

Entschließungsantrag

der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, Dr. Konrad Schily, Dr. Heinrich L. Kolb, Detlef Parr, Michael Kauch, Jens Ackermann, Dr. Karl Addicks, Christian Ahrendt, Uwe Barth, Rainer Brüderle, Angelika Brunkhorst, Ernst Burgbacher, Patrick Döring, Mechthild Dyckmans, Jörg van Essen, Ulrike Flach, Otto Fricke, Paul K. Friedhoff, Horst Friedrich (Bayreuth), Dr. Edmund Peter Geisen, Dr. Wolfgang Gerhardt, Hans-Michael Goldmann, Miriam Gruß, Joachim Günther (Plauen), Dr. Christel Happach-Kasan, Heinz-Peter Haustein, Elke Hoff, Birgit Homburger, Dr. Werner Hoyer, Hellmut Königshaus, Gudrun Kopp, Jürgen Koppelin, Sibylle Laurischk, Harald Leibrecht, Ina Lenke, Sabine Leutheusser-Schnarrenberger, Michael Link (Heilbronn), Markus Löning, Horst Meierhofer, Patrick Meinhardt, Jan Mücke, Burkhardt Müller-Sönksen, Dirk Niebel, Hans-Joachim Otto (Frankfurt), Cornelia Pieper, Gisela Piltz, Jörg Rohde, Frank Schäffler, Marina Schuster, Dr. Hermann Otto Solms, Dr. Max Stadler, Dr. Rainer Stinner, Carl-Ludwig Thiele, Florian Toncar, Christoph Waitz, Dr. Claudia Winterstein, Dr. Volker Wissing, Hartfrid Wolff (Rems-Murr), Martin Zeil, Dr. Guido Westerwelle und der Fraktion der FDP

zu der zweiten und dritten Beratung des Gesetzentwurfs der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

– Drucksachen 16/3100, 16/4200 –

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

Der Bundestag wolle beschließen:

Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Der Entwurf des GKV-WSG wird den Zielen, die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) längerfristig auf tragfähige Fundamente zu stellen, die Lohnzusatzkosten zu senken und den Wettbewerb zu stärken, nicht gerecht. Weder wird in irgendeiner Form Vorsorge dafür getroffen, dass die Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben aufgrund des zunehmenden Anteils älterer Menschen an der Bevölkerung immer weiter auseinander geht. Noch wird die konjunkturempfindliche und den Arbeitsmarkt belastende Anbindung der Beiträge an die Löhne und Gehälter beseitigt. Auch sinken die Beitragssätze nicht, sondern sie steigen kontinuierlich an. Dafür ist die von der großen Koalition zu verantwortende Mehrwertsteuererhöhung um 3 Prozent zum 1. Januar 2007 verant-

wortlich, aber auch die ebenfalls von der großen Koalition zu verantwortende Zurückführung des Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen, die auch durch das GKV-WSG nicht beseitigt, sondern lediglich gemildert wird. Zum 1. Januar 2007 haben zahlreiche gesetzliche Krankenkassen unter Berücksichtigung der Auswirkungen des GKV-WSG ihre Beiträge zum Teil drastisch erhöht. Der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz ist dadurch von 14,2 Prozent auf 14,7 Prozent gestiegen. Dieser Trend wird sich fortsetzen, wenn erst die Auswirkungen der Leistungsausweitungen voll zum Tragen kommen.

Die durch den Gesetzentwurf beschlossenen Bundeszuschüsse an die GKV werden den Bundeshaushalt bis zum Jahr 2016 durch den Steuerzuschuss mit insgesamt 78,5 Mrd. Euro belasten. Gedeckt sind lediglich 2,5 Mrd. Euro im Haushalt des Jahres 2007. Damit besteht aufgrund der fehlenden finanziellen Absicherung ein Haushaltsrisiko von 76 Mrd. Euro. Hinsichtlich der milliardenschweren Auswirkungen auf die künftigen Haushalte ist die Bundesregierung aufgefordert, zeitgleich mit dem zur Abstimmung gestellten Gesetzentwurf ein schlüssiges Konzept zu einer möglichen Gegenfinanzierung vorzulegen. Damit wäre § 96 Nr. 4 der Gebührenordnung des Bundestages Rechnung getragen.

Der Wettbewerb, der angeblich gestärkt werden soll, wird stattdessen bei den gesetzlichen Krankenkassen in einem entscheidenden Punkt beschnitten, der Beitragsgestaltung. Bei den Leistungen wird das Einheitsangebot ausgeweitet, in dem Satzungs- zu Pflichtleistungen werden wie z. B. im gesamten Bereich der Rehabilitation. Ein konsistenter wettbewerblicher Rahmen fehlt. Der entscheidende § 1 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen, der wettbewerbsbeschränkende Vereinbarungen verbindet, findet nach wie vor in der GKV keine Anwendung. Das gilt auch für das Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb. Im Bereich der privaten Krankenversicherung nimmt man den Unternehmen beim Basistarif jegliche Gestaltungsmöglichkeit. Sie müssen für einen bestimmten Personenkreis einen einheitlich kalkulierten Tarif mit Einheitsleistungen à la GKV anbieten und sind über die Beitragskappung auch noch gezwungen, ihren anderen Versicherten nicht äquivalenzbezogene Zusatzlasten aufzubürden.

Der Gesetzentwurf begegnet weiterhin erheblichen verfassungsrechtlichen Bedenken. Die Regelungen haben zum Teil Eingriffe in die Vertragsautonomie und die Eigentumsrechte der Versicherten und der Versicherer zur Folge. Die Verpflichtung für die PKV, einen Einheitsbasistarif anzubieten, kollidiert sowohl mit den Grundrechten der Versicherungsunternehmen als auch mit denen der Versicherungsnehmer. Die Einführung des Basistarifs greift in das Grundrecht der Berufsfreiheit der privaten Krankenversicherungsunternehmen gemäß Artikel 12 Abs. 1 des Grundgesetzes (GG) ein, da die Prämien künftig nicht mehr am individuellen Krankheitsrisiko orientiert werden dürfen. Hier liegt auch eine Verletzung des Vertrauensschutzes vor, da mit der Einführung eines Basistarifs mit Kontrahierungszwang die Stabilität einer abgeschlossenen Risikoprognose hinfällig wird. Gegen die geplante Portabilität der Altersrückstellungen für bereits heute Privatversicherte bestehen Bedenken im Hinblick auf Artikel 14 Abs. 1 GG. Nach allgemeiner Auffassung stehen die Alterungsrückstellungen dem Versicherer und nicht dem einzelnen Versicherten zu. Altersrückstellungen sind fremdnütziges Eigentum des Versicherungsunternehmens. Darüber hinaus liegt ein Eingriff in Artikel 12 Abs. 1 GG nahe, da die Mitnahme portabler Altersrückstellungen eine negative Risikoselektion zur Folge hat, die wiederum zu Beitragssteigerungen und damit zur sinkenden Attraktivität der PKV insgesamt führen kann. Da der Steuerzuschuss zur Kindermitversicherung nur den gesetzlich Versicherten, nicht aber den Privatversicherten zugute kommen soll, ist diese Regelung im Hinblick auf den Gleichheitsgrundsatz aus Artikel 3 GG bedenklich. Der Bundesregierung ist es in den parlamentarischen Beratungen nicht gelungen, diese gravierenden verfassungsrechtlichen Bedenken schlüssig zu entkräften.

Der Gesetzentwurf ist ein weiterer Mosaikstein in dem Versuch, aus einer pluralistischen Gesellschaft mit dem Vorrang individueller Lösungen bei sozialer Unterstützung ein kollektives Zwangssystem zu machen. Statt den Rahmen dafür zu setzen, dass eine soziale Absicherung für Bedürftige und Behinderte gewährleistet ist, bestimmt der Staat für alle Bürger, welche Leistungen sie wie zu versichern haben. Dabei beschränkt er sich nicht etwa auf einen Katalog von Grundleistungen, sondern das Leistungsspektrum reicht von der Höhe des Krankengeldes über die Psychotherapie und den Zahnersatz bis zur Rehabilitation. Das betrifft nicht mehr nur 90 Prozent GKV-Versicherte, sondern wird ausgeweitet auf die Basistarifversicherten. Über den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), der mit zahlreichen neuen Aufgaben betraut wird und der damit in noch stärkerem Maße mit einer umfassenden Definitionsmacht ausgestattet ist wie Medizin in Deutschland auszusehen hat, wird die Vereinheitlichung nicht nur der Leistungsblöcke, sondern auch der Versorgung im Einzelfall betrieben. Die Erkenntnis, dass jeder Patient anders und die Medizin eine Erfahrungswissenschaft und keine Naturwissenschaft mit klar definierten Regeln ist, wird zugunsten zentralisierter Vorgaben aufgegeben. Die Therapiefreiheit wird immer mehr eingeschränkt.

Die in dem Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen sind von ganz erheblicher gesellschaftspolitischer Relevanz. Unter dem Deckmantel des wohlmeinenden Diktats des Staates wird die Autonomie des einzelnen Bürgers beschnitten und die Eigenverantwortung durch Kollektivzwang ersetzt. Die angeblich so hohe Zahl der Nichtversicherten ist zum Anlass genommen worden, in Deutschland erstmals die Versicherungspflicht einzuführen. Das Problem der Nichtversicherten hätte sich allerdings auch ohne eine Versicherungspflicht lösen lassen. Die PKV hat hierzu Lösungen über entsprechende Öffnungsklauseln für den bisher schon angebotenen Standardtarif angeboten. Die Verhältnismäßigkeit der gewählten Lösung muss deshalb in Frage gestellt werden. Der – für jedermann zwingende – Krankenversicherungsschutz wird mehr und mehr gleich geschaltet. Die gesetzlichen Krankenkassen verlieren ihre Beitragsautonomie und ihren Gestaltungsspielraum bei den Satzungsleistungen. Die privaten Krankenversicherer werden gezwungen, einen Basistarif mit Kontrahierungszwang anzubieten, der von der Leistungsseite dem GKV-Angebot entspricht und der einheitlich für alle Versicherten kalkuliert wird. Unternehmerische Freiheit besteht nur noch im Hinblick auf die Gestaltung der Verwaltungskosten. Alles andere ist gesetzlich festgelegt. In die freie Vertragsgestaltung bei den PKV-Verträgen bisheriger Prägung wird durch die nötige Quersubventionierung der Basistarife ebenfalls eingegriffen. Diese Quersubventionierung ergibt sich aus den sozial motivierten Beitragskappungen. Sie machen die Tarife teurer, ohne dass dem adäquate Leistungen gegenüber stehen. Neben dieser Absenkung der Attraktivität wird der Bereich der rein privaten Absicherung für den Krankheitsfall auch durch direkte gesetzliche Eingriffe weiter verkleinert. Arbeitnehmer, die mit ihrem Verdienst über der Versicherungspflichtgrenze von zurzeit 3 975 Euro monatlich liegen, müssen drei Jahre warten bis sie in die PKV wechseln können. Das gilt sogar für Berufsanfänger, die bis dahin immer PKV-versichert gewesen sind.

Das GKV-WSG stellt damit eindeutig die Weichen in Richtung eines gesetzlich dominierten Einheitssystems, das den Anspruch einer „rundum Sorglosabsicherung“ erweckt, der im Hinblick auf die zukünftigen Entwicklungen nicht zu halten ist. Die Intention, die heute schon absehbaren Ausgabensteigerungen über eine erhöhte Zufuhr von Steuermitteln finanzieren zu wollen, ist der untaugliche Versuch, sich um die eigentlich notwendigen Strukturveränderungen zu drücken. Wie wenig das funktioniert, zeigt sich in der Rentenversicherung, in der der Bundeszuschuss mittlerweile 78 Mrd. Euro jährlich beträgt. Die Beitragsätze jedoch steigen weiter.

Die Politik in Deutschland steht vor der großen Herausforderung, die langfristige Finanzierbarkeit der Sozialversicherungssysteme vor dem Hintergrund

einer deutlich verlängerten Lebenserwartung und einer niedrigen Geburtenrate zu sichern. Das heutige GKV-System der Absicherung im Krankheitsfall über das Umlageverfahren gerät in immer größere Schwierigkeiten. Es setzt das Funktionieren des Generationenvertrages voraus. Der Berechnung der Beiträge werden die Einkommen zugrunde gelegt und nicht die notwendigen Gesundheitskosten. Im Rentenalter mit niedrigem Einkommen sinken deshalb die Krankenversicherungsbeiträge. Gleichzeitig steigt der Bedarf an medizinischen Leistungen. Ein gleich gelagertes Problem ergibt sich bei Arbeitslosen. Eine hohe Anzahl von Rentnern und Arbeitslosen gefährdet damit bei der heutigen Art der Finanzierung die Existenz der GKV. Beschleunigt wird dieser Prozess durch eine weitere Besonderheit, den Arbeitgeberbeiträgen, die automatisch mit den Beitragssätzen steigen. Die dadurch bedingte Verteuerung des Einsatzes von Arbeit führt dazu, dass versucht wird, Arbeit wo immer das möglich ist durch Maschinen zu ersetzen. Das wiederum erhöht die Zahl der Arbeitslosen. Eine Ausweitung dieses Finanzierungssystems auf noch mehr Personen als bisher ist deshalb kontraproduktiv. Benötigt wird eine grundlegende Strukturreform, die folgende Bedingungen erfüllt: Sie muss Vorsorge für die demografische Entwicklung treffen, die den Menschen einen hohen Freiheitsgrad bei gleichzeitigem lückenlosen Krankenversicherungsschutz für die allein nicht tragbaren finanziellen Folgen bei Erkrankung oder Behinderung garantiert. Sie muss den Arbeitsmarkt entlasten und damit auch die Voraussetzungen dafür schaffen, medizinischen Fortschritt weiter finanzieren zu können. Sie muss für ein hohes Maß an Effizienz, Transparenz und Qualität sorgen. Das heißt u. a.:

- die Arbeitgeberbeiträge müssen dauerhaft von den Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung entkoppelt, d. h. die Arbeitgeberbeiträge als Lohnbestandteil ausgezahlt werden,
- es muss echter Wettbewerb zugelassen werden und zwar sowohl auf der Seite der Leistungserbringer als auch auf der Seite der Versicherer, das heißt: die Krankenversicherer sind Unternehmen, die mit optimierten Lösungen um ihre Kunden werben. Es gibt tarifliche und vertragliche Vielfalt mit zahlreichen Wahl- und Gestaltungsmöglichkeiten für Versicherte und Patienten,
- das per Gesetz verpflichtend abzusichernde Krankenversicherungspaket ist auf die medizinisch notwendigen Leistungen zu begrenzen. Die für notwendig erachtete Einkommensumverteilung gehört bei einem Systemwechsel ins Steuer- und Transfersystem ebenso wie die Finanzierung der aus familien- oder sozialpolitischen Gründen gewünschten Leistungen,
- die Solidarität mit den Schwachen muss auf eine dauerhaft tragfähige Basis gestellt werden durch Organisation der notwendigen finanziellen Unterstützung über das Steuer- und Transfersystem,
- die Solidarität mit den nachwachsenden Generationen ist durch den Aufbau von Altersrückstellungen zu sichern und damit dem Grundsatz der Nachhaltigkeit zu genügen.

Berlin, den 1. Februar 2007

Dr. Guido Westerwelle und Fraktion

Begründung

Auch die in großer Vielzahl eingebrachten Änderungsanträge ändern nichts daran, dass die Weichen so gestellt werden, dass sich im Endeffekt ein zentralistisches einheitliches Zwangssystem der gesetzlichen Krankenversicherung für alle ergibt.

Man muss die geplanten Maßnahmen in ihrer Gesamtheit betrachten, um zu sehen, dass der Name „Wettbewerbstärkungsgesetz“ das Gegenteil dessen vermuten lässt, was der Entwurf tatsächlich beinhaltet. Beschränkt wird der Weg in eine staatliche, zentralistische Einheitskrankenversicherung mit zentral vorgegebener Staatsmedizin. Rationierung, Verlust von Therapiefreiheit, freier Arztwahl und Freiberuflichkeit sind die Folge! Im Einzelnen:

- ein so genannter Gesundheitsfonds, der quasi als Schleuse konzipiert ist, die einen Strom einkommensabhängiger Beitragszahlungen in mehr oder weniger risikoäquivalente Zahlungen umwandelt,
- die staatliche Beitragsfestsetzung eines einheitlichen Beitragssatzes für alle gesetzlichen Krankenkassen,
- ein zum Scheitern verurteilter kassenindividueller Zusatzbeitrag, der insgesamt maximal 5 Prozent der GKV-Ausgaben und für den einzelnen Versicherten maximal 1 Prozent seines Haushaltseinkommens ausmachen darf,
- ein unzureichend geregelter Bundeszuschuss für versicherungsfremde Leistungen, der der landwirtschaftlichen Krankenversicherung und der privaten Krankenversicherung vorenthalten wird, obwohl auch dort diese Leistungen ganz bzw. teilweise erbracht werden.

Diese Kombination führt dazu, dass die Krankenkassen zu staatlich gesteuerten Vollzugsorganen einer umfassenden Kostendämpfungspolitik degradiert werden. Spielräume für eigenes Handeln sind kaum noch vorhanden.

Hinzu kommen:

- ein Spitzenverband Bund, der als Monopolist de facto alle wichtigen Aufgaben der heutigen Spitzenverbände der Krankenkassen übernimmt,
- ein teilweise hauptamtlicher Gemeinsamer Bundesausschuss, der zunächst für 90 Prozent der Bevölkerung definiert, was in Deutschland akzeptierte Medizin ist, sowohl was die Verfahren und Produkte als auch was die Kosten und Qualität anbelangt.

Im Vertragsbereich werden die kollektivvertraglichen Regelungen nicht zugunsten von prioritären Vertragsbeziehungen zwischen Ärzten und Patienten mit der subsidiären Möglichkeit der Vertragsgestaltung zwischen KVen und Ärzten ersetzt, sondern die gesetzlichen Krankenkassen lösen aus weiter bestehenden, aber erodierenden Kollektivverträgen einzelne Ärzte oder Arztgruppen heraus. Der Rest ist dem Nachfragemonopolisten Spitzenverband Bund ausgesetzt, der einer geschwächten Kassenärztlichen Bundesvereinigung gegenübersteht – geschwächt nicht nur durch die Hausärztekonzurrenz, sondern zunehmend auch durch Spezialisten, die ihr Heil in Einzelverträgen suchen.

Mit diesem Gesetzesvorhaben wird die heutige Organisation der Krankenversicherung und der Gesundheitsversorgung in Gefahr gebracht, ohne dass man die anstehenden Probleme löst. Es erfolgt:

- keine Entlastung weder der Lohnzusatzkosten noch der Versicherten; stattdessen steigen die Beiträge,
- keine Entkoppelung von Gesundheitsausgaben und Arbeitskosten; der Arbeitgeberbeitrag wird nicht festgeschrieben,

- keine Entbürokratisierung; stattdessen kommt mit dem so genannten Fonds ein weiteres bürokratisches Instrument hinzu,
- keine Vorsorge für die demografische Entwicklung; es bleibt bei Umlagefinanzierung zu Lasten der jungen Generation,
- keine Transparenz; weder bei den Beiträgen noch bei den Abrechnungen, bei denen am Sachleistungsprinzip festgehalten wird,
- keine Freiheit für die Versicherten, ihren Versicherungsschutz weitgehend selbst zu gestalten,
- keine Konzentration der über Zwangsbeiträge finanzierten Leistungen auf das medizinisch unbedingt Notwendige,
- keine Nachhaltigkeit.

Der an und für sich nachvollziehbare Gedanke einer Pflicht zur Versicherung im Umfang von im Krankheitsfall unabdingbar notwendiger Leistungen bei einem Versicherer der eigenen Wahl in einem Tarif der eigenen Wahl wird in eine Pflichtversicherung für alle Bürger verwandelt, die das ganze Spektrum der gesetzlichen Krankenversicherung beinhaltet von der genauen Höhe des Krankengeldes über den Zahnersatz bis hin zu Soziotherapie und der Finanzierung von Fitnesskursen. Auch die private Krankenversicherung muss über den Basistarif eine solche Pflichtversicherung anbieten, die ebenfalls auf GKV-Niveau liegt und keine Gestaltungsspielräume zulässt.

Das Wettbewerbsrecht wird nicht konsequent angewandt. Die Gefahr ineffizienter Lösungen aufgrund marktbeherrschender Stellungen lässt sich durch die Anwendbarkeit der §§ 19 bis 21 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) nicht beseitigen, sondern nur durch Übertragung des kompletten Wettbewerbsrechts, insbesondere § 1 GWB und das Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb.

Zu den einzelnen Maßnahmen

1. Das ursprüngliche Finanztableau des Gesetzentwurfs, das nach Aussagen der GKV schon zu optimistisch ausgefallen war, trägt nach den im Laufe des Verfahrens vorgenommenen Änderungen überhaupt nicht mehr. Im Arzneimittelbereich fällt die eingeplante Entlastung um ca. 350 Mio. Euro geringer aus, im Krankenhausbereich um 250 Mio. Euro und bei den Fahrtkosten um 100 Mio. Euro. Durch die Absenkung der Mindestbeiträge für Selbstständige mit geringem Einkommen fehlen der GKV Beitragseinnahmen in nicht unerheblichem Ausmaß. Mehrbelastungen ergeben sich zudem durch Verbesserungen bei der Vergütung ärztlicher Leistungen in unterversorgten Gebieten, durch die Ausweitung der häuslichen Krankenpflege, durch die Erbringung ambulanter Hospizleistungen auch in stationären Pflegeeinrichtungen, durch die Unterstützung der Patientenvertreter durch den G-BA sowie die Umwandlung der gesamten Rehabilitationsleistungen von Kann- in Pflichtleistungen der GKV. Insgesamt betragen die Mehrausgaben damit nicht wie ursprünglich angenommen in 2007 ca. 0,2 bis 0,3 Mrd. Euro, in 2008 ca. 0,4 Mrd. Euro und in 2009 ca. 0,5 Mrd. Euro, sondern mindestens 1,2 bis 1,5 Mrd. Euro. Das führt zu weiter steigenden Beitragssätzen und damit einen Anstieg der Lohnzusatzkosten.
2. Die Beitragsautonomie der gesetzlichen Krankenkassen wird aufgehoben und durch eine Beitragsfestsetzung durch die Bundesregierung per Rechtsverordnung ersetzt. Ein einheitlicher Krankenversicherungsbeitrag für alle gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland, der durch die Bundesregierung festgelegt wird, schließt ein ökonomisch verantwortliches Verhalten der Krankenkassenvorstände, bei dem Preis und Leistung in Relation gesetzt

werden, aus und ersetzt es durch ein Zuteilungssystem. Das stärkt den Druck zur Rationierung und wird zu Forderungen nach mehr Steuergeld führen.

3. Der Gesundheitsfonds entkoppelt die Beziehung zwischen den Beiträgen und den Leistungen der einzelnen Krankenkasse komplett und vollständig. Statt den heutigen Risikostrukturausgleich im Zuge des propagierten Wettbewerbs auf das Wesentliche zu beschränken, wird er zu einem allumfassenden Zuteilungssystem ausgeweitet. Statt sich der Begründung stellen zu müssen, warum man bestimmten Krankenkassen Geld wegnimmt, um es den Mitkonkurrenten zu geben, wird nun staatlicherseits nach gesetzten Kriterien eine gewisse Geldsumme je Versicherten zugeteilt.

Will man schuldenfrei in den Fonds starten und am Anfang dafür sorgen, dass die GKV-Ausgaben überall zu 100 Prozent aus den Zuweisungen gedeckt werden können, müssen die Beitragssätze (über das hinaus was 2007 durch Mehrwertsteuererhöhung, sinkenden Staatszuschuss für versicherungsfremde Leistungen und Auseinanderklaffen von Einnahmen und Ausgabenentwicklung finanziert werden muss) deutlich steigen, denn man überfinanziert mit einem solchen Schritt die Krankenkassen, die heute einen niedrigen Beitragssatz haben.

4. Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag ist so konstruiert, dass er zum Scheitern verurteilt ist. Wenn 95 Prozent der GKV-Ausgaben aus lohnbezogenen Beiträgen mit einheitlichen Beitragssätzen gedeckt werden müssen, stehen maximal nur 5 Prozent des Volumens für wettbewerbsrelevante Preisunterschiede zur Verfügung (bei fast 100-prozentig identischem Leistungsspektrum). Wird die Zusatzprämie auf 1 Prozent des jeweiligen Gesamt-Bruttoeinkommens bis zur Höhe der Beitragsbemessungsgrenze beschränkt, schrumpft der Spielraum nochmals. Wer 1 500 Euro verdient, muss maximal 15 Euro an monatlicher Zusatzprämie bezahlen. Kaum vorstellbar ist, dass es sich eine Krankenkasse leisten kann, stattdessen ihre mehr verdienenden Versicherten deutlich stärker zu belasten mit z. B. 35 Euro monatlich bei 3 500 Euro Einkommen. Diese Versicherten würden ganz schnell ihre Krankenkasse wechseln oder sofern möglich zur PKV abwandern.

Ein weiteres Problem stellt der Datenschutz dar. Die Krankenkassen benötigen für ihre Haushaltsplanung die Gesamteinkommen ihrer Versicherten, um abschätzen zu können, wie hoch sie die Prämie kalkulieren müssen, um ein Defizit im Zuweisungsbereich ausgleichen zu können.

5. Circa 70 Prozent der heutigen Aufgaben der GKV werden zukünftig durch den Spitzenverband Bund wahrgenommen. Unter anderem trifft dies auf folgende Bereiche zu:
 - die Vergütungsstruktur im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich,
 - Erstellung des Bundesleistungsverzeichnisses Zahntechnik und Höchstpreise für zahntechnische Leistungen,
 - Definition, wann bei Arzneimitteln eine Befreiung von der Zuzahlung erfolgen kann,
 - Rahmenvorgaben für Arzneimittelvereinbarungen,
 - Durchführung der Bedarfsplanung sowie des Prüfgeschäftes,
 - Abschluss und Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen und Einrichtungen des Mütter-Gesundswerkes,
 - Rahmenempfehlungen für die Rehabilitation,
 - Abschluss zweiseitiger und dreiseitiger Verträge über die Krankenhausbehandlung bzw. über Kooperationsverträge zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten,

- Rahmenempfehlungen für Heilmittel,
- Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung.

Die heutigen Spitzenverbände der Krankenkassen ebenso wie die Spitzenverbände der Pflegekassen werden nicht mehr lange existieren. Die Vertragspartner stehen dann einem Monopolisten gegenüber. Der Weg im Sinne des Wettbewerbs möglichst wenige Aufgaben im Gesundheitswesen einheitlich und gemeinsam durch die GKV erledigen zu lassen und stattdessen den einzelnen Kassenarten oder den einzelnen Kassen Spielräume zu geben, ist damit zunichte gemacht. Krankenkassen haben das auszuführen, was zentralisiert vorgegeben wird. Das wird über kurz oder lang zur Einheitskasse führen.

6. Der Gemeinsame Bundesausschuss, der bereits heute als Selbstverwaltungslösung über eine große Machtfülle verfügt im Hinblick auf die Definition, was in Deutschland gute Medizin ist, wird weiter ausgebaut.

In dem Gemeinsamen Bundesausschuss werden für die Versicherten und für die Leistungserbringer wesentliche Entscheidungen getroffen. Sogar der Ausschluss von Leistungen für alle GKV-Versicherten ist möglich. Die Therapiefreiheit geht mehr und mehr verloren. Die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses haben keinen Empfehlungscharakter, wie es z. B. medizinische Leitlinien haben oder haben sollten, sondern es werden verbindliche Entscheidungen getroffen, an die sich alle Beteiligten zu halten haben.

7. Genauso wie im Arzneimittelbereich zeigt sich auch bei den Steuerzuschüssen eine Politik des Hin und Her. Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz war beschlossen worden, den Krankenkassen ab dem Jahr 2006 4,2 Mrd. Euro zur Refinanzierung versicherungsfremder Leistungen aus Steuermitteln zur Verfügung zu stellen. Zu diesem Zweck ist eine Tabaksteuererhöhung vorgenommen worden. Diese 4,2 Mrd. Euro sind durch das Haushaltsbegleitgesetz 2006 schrittweise wieder zurückgeführt worden. Im Jahr 2007 hätten hieraus noch 1,5 Mrd. Euro gezahlt werden müssen, also 2,7 Mrd. Euro weniger als ursprünglich geplant. Im Jahr 2008 wäre die aus dem GMG resultierende Zahlung komplett entfallen. Stattdessen wird nun nach dem GKV-WSG ein neuer Zuschuss in den Jahren 2007 und 2008 in Höhe von 2,5 Mrd. Euro gewährt, der in den Folgejahren jeweils um 1,5 Mrd. Euro steigen soll. Damit fehlen den Krankenkassen gegenüber der ursprünglichen Planung in den Jahren 2007 und 2008 3,4 Mrd. Euro. Daran ändern auch die Ankündigungen nichts, den Zuschuss jährlich bis auf im Endeffekt 14 Mrd. Euro anheben zu wollen. Der Plan über Steuerzuschüsse das System zu stabilisieren, ist genauso wenig zielführend wie in der Rente, wo trotz Ökosteuer die Beiträge weiter steigen. Ordnungspolitisch sauber ist allein eine konkrete Anbindung von Steuermitteln für exakt definierte Leistungen, die gesamtgesellschaftlicher Natur sind und deshalb nicht allein einer Versicherungsgemeinschaft aufgebürdet werden sollten. Dann muss das aber – auch aus verfassungsrechtlichen Gründen – ebenfalls für PKV-Versicherte gelten.

8. Im ärztlichen Bereich wird der floatende Punktwert zwar durch feste Preise abgelöst. Es bleibt aber bei der Vereinbarung einer Gesamtvergütung und damit vom Grundsatz her einem Gesamtbudget. Die Preise für die einzelnen Leistungen werden nicht auf der Basis betriebswirtschaftlicher Kosten und eines kalkulatorischen Unternehmerlohns festgelegt und dann mit der Menge der erbrachten notwendigen Leistungen multipliziert, so dass sich hieraus der Betrag ergibt, den die Krankenkassen für die ambulante Versorgung ihrer Versicherten zu zahlen haben. Stattdessen wird die Gesamtvergütung herunter gebrochen auf die einzelnen Ärzte. Arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina bleiben erhalten.

Problematisch ist zudem, dass die Krankenkassen in den jeweiligen Ländern ihre Beiträge nach dem Fondsverteilungsverfahren gemäß dem Bundesdurchschnitt zugewiesen bekommen. Für Länder wie Baden-Württemberg z. B. dürfte das einen deutlichen Verlust bedeuten. Spielräume für Zuschläge wird es dort kaum geben. Länder aber, die von den höheren Beiträgen profitieren, werden entsprechende Zuschläge nicht für notwendig erachten, wenn die Kostenstruktur relativ günstig ist. Je niedriger der durch die Bundesregierung vorgegebene Beitragssatz ist, umso stärker wird die Kassenseite gezwungen sein, den Preis für ärztliche Leistungen so weit wie irgend möglich zu drücken, um keinen Zusatzbeitrag erheben zu müssen.

Im privatärztlichen Bereich wird für die im Basistarif Versicherten massiv in die Vertragsgestaltung eingegriffen. Für ärztliche Leistungen wird der abrechenbare Gebührensatz auf das 1,8fache, für zahnärztliche Leistungen auf das 2,0fache begrenzt und zugleich ein Sicherstellungsauftrag für die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung konstruiert. Die Bedingungen für diesen Versichertenkreis sind damit stark an die GKV angenähert worden, statt ein Verhandlungsmandat für Bundesärztekammer und PKV-Verband zu schaffen. Man hat damit gesetzlichen Regelungen eindeutig Priorität gegenüber einer freiheitlichen Vertragsgestaltung gegeben. Die nachgelagert vorgesehene Möglichkeit für KBV und PKV, andere Gebührensätze zu verhandeln, ist angesichts des engen Finanzkorsetts und des über die Schiedsstelle mit am Tisch sitzenden Finanzministeriums sowie des Gesundheitsministeriums lediglich eine Option der Preise nach unten hin. Die Rationierungstendenzen, die man bisher schon in der GKV beobachten konnte, werden damit übertragen.

9. Das Sondersparopfer der Krankenhäuser ist durch nichts begründet. Es bringt gerade auch bisher schon auf Effizienz ausgerichtete Krankenhäuser in existenzielle Gefahr und damit die qualitativ hochwertige flächendeckende Versorgung der Bevölkerung. Daran ändert auch die Absenkung des Sparbeitrages von 500 Mio. Euro auf 250 Mio. Euro jährlich grundsätzlich nichts. Die Krankenhäuser können auch diesen Betrag nicht ohne Qualitätsverluste aufbringen im Hinblick auf die außerdem zu schulternden Belastungen durch die Mehrwertsteuererhöhung, die Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung, die Umsetzung der neuen Tarifverträge, die Mehrkosten durch Änderungen des Arbeitszeitgesetzes, die Mehrausgaben im Zuge der Umstellung auf das neue Fallpauschalensystem sowie das gesetzliche Verbot von Naturalrabatten. Statt den Krankenhäusern durch gesetzliche Maßnahmen Geld zu entziehen, wäre im Krankenhausbereich die Vorlage einer marktwirtschaftlichen Konzeption für die Zeit nach der Konvergenzphase angebracht mit einem echten Preissystem, das auf einer monistischen Finanzierung beruht, mit Wettbewerb durch die Aufgabe des Zwangs zu einheitlichem und gemeinsamen Handeln der gesetzlichen Krankenkassen sowie durch die Beschränkung des Staates auf eine Rahmenplanung.
10. Im Arzneimittelbereich wird die Chance vergeben, eine wettbewerbliche Ausrichtung vorzunehmen. Hier zeigt sich, dass eine einmal in Gang gesetzte Interventionsspirale immer weitere Kreise zieht. Regelungen, die erst Mitte letzten Jahres mit dem Arzneimittelverordnungswirtschaftlichkeitsgesetz in Kraft gesetzt worden sind, werden bereits jetzt wieder geändert, so z. B. die Möglichkeit für Generikahersteller, den Herstellerrabatt bei entsprechenden Preisabsenkungen zu vermeiden. Das alles behindert ein effizientes Leistungsgeschehen. Die Eröffnung von Verhandlungsmöglichkeiten macht nur Sinn, wenn der Markt nicht durch andere gesetzliche Regelungen so überreglementiert ist, dass damit keine ausreichenden Gestaltungsspielräume mehr verbleiben. Die Vielzahl der heute vorhandenen, sich teilweise gegenseitig widersprechenden Instrumente muss durch einfa-

che, transparente Regelungen ersetzt werden. Wer den Wettbewerb bejaht, kann nicht an Importquoten, GKV-Zwangsrabatten und gesetzlich vorgegebenen Fixzuschlägen festhalten. Festbeträge und Höchstbeträge müssen durch flexible Erstattungsmodelle ersetzt werden. Die Konsequenzen aus der auf internationalen Standards basierenden Kosten/Nutzen-Bewertung müssen die einzelnen Krankenkassen für ihre Tarife ziehen können und nicht der Gemeinsame Bundesausschuss, der sich immer mehr zu einer Oberbehörde des medizinischen Leistungsgeschehens entwickelt. Der Vorteil des Marktes ist ja gerade darin zu sehen, dass zahlreiche Suchprozesse in Gang gesetzt werden, bei denen sich gute Ergebnisse durchsetzen und schlechte wieder vom Markt verschwinden.

11. Die private Krankenversicherung wird auf subtile Weise schleichend abgeschafft, obwohl dieses Versicherungsmodell wesentlich besser als das umlagefinanzierte GKV-Modell geeignet ist die Folgen der demografischen Entwicklung zu bewältigen und Generationengerechtigkeit herzustellen. Benötigt wird mehr Kapitaldeckung und nicht weniger wie es durch dieses Gesetz impliziert wird. Erreicht wird die Abschaffung der PKV durch ein Ineinandergreifen diverser Neuregelungen. Der Neuzugang wird beschnitten, indem abhängig Beschäftigte nachweisen müssen, dass ihr Einkommen drei Jahre lang über der Versicherungspflichtgrenze gelegen hat. Der Mindestbeitrag für freiwillig in der GKV-versicherte Selbstständige mit geringem Einkommen wird deutlich abgesenkt und damit die Attraktivität, in der GKV zu verbleiben, deutlich erhöht, indem die anderen GKV-Versicherten den Mindestbeitrag auf einen nicht annähernd kostendeckenden Betrag herunter subventionieren müssen. Das betrifft immerhin 600 000 Selbstständige. Parallel zur Reduzierung des Neuzugangs werden die Bestandsversicherten stärker belastet als bisher, ohne dass dem Leistungsverbesserungen gegenüberstehen. Sie müssen dafür aufkommen, dass PKV-versicherten Wechseln in ein anderes Unternehmen im ersten Halbjahr 2009 die vollen Altersrückstellungen mitgegeben werden müssen, dies aber in den Tarifen bisher nicht einkalkuliert ist. Die Bestandsversicherten müssen zudem für die Belastungen im Basisarbit aufkommen, die sich aus den Kappungsgrenzen bei den Prämien ergeben. Sie haben darüber hinaus die Grundversorgung von Privatversicherten zu finanzieren, die ihre Prämien nicht bezahlen. Der Basisarbit wird teurer als die GKV-Versorgung werden, weil alle Leistungen wie in der GKV erbracht werden müssen, gesetzliche Abschläge z. B. bei den Apotheken jedoch nicht zum Tragen kommen und ein Verhandlungsmandat in weiten Leistungsbereichen nicht zugestanden wird. So dürfen zwar gesetzliche Krankenkassen Festbeträge festsetzen oder mit Arzneimittelherstellern Rabattverträge vereinbaren, nicht aber private Krankenversicherer. Die Verhältnismäßigkeit dieser summierten Mehrbelastungen für die Bestandsversicherten wird von Verfassungsrechtlern bezweifelt. Berechnungen über die aufsummierten Sonderlasten sind bei der verfassungsrechtlichen Bewertung durch die Verfassungsressourcen nicht vorgelegt worden. Dies aber ist für die Prüfung der Verhältnismäßigkeit unerlässlich. Es hätte zudem mildere Mittel gegeben, das Problem der Nichtversicherten zu lösen. Die PKV hatte angeboten, unter bestimmten Bedingungen auch diesen Personenkreis abzusichern, ohne dass hierfür dermaßen stark in die Versicherungsfreiheit hätte eingegriffen werden müssen. Die PKV wird nun in einem Teilbereich ihres Geschäfts mit der GKV gleichgeschaltet. Im Basisarbit verlieren die Unternehmen jegliche Möglichkeit, den Tarif zu gestalten. Sie müssen diesen Einheitstarif mit GKV-Einheitsleistungen anbieten.
12. Im Hilfsmittelbereich ist nicht mehr sichergestellt, dass die Versicherten ihren Leistungsanbieter frei auswählen können. Die Mehrkostenregelung ist nur im Ausnahmefall zulässig. Sie müsste aber zum Regelfall gemacht werden. Ausschreibungen können dazu beitragen, Effizienzreserven zu mobili-

sieren. Sie dürfen – wenn das den Präferenzen der Versicherten entspricht – aber nicht zu einer Zerstörung gewachsener regionaler Versorgungsstrukturen führen.

