den Gesundheitsfonds*. Die fehlenden 5 % müssen über den Zusatzbeitrag, d.h. allein von den Versicherten finanziert werden. Bei einem Ausgabenvolumen von ca. 144 Mrd. Euro (Stand 2005) beläuft sich der Anteil, der von den Versicherten allein getragen wird, auf 7,2 Mrd. Euro.

1.2. Folgen für die Versicherten

Reicht die Zuweisung, die die einzelne gesetzliche Krankenkasse aus dem Gesundheitsfonds erhält, nicht aus, um die Ausgaben zu decken, muss sie von ihren Mitgliedern einen zusätzlichen Beitrag verlangen. Der Zusatzbeitrag stellt nach Ansicht des SoVD nichts anderes als die von der CDU im Wahlkampf geforderte Kopfprämie dar. Insbesondere junge (und damit oftmals auch kostengünstige) Versicherte könnten dies zum Anlass nehmen, in eine Krankenkasse zu wechseln, die keinen oder nur einen geringen zusätzlichen Beitrag erhebt. Damit beginnt *ein Wettbewerb der Krankenkassen um junge und gesunde Mitglieder* in dem Ziel, den zusätzlichen Beitrag zu vermeiden. Denn die Kasse, die möglichst niedrige Ausgaben aufgrund einer „guten“ Versichertenstruktur hat, muss nur einen niedrigen oder keinen Zusatzbeitrag erheben. Da die Einnahmen sinken, die Ausgaben steigen und die Gesetzlichen Krankenkassen durch den Fonds unterfinanziert sind, wird es in einigen Jahren wohl kaum noch eine Krankenkasse geben, die keinen zusätzlichen Beitrag erheben muss.

Bei gesetzlich festgelegtem Leistungskatalog und fest geschnürtem finanziellen Korsett (95%ige Deckung der Kosten durch den Fonds) ist abzusehen, dass die gesetzlichen Krankenkassen auch nicht in der Lage sein werden, miteinander um die besten Versorgungskonzepte und Satzungsleistungen zu konkurrieren. Es ist zu befürchten, dass sich die Kassen innovative Versorgungsformen, Ermessensleistungen wie präventive und rehabilitative Angebote für ihre Versicherten künftig nicht mehr leisten können werden. Dies bedeutet erhebliche *Einschnitte bei Reha-Sport, Haushaltshilfen und häuslicher Krankenpflege, Förderung von Selbsthilfegruppen, Zuschüssen zu stationären Hospizen, Gebärdensprachdolmetschern sowie im gesamten Service.*

Da die Kassen ihre Ausgaben für diese so genannten freiwilligen Leistungen sehr genau überdenken werden, wird sich die Versorgung für Patientinnen und Patienten verschlechtern. Gerade chronisch kranke und behinderte Menschen, die auf rehabilitative Maßnahmen angewiesen sind, werden damit benachteiligt werden. Es ist zu befürchten, dass sich der finanzielle Druck, unter dem die Kassen stehen, auch bei der Bewilligungspraxis bzgl. anderer Leistungen bemerkbar machen wird.

Darüber hinaus bedeutet das Finanzierungsmodell für die Versicherten, dass sie *neben anteiligem allgemeinem Beitragssatz, zusätzlichem Beitrag (0,9 %) und Zuzahlungen sowie Eigenleistungen (z.B. Brillen, rezeptfreie Arzneimittel, etc.) noch eine zusätzliche Pauschale* zu entrichten haben. Die Höhe der Pauschale ist auf 1 % des Bruttoeinkommens begrenzt. Aus Gründen der Verwaltungsökonomie sollen die Kassen bis zu 8,- Euro monatlich ohne Einkommensprüfung erheben dürfen. Das stellt eine besondere Härte für Ge-

ringverdiener dar. Darüber hinaus ist die vorgesehene Regelung ausgesprochen kompliziert und führt in der Praxis zu paradoxen Auswirkungen. Denn für Versicherte mit niedrigem Einkommen wird es günstiger sein, Mitglied in einer Krankenkasse zu sein, in der ein zusätzlicher Beitrag über 8,- Euro erhoben wird. Erst dann gilt die 1%-Regelung, so dass Versicherte mit einem Einkommen unter 800,- Euro monatlich weniger als 8,- Euro Zusatzbeitrag zahlen müssen.

Noch nicht vollständig geklärt ist die Erhebung der Pauschale bei Personen, die staatliche Leistungen zur Existenzsicherung erhalten. Teilweise soll dies über ein Sonderkündigungsrecht oder die Erstattung durch den Sozialhilfeträger gelöst werden. Das verfassungsrechtlich verbrieft Existenzminimum der Versicherten darf jedenfalls nicht angetastet werden. Bezieher von Arbeitslosengeld II zum Kassen-Wechsel aufzufordern, ist unserer Ansicht nach keine Lösung. Denn *auf Dauer wird es keine Kasse ohne Zusatzbeitrag geben.*

Durch die Einführung des zusätzlichen Beitrags wird das Finanzierungsrisiko der gesetzlichen Krankenkassen allein auf die Versicherten verlagert. Angesichts der steigenden Kosten im Gesundheitswesen bei sinkenden Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen – u. a. bedingt durch die hohe Arbeitslosigkeit – ist davon auszugehen, dass die Begrenzung auf 1 % des Bruttoeinkommens auf Dauer nicht haltbar ist.

Im Unterschied zu den stark belasteten Versicherten zahlen die Arbeitgeber lediglich die Hälfte des allgemeinen Beitragssatzes. Sie sind von steigenden Ausgaben im Gesundheitswesen künftig nicht mehr betroffen. Damit werden sie aus ihrer Verantwortung für die Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung entlassen.

1.3. Steuerzuschuss

Völlig unverständlich ist es, zunächst den *Zuschuss des Bundes aus der Tabaksteuer in Höhe von 4,2 Mrd. Euro zu streichen*, um nunmehr einen weit aus geringeren Zuschuss in Höhe von 1,5 Mrd. Euro. Wir fordern, es mindestens bei dem Bundeszuschuss aus der Tabaksteuer zu belassen, der erst im Jahr 2004 mit dem GKV-Modernisierungsgesetz eingeführt und von der großen Koalition im Zuge der Haushaltssanierung gestrichen wurde.

Die erhöhte *Mehrwertsteuer* wird die Gesetzliche Krankenversicherung durch höhere Arzneimittelausgaben jährlich mit 750 Mio. Euro zusätzlich belasten. Effektiv bedeutet dies eine weitere *Kürzung des bereits gekürzten Bundeszuschusses.*

Die Höhe des Steuerzuschusses muss nach objektiven Kriterien festgelegt werden und eine verlässliche Finanzierung aller, der Gesetzlichen Krankenversicherung auferlegten gesamtgesellschaftlichen Aufgaben gewährleisten. Hierzu gehört unter anderem, dass die Beiträge zur Krankenversicherung für Leistungsberechtigte nach dem SGB II in vollem Umfang (statt wie im Moment nur zu 80 %) aus dem Bundeshaushalt in die Gesetzliche Krankenversicherung eingezahlt werden.

1.4. Finanzausgleich zwischen den Kassen

Die einzelnen Krankenkassen sollen künftig pro Versichertem eine einheitliche Zuweisung aus dem Fonds erhalten. Gleiche finanzielle Mittel an die Gesetzlichen Krankenkassen fordern gleiche Bedingungen in der Versichertenstruktur. Ansonsten kann das Konstrukt des Gesundheitsfonds mit der einheitlichen Zuweisung nicht funktionieren.

Da die Versichertenstrukturen der einzelnen Krankenkassen völlig unterschiedlich sind, muss ein geeigneter Weg gefunden werden, um die ungleichen Kostenrisiken auszugleichen. Dafür ist es unerlässlich, *dass ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich entwickelt wird, der die finanziellen Belastungen und Krankheitsrisiken vollständig abbildet.*

Der Ausgleich, der im Rahmen des GKV-WSG geregelt wird, ist leider unzureichend. Es werden verschiedene Elemente, die ganz wesentlich sind, nicht berücksichtigt: Oftmals entstehen hohe Krankheitsrisiken aufgrund von Multimorbidität. Diese sind schwer zu berechnen, müssen aber in den RSA mit einbezogen werden, da es ansonsten zu *schweren Wettbewerbsverzerrungen* zwischen den einzelnen Krankenkassen kommen wird.

Auch die Krankheiten, die im RSA mit aufgenommen wurden, bilden längst nicht alle relevanten und kostenintensiven Krankheitsbilder ab.

Diesbezüglich weisen wir auf das von uns und der Volkssolidarität in Auftrag gegebene Gutachten von Dr. Jacobs (vorgestellt in der Bundespressekonferenz am 17. Oktober 2006) hin. Darin wird nachgewiesen, warum die jetzt vorgesehene Regelung des Risikostrukturausgleichs unzureichend ist.

Ein weiteres Defizit am Risikostrukturausgleich ist, dass diejenigen, die derzeit privat versichert sind, sich in keiner Weise am Ausgleich zwischen unterschiedlichen gesundheitlichen Risiken beteiligen. Auch vor diesem Hintergrund ist die Ausgleichsregelung unvollständig. Die Private Krankenversicherung muss daher in den Risikostrukturausgleich voll einbezogen werden.

1.5. Beitragsfestsetzung

Künftig soll die Höhe des allgemeinen Beitragssatzes durch die Bundesregierung festgelegt werden. Dies ist abzulehnen:

Die Bundesregierung hat sich im Koalitionsvertrag vom 11. November 2005 zum Ziel gesetzt, die so genannten Lohnnebenkosten zu senken. Auch in der Regierungserklärung vom 30. November 2005 hat Bundeskanzlerin Angela Merkel deutlich gemacht, dass die Lohnzusatzkosten dauerhaft unter 40 % gehalten werden sollen. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass die jeweilige Bundesregierung nicht bereit sein wird, die Beitragssätze anzuheben, wenn die gesetzlichen Krankenkassen ihre Ausgaben mit den ihnen zugewiesenen Beiträgen nicht decken können. Künftige Kostensteigerungen bzw. Beitragsausfälle werden über den Zusatzbeitrag kompensiert werden müssen.

2. Zuzahlungen / Eigenbeteiligungen / Verschuldensprinzip

Die jetzige Regelung, dass für schwerwiegend chronisch kranke Menschen für Zuzahlungen eine Belastungsobergrenze von 1 % statt 2 % gilt, soll verschärft werden. Künftig wird die *1 %-Regelung* daran gekoppelt, ob die Betroffenen bestimmte *Vorsorgeuntersuchungen* in Anspruch nehmen bzw. ob sie sich „*therapiegerecht*“ verhalten. Dies muss durch ärztliche Bescheinigung nachgewiesen werden. Abgesehen von dem damit verbundenen Verwaltungsaufwand ist diese Regelung schon aus grundsätzlichen Erwägungen abzulehnen:

Früherkennungsuntersuchungen bringen nicht nur positive Effekte mit sich. Fehl- und Falschdiagnosen, insbesondere im gynäkologischen Bereich, sind keine Seltenheit. Einige Untersuchungen sind mit Nebenwirkungen und Risiken (Strahlenbelastung bei Mammographie) behaftet. Patienten und Patientinnen müssen freiwillig über die Wahrnehmung dieser Untersuchungen entscheiden dürfen.

Es wird verkannt, dass *viele Gesundheitseinrichtungen wegen fehlender Barrierefreiheit für behinderte Menschen nicht zugänglich* sind. So sind nicht zugängliche gynäkologische Praxen als auch die Untersuchungsstühle für mobilitätseingeschränkte Frauen, vor allem für Frauen im Rollstuhl, ein großes Problem.

Wir anerkennen zwar die proklamierte Absicht, gesundheitliche Prävention und gesundheitsbewusstes Verhalten zu stärken, befürchten aber stark, dass mit der vorgesehenen Sanktion dieses Ziel nicht erreicht wird. Insbesondere die einkommens- und bildungsarmen Bevölkerungsgruppen, bei denen die größten gesundheitlichen Risiken bestehen, werden durch diese Maßnahme

belastet. Mittels Sanktionen kann die Kompetenz dieser Personengruppe, sich gesundheitsgerecht zu verhalten, nicht gestärkt werden. Die mit der Regelung einhergehende Bestrafung von Patienten lehnen wir als kontraproduktiv ab. Stattdessen muss die gesundheitliche Vorsorge mit umfassenden Informationen und durch gezielte Ansprache von Risikogruppen gestärkt werden.

Wir halten die Neuregelung der Überforderungsklausel für eine verdeckte Erhöhung der Zuzahlungen, mittels derer die soziale Ungleichheit zwischen den einzelnen Schichten vergrößert wird.

Darüber hinaus wird mit der Einschränkung der Chronikerregelung das dem SGB V fremde und systemwidrige *Verschuldensprinzip* eingeführt. Dies soll auch gelten für die Behandlung von Krankheiten, die durch eine „medizinisch nicht indizierte Maßnahme wie z.B. eine ästhetische Operation, eine Tätowierung oder Piercing“ entstanden sind. Hier sollen die Versicherten künftig einen Teil der Behandlungskosten übernehmen. Der damit eingeführte Paradigmenwechsel wird den Weg bereiten für weitere Leistungsausgrenzungen. Als Stichworte seien an dieser Stelle nur Übergewicht, gefährliche Sportarten, Rauchen etc. als gesundheitsschädliche Faktoren genannt.

3. Arzneimittelversorgung

Mit verschiedenen Maßnahmen sollen die stetig steigenden Kosten im Arzneimittelsektor eingedämmt werden.

3.1. Kosten-Nutzen-Bewertung

Als grundsätzlich positiv stellt sich für den SoVD die geplante Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) dar. Im Vergleich mit anderen Arzneimitteln und Behandlungsformen soll das IQWiG eine wirtschaftliche Bewertung des medizinischen Zusatznutzens für Arzneimittel vornehmen. Da zahlreiche Arzneimittel ohne einen zusätzlichen Nutzen oder nur mit geringem Zusatznutzen gegenüber herkömmlichen Medikamenten zu Höchstpreisen auf den Markt gebracht werden, könnte dadurch erhebliches Einsparpotential erschlossen werden. Berücksichtigt werden muss in diesem Zusammenhang jedoch, dass der Wert des Zusatznutzens von Medikamenten (beispielsweise geringere Nebenwirkungen) nicht objektiv wissenschaftlich messbar ist. Die Kosten-Nutzen-Bewertung stellt immer eine subjektive Wertentscheidung dar. Problematisch ist vor diesem Hintergrund, dass die Entscheidung wohl aus der Perspektive eines gesunden Menschen getroffen werden wird. Aus der Sicht eines kranken Menschen stellt sich der Wert des Zusatznutzens jedoch immer anders dar. *Daher sind die Organisationen der*

chronisch kranken und behinderten Menschen bei der Bewertung unbedingt mit einzubeziehen.

3.2. Zweitmeinung

So genannte besondere Arzneimittel sollen künftig nur in Abstimmung mit einem „Arzt für besondere Arzneimitteltherapie“ verordnet werden dürfen. Zu begrüßen ist die damit verbundene Absicht, die Arzneimitteltherapie sicherer und kostengünstiger zu gestalten. Zu beachten ist aber, dass dies für die betroffenen Patientinnen und Patienten durchaus zu erheblichen Mehrbelastungen führen kann. Im Bereich der Hilfsmittelversorgung wird dieses Verfahren zum Teil schon praktiziert. Die Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten damit gemacht haben, sind oftmals negativ: So müssen sie häufig erhebliche *Zeitverzögerungen bei der Versorgung sowie einen Mehraufwand durch die Konsultierung verschiedener Ärzte*, die evtl. noch in verschiedenen Städten praktizieren, in Kauf nehmen.

Ungeklärt ist darüber hinaus, wie das Verfahren ablaufen soll, wenn die Zweitmeinung von Erstmeinung abweicht. Ist dann ein weiterer Arzt zu konsultieren, um eine Drittmeinung einzuholen? Der SoVD bezweifelt die Patientienorientiertheit und Praxistauglichkeit dieser Regelung.

3.3. Vorschlag des SoVD

Mit den bisherigen Reglementierungen im Bereich der Arzneimittelversorgung hat man die Kosten nicht minimieren können. Im Gegenteil: Allein im Jahr 2005 sind die Arzneimittelausgaben drastisch gestiegen, nämlich um 16,8 % gegenüber dem Vorjahr.

Der SoVD fordert vor diesem Hintergrund folgende Maßnahmen:

Es sollte eine *Positivliste* eingeführt werden, in der sämtliche Arzneimittel, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden können, aufgeführt sind. In vielen anderen (europäischen) Ländern gibt es sehr gute Erfahrungen mit einer solchen Liste: Die Ausgaben für Arzneimittel wurden damit stark eingedämmt ohne dass die Versorgung der Patientinnen und Patienten dadurch verschlechtert wurde.

Um zusätzliche Transparenz bei der Arzneimittelversorgung zu schaffen, müssen *alle Studienergebnisse* veröffentlicht werden; Medikamente, die ohne klinische Studien auf dem Markt sind, müssen entsprechend gekennzeichnet werden.

Die Erhebung der vollen Mehrwertsteuer auf Arzneimittel stellt eine Zuschussung des Bundeshaushaltes zu Lasten der Solidargemeinschaft dar.

Der SoVD plädiert daher für die *Halbierung des Mehrwertsteuersatzes*. Allein mit dieser Maßnahme könnte die Gesetzliche Krankenversicherung um 2,35 Mrd. Euro pro Jahr entlastet werden.

4. Hilfsmittelversorgung

Eine qualitativ hochwertige, am individuellen Bedarf orientierte Versorgung mit Hilfsmitteln ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass Menschen mit Einschränkungen am Leben in der Gemeinschaft teilhaben können. Umso bedauerlicher ist es, dass die *Probleme in der Hilfsmittelversorgung mit der vorgesehenen Neuerung nicht angegangen, ja sogar noch verschärft werden*. Die derzeitigen Schwierigkeiten entstehen im Bereich der Hilfsmittelversorgung aufgrund struktureller Defizite: Die Qualität der Hilfsmittel selbst ist häufig uneinheitlich, zudem fehlt es häufig an fachgerechter Anleitung und Beratung bei der Wahl sowie beim Gebrauch des Hilfsmittels. Individuelle Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen werden oftmals nicht berücksichtigt.

Wir fordern daher, dass ortsnah herstellerunabhängige Beratungsstellen, die im besten Fall von Betroffenen selbst betrieben werden, implementiert werden. Dort könnten Patientinnen und Patienten ausführliche Beratung, Unterstützung und Anleitung bei Wahl und Gebrauch des benötigten Hilfsmittels erhalten.

Lösungsansätze für die bestehenden Probleme sind leider nicht im Gesetzentwurf zu erkennen. Wir befürchten sogar noch eine Verschärfung. Äußerst kritisch sehen wir die vorgesehene Regelung, dass die Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln durch die Krankenkassen künftig nur im *Ausschreibungsverfahren* erfolgen soll. Diese Maßnahme ist rein fiskalischer Natur und läuft den Interessen der behinderten Menschen zuwider: Werden die Hilfsmittel ausgeschrieben, wird künftig nur noch nach Preis entschieden. Ob das einzelne Hilfsmittel dem individuellen Bedarf des Betroffenen entspricht, wird dann keine Rolle mehr spielen.

Die Krankenkasse bestimmt den Leistungserbringer. Die Einflussmöglichkeiten des Patienten / der Patientin auf die Auswahl des Leistungserbringers und die Art der Leistung werden stark eingeschränkt sein. Wir befürchten, dass das gesetzlich garantierte Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen nur noch Makulatur sein wird.

Auch die *Einführung des Festbetragssystems* im Hilfsmittelbereich halten wir für sehr problematisch. Hat der Patient / die Patientin einen Bedarf, der nicht durch den Festbetrag abgedeckt ist, so werden die Kosten nicht mehr zu 100

Prozent von den Krankenkassen übernommen. Mehrkosten müssen die Patienten tragen.

5. Selbstbehalte und Wahltarife / Kostenerstattung

Die Einführung dieser Elemente aus dem Bereich der Privaten Krankenversicherung widerspricht dem Prinzip der Solidarität der Versicherten untereinander. Gesunde erhalten einen Bonus, wenn sie Leistungen ihrer Krankenkasse nicht in Anspruch nehmen. *Selbstbehalte und Wahltarife laufen dem System der gegenseitigen solidarischen Absicherung zuwider und sind daher im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung abzulehnen.*

Das gleiche gilt für die Kostenerstattung. Bereits mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurde dieses Element teilweise eingeführt. Die Erfahrungen, die die Versicherten damit gemacht haben, sind sehr negativ: Leistungserbringer haben zum Teil ihre Patientinnen und Patienten dazu animiert, die Kostenerstattung zu wählen, um anschließend mit einem höheren Faktor abrechnen zu können. Für die Versicherten selbst bringt das Prinzip der Kostenerstattung keine Vorteile.

6. Versicherungspflicht für alle

Zu begrüßen ist, dass grundsätzlich niemand mehr ohne Krankenversicherungsschutz sein soll. Der SoVD befürchtet jedoch, dass dies in der Praxis zu erheblichen Mehraufwendungen vorrangig bei der Gesetzlichen Krankenversicherung führen wird. Daher fordert der SoVD insoweit einen *Finanzausgleich durch Steuermittel*.

7. Einbeziehung der Privaten Krankenversicherung

Die große Koalition hat ihre Chance verpasst, die Private Krankenversicherung in die solidarische Finanzierung des Gesundheitswesens einzubeziehen.

Der für die Private Krankenversicherung vorgesehene Basistarif sowie der Kontrahierungszwang stellen unserer Ansicht nach einen kleinen Schritt in die richtige Richtung dar. Profitieren werden von diesen Regelungen nur wenige Menschen.

Ein Wettbewerb zwischen Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung ist nicht vorgesehen. Denn der Wechsel zwischen den Systemen Privater und Gesetzlicher Krankenversicherung ist für den Großteil der Versicherten überhaupt nicht möglich.

Der SoVD fordert die Heranziehung aller, insbesondere auch der Besserverdienenden, bei der solidarischen Finanzierung der Gesundheitskosten der

Bevölkerung. Daher muss die Private Krankenversicherung voll in den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich einbezogen werden.

8. Positive Elemente des Gesetzentwurfs

Es ist grundsätzlich zu begrüßen, dass die Gewährung von geriatrischer Rehabilitation, ambulanter Palliativmedizin sowie Mutter-Vater-Kind-Kuren, die bisher im Ermessen der Krankenkassen lagen, nun als Pflichtleistung ausgestaltet werden sollen. Diese drei Bereiche nehmen derzeit keinen großen Stellenwert im Leistungsbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung ein, haben aber für Patienten und Patientinnen große Bedeutung.

8.1. Palliativversorgung

Die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen erfordert ein Zusammenarbeiten aller beteiligten Berufsgruppen, um dem Bedürfnis des Betroffenen ganzheitlich nachkommen zu können. Nicht nur die medizinische, auch die pflegerische, soziale und eventuell spirituelle Betreuung müssen miteinander verzahnt werden. Dies sollte gemeinsam mit den bewährten Trägern von Palliativmedizin und Hospizarbeit durchgeführt werden, um eventuelle Doppelstrukturen zu vermeiden.

8.2. Rehabilitation

Rehabilitation ist ein geeignetes Mittel, ältere Menschen vor Pflegebedürftigkeit zu bewahren, bzw. die Pflegebedürftigkeit zu mindern oder zeitlich hinauszuschieben. Die Lebensqualität von älteren Menschen wird wesentlich zunehmen, wenn geriatrische Rehabilitation auch ausgebaut wird.

Angesichts der großen Bedeutung von Rehabilitation für ein selbst bestimmtes Leben plädiert der SoVD dafür, *die gesamte medizinische Rehabilitation als verpflichtende Leistung der gesetzlichen Krankenkassen* festzuschreiben. Es ist nicht einsichtig, warum Leistungen der Rehabilitation nur einem bestimmten Personenkreis verpflichtend zukommen sollen. Daher regen wir an, die Ermessensleistung in § 40 SGB V in eine Pflichtleistung umzuwandeln.

Dass die *ambulante mobile Rehabilitation* als Leistung im SGB V verankert wird, ist ausdrücklich zu begrüßen. Für in ihrer Mobilität eingeschränkte Patienten und Patientinnen wird dies erhebliche Verbesserungen mit sich bringen.

8.3. Öffnung der Krankenhäuser

Wir begrüßen die Absicht, dass sich Krankenhäuser für die ambulante Erbringung bestimmter hoch spezialisierter medizinischer Leistungen öffnen. Dies ermöglicht für die in der Regelung genannten schwer erkrankten Patienten und Patientinnen eine qualitativ hochwertige Versorgung in den speziali-

sierten Krankenhäusern. Gesichert sein muss jedoch eine verlässliche Finanzierung, die die Krankenkassen bzw. die Versicherungsgemeinschaft nicht zusätzlich belastet. Zu berücksichtigen ist diesbezüglich, dass die vorgesehenen Leistungen nicht stationäre Leistungen, sondern ambulante (vertrags-)fachärztliche Leistungen ersetzen.

8.4. integrierte Versorgung

Zu begrüßen ist, dass die integrierte Versorgung weiter gefördert und die Pflegeversicherung mit einbezogen werden soll. Insbesondere schwer erkrankte Patienten und Patientinnen mit komplexem Unterstützungsbedarf werden davon profitieren. Der SoVD regt an, dass auch psychosoziale Dienste und Einrichtungen (z.B. kommunale Beratungsstellen) mit einbezogen werden. Auch die Sozialdienste im Krankenhaus sollten unbedingt gestärkt werden. Denn sie tragen im Rahmen eines Entlassungsmanagements wesentlich dazu bei, dass die verschiedenen Leistungserbringer zum Wohle des Patienten / der Patientin besser miteinander kooperieren.

8.5. häusliche Krankenpflege

Wir anerkennen, dass mit der Neuregelung der häuslichen Krankenpflege der Haushaltsbegriff sowohl für einige besondere Bedarfslagen (z.B. Wachkoma-Patienten) erweitert als auch der gesellschaftlichen Entwicklung im Hinblick auf die Entstehung von Wohngemeinschaften und anderen alternativen Wohnformen Rechnung getragen werden soll. Im Hinblick auf die jüngere Rechtsprechung des Bundessozialgerichts halten wir die Erweiterung des Haushaltsbegriffs auch für erforderlich.

Da bereits heute schon Hinweise auf eine äußerst restriktive Bewilligungspraxis der Krankenkassen im Hinblick auf Kuren und andere Rehabilitationsleistungen bestehen, befürchten wir, dass all diese positiven Regelungen bei Realisierung des (strukturell unterfinanzierten) Gesundheitsfonds nicht umgesetzt werden.

III. Schlussbemerkung

Der SoVD setzt sich für Reformen im Gesundheitswesen ein, die eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und qualitativ hochwertige Versorgung auf der Basis einer solidarischen Finanzierung gewährleisten. Im Positionspapier „Die Bürgerversicherung“ hat der SoVD die wesentlichen Eckpunkte hierzu formuliert. Den darin genannten Anforderungen wird der Gesetzentwurf nicht gerecht. Er enthält nur vereinzelte Regelungen, die zu einer besseren Gesundheitsversorgung und einem effizienteren Mitteleinsatz führen können. Regelungen, die eine stabile Finanzierung des Gesundheitswesens sichern, die auf Strukturen aufbaut, mit denen eine Verbesse-

ung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Produktivität der Versorgung gewährleistet wird, sind nicht erkennbar. Wir regen an, die Vorhaben im Interesse der Versicherten, Patienten und Patientinnen nochmals zu überdenken.

Berlin, den 30. Oktober 2006

Der Bundesvorstand
Abteilung Sozialpolitik