## Grundpositionen des Sozialverbands VdK Deutschland e.V.

### beschlossen auf dem 17. Ordentlichen Bundesverbandstag

### vom 13. bis 15. Mai 2014 in Berlin

# Krankenversicherung

SOZIALVERBAND VdK DEUTSCHLAND

# Inhalt


**1 Zur Ausgangssituation** ... 3

**2 Forderungen des Sozialverbands VdK** ... 4

2.1 Leistungskatalog ... 4
2.1.1 Grundsätzliches ... 4
2.1.2 Umsetzung bestehender Rechtsansprüche der Versicherten durch die Krankenkassen ... 4
2.1.3 Heil- und Hilfsmittel ... 5
2.1.4 Krankengeld ... 5
2.1.5 Altersgerechtes Gesundheitssystem ... 5
2.1.5.1 Koordination der Versorgung ... 6
2.1.5.2 Multimorbidität ... 6
2.1.5.3 Hausärztliche Versorgung ... 6
2.1.5.4 Ärztliche und zahnärztliche Versorgung in Pflegeheimen ... 7
2.1.5.5 Rehabilitation ... 7

2.2 Leistungserbringung ... 7
2.2.1 Sicherung der flächendeckenden ärztlichen Versorgung ... 7
2.2.2 Krankenhausplanung ... 8
2.2.3 Überwindung der sektoraler Grenzen ... 8
2.2.4 Barrierefreie Gesundheitsversorgung ... 9

2.3 Patientenorientierung ... 9
2.3.1 Patientenberatung ... 9
2.3.2 Elektronische Gesundheitskarte ... 10
2.3.3 Patientenrechte ... 10
2.3.4 Patientenbeteiligung ... 10
2.3.5 Selbstverwaltung ... 11

2.4 Wettbewerb ... 11

2.5 Finanzierung ... 12
2.5.1 Kassenindividuelle Zusatzbeiträge bei fixiertem Beitragssatz ... 12
2.5.2 Verbesserung der Einnahmesituation der Krankenkassen ... 12
2.5.3 Solidarische Versicherung der Gesamtbevölkerung ... 13
2.5.4 Familienversicherung ... 13
2.5.5 Finanzierung durch Beiträge und Beitragsgerechtigkeit ... 13
2.5.6 Definition der beitragspflichtigen Einnahmen, Beitragsbemessungsgrenze ... 13
2.5.7 Bundesbeteiligung für versicherungsfremde Leistungen ... 14

# 1 Zur Ausgangssituation

Die Gesundheitspolitik der letzten Jahre war durch Leistungsausgrenzungen sowie höhere Belastungen der Versicherten durch Zuzahlungen, Festzuschüsse, kassenindividuelle Zusatzbeiträge und Sonderbeiträge geprägt. Gezielt wurden Ruheständler in der Pflegeversicherung sowie in der Krankenversicherung – hier beschränkt auf Versorgungsbezüge (wie z.B. Betriebsrenten) – durch die Erhebung des vollen Beitragssatzes zur Kasse gebeten.

Diese Maßnahmen dienen der Stabilisierung der Beitragssätze und der Entlastung der Arbeitgeber. Gerade Bezieher niedriger Einkommen und Rentner sind besonders betroffen. Unstreitig ist seit Langem, dass Zuzahlungen nicht dazu führen, dass weniger Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen werden. So ist die Anzahl der Arztkontakte seit Einführung der Praxisgebühr im Jahre 2004 nicht gesunken, sondern lag in Deutschland im OECD-Vergleich im Jahr 2010 mit 8,9 Kontakten nach wie vor über dem Durchschnitt von 6,4 Arztkontakten, der sich im Vergleich der OECD-Länder ergibt. Zu befürchten ist vielmehr, dass die bestehenden Zuzahlungen vor allem schwerer erkrankte Versicherte mit tendenziell niedrigerem Einkommen unverhältnismäßig belasten und dadurch davon abhalten, sich frühzeitig medizinisch behandeln zu lassen. Dadurch verschlechtert sich die Wirksamkeit der Behandlung und macht den Behandlungsprozess im Ergebnis unwirtschaftlicher. Dies hat zur Folge, dass die Versichertengemeinschaft weitergehend belastet wird. Die Abschaffung der Praxisgebühr war daher ein Schritt in die richtige Richtung.

Das im Februar 2013 in Kraft getretene Patientenrechtegesetz beschränkt sich im Kern auf die Kodifizierung des Behandlungsvertrags im Bürgerlichen Gesetzbuch und die Normierung der geltenden Rechtsprechung zur Beweislast im Arzthaftungsprozess. Es erfolgt keine wesentliche Stärkung der Position von Patienten gegenüber Leistungserbringern sowie der kollektiven Patientenbeteiligung.

Das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) hat den allgemeinen paritätisch finanzierten Beitragssatz bei 14,6 % festgesetzt. Der Arbeitgeberanteil bleibt bei 7,3 % gesetzlich festgeschrieben. Die im Rahmen des GKV-Finanzierungsgesetzes vom 22. Dezember 2010 erfolgte Entkopplung der Lohnzusatzkosten von den Gesundheitsausgaben bleibt damit bestehen. Der einkommensunabhängige Zusatzbeitrag und der damit verbundene steuerfinanzierte Sozialausgleich ist abgeschafft worden. Stattdessen können die Krankenkassen einen Zusatzbeitrag als prozentualen Satz von den beitragspflichtigen Einnahmen ihrer Mitglieder erheben.

Trotz der konjunkturellen Risiken in der Euro-Zone und einem deutlich verlangsamten Wirtschaftswachstum bestand für die gesetzlichen Krankenkassen in der vergangenen Legislaturperiode eine gute Finanzgrundlage. In den kommenden Jahrzehnten ist allerdings angesichts der demografischen Entwicklung und des technischen Fortschritts in der Medizin ein spürbarer Ausgabenanstieg unvermeidbar, der mit einem entsprechenden Anstieg auf der Einnahmeseite finanziert werden muss.[1]

[1] Sachverständigenrat, Jahresgutachten 2012/13 S. 354

# 2 Forderungen des Sozialverbands VdK

Die Solidarprinzipien (Gesund für Krank; Jung für Alt bzw. Alt für Jung; Einkommensstärkere für Einkommensschwächere, Singles für Familien) müssen weiterhin die Richtschnur für alle Veränderungen sein. Veränderungen müssen innerhalb des Systems stattfinden. Die demografische Entwicklung erfordert einen gerechten und fairen Solidarausgleich zwischen den Generationen; einseitige Belastungen der älteren Generation sind weder sachgerecht noch sozial und deshalb nicht akzeptabel.

Die Arbeitgeber müssen wieder paritätisch an der Finanzierung beteiligt werden. Hierzu gehört, dass Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeitrag sich wieder parallel entwickeln und die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags abgeschafft wird.

## 2.1 Leistungskatalog

### 2.1.1 Grundsätzliches

Gesundheit darf nicht privatisiert werden. Die ausreichende, altersgerechte und zweckmäßige Gesundheitsversorgung der Bevölkerung muss ohne Einschränkung des Zugangs alle notwendigen, wissenschaftlich begründeten Leistungen gewährleisten. Hierzu ist die Beibehaltung des Sachleistungsprinzips notwendig. Es schützt zudem Patienten vor Überforderungen und finanziellen Vorleistungen.

Eine Ausgrenzung von Leistungen bzw. eine Aufteilung in Grund- und Wahlleistungen widerspricht den oben genannten Prinzipien und ist daher abzulehnen. Dies gilt ebenso für Leistungseinschränkungen durch die restriktive Bewilligung von Leistungen und Bewertung von Diagnostik und Therapie in allen Leistungsbereichen. Dies gilt insbesondere für ärztliche Behandlungsmethoden, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Rehabilitation und Krankengeld.

Bestrebungen von Leistungserbringern, Leistungen auszugrenzen, um diese dann als Privatleistungen anzubieten (zum Beispiel als sog. IGeL Leistungen privat abzurechnen), ist entgegenzutreten.

### 2.1.2 Umsetzung bestehender Rechtsansprüche der Versicherten durch die Krankenkassen

Die Krankenkassen kommen ihrer gesetzlichen Aufklärungs, Informations- und Beratungspflicht nur unzureichend nach. Bestehende Rechtsansprüche werden häufig nicht umgesetzt. Hierzu gehören insbesondere Rechtsansprüche in den Bereichen

- Krankenhausvermeidungspflege,
- geriatrische Rehabilitation,
- Entlassungsmanagement,
- ambulante Rehabilitation und
- Soziotherapie.

**Der Sozialverband VdK fordert, dass sichergestellt wird, dass die Krankenkassen ihren Informations-, Aufklärungs- und Beratungspflichten umfassend nachkommen und bestehende Rechtsansprüche erfüllen. Hierzu muss die Rechtsaufsicht verschärft und Bund und Länder müssen bei Umsetzungsdefiziten zu einer Ersatzvornahme verpflichtet werden.**

### 2.1.3 Heil- und Hilfsmittel

Die Versorgung im Hilfsmittelbereich ist in den letzten Jahren immer komplexer und intransparenter geworden. Das Wunsch- und Wahlrecht ist eingeschränkt und das System von Festbeträgen und Vertragspreisen für den Versicherten kaum noch zu durchschauen. Obwohl der Festbetrag den Anspruch gegenüber der Krankenkasse nicht begrenzt, erhalten Versicherte eine bedarfsgerechte Versorgung oft nicht oder nur gegen Aufzahlung.

Der Sozialverband VdK fordert deshalb, die Heil- und Hilfsmittelversorgung versichertenfreundlicher und transparenter zu gestalten. Ärzte müssen vor unberechtigten Regressforderungen bei Überschreitung ihres Budgets geschützt werden, damit berechtigte Ansprüche auf Heilmittel nicht aus Budgetgründen abgelehnt werden. Bestrebungen, Festbeträge durch Festzuschüsse zu ersetzen, wie sie beim Zahnersatz gelten, tritt der Sozialverband VdK entgegen. Viele Versicherte können sich dann notwendige Hilfsmittel nicht mehr leisten.

Bei der Versorgung mit Heilmitteln gibt es aufgrund der Budgetierung Probleme. Den Sozialverband VdK erreichen immer wieder Beschwerden, dass Ärzte zwar die Notwendigkeit einer Verordnung im Sinne der Heilmittelrichtlinien anerkennen, aber mit Verweis auf das ausgeschöpfte Heilmittelbudget nicht verordnen. Zwar kann der Patient sich einen anderen Arzt suchen, der noch Spielraum im Budget hat, oder sich wegen Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten bei Krankenkassen oder kassenärztlichen Vereinigungen beschweren. Viele finden sich jedoch mit einer solchen Aussage ab. Es kommt somit entweder zu Rationierung oder zu unnötigen Arztkontakten, die wiederum Kosten auslösen und für den Patienten belastend sind.

**Der Sozialverband VdK fordert, die Heilmittelrichtgrößen abzuschaffen. Für Patienten sollte neben der Beratung durch niedergelassene Ärzte eine unabhängige Beratung sichergestellt werden.**

### 2.1.4 Krankengeld

Die Ausgaben für das Krankengeld sind deutlich gestiegen und werden nicht durch den Risikostrukturausgleich ausgeglichen. Die Ausgaben für Krankengeld sind bei den einzelnen Krankenkassen abhängig von den Krankenständen und den Durchschnittseinkommen ihrer Versicherten unterschiedlich. Krankenkassen mit hohen Ausgaben versuchen durch ihr Krankengeldmanagement mit allen Mitteln primär Versicherte aus dem Krankengeldbezug zu drängen, um ihre Situation im Wettbewerb nicht zu verschlechtern.

Der Sozialverband VdK fordert, dass die Aufwendungen der Krankenkassen für Krankengeld vollständig durch den Risikostrukturausgleich ausgeglichen werden, um keine Anreize zu setzen, Kranke aus dem Krankengeldbezug zu drängen.

### 2.1.5 Altersgerechtes Gesundheitssystem

Das Thema Gesundheit und Alter rückt zunehmend in den Blickpunkt. Immer mehr Menschen werden immer älter. Das ist eine erfreuliche Entwicklung, gleichzeitig treten dadurch aber Alterskrankheiten und Pflegebedürftigkeit auch häufiger auf. Wie die gemeinsame Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes, des Deutschen Zentrums für Altersfragen und des Robert-Koch-Instituts zu Gesundheit und Krankheit im Alter zeigt, sind Herz-Kreislauferkrankungen und Ein-

schränkungen des Bewegungsapparates wie Osteoporose, Arthrose in Hüfte, Knie und Fuß sowie Rückenschmerzen die am weitesten verbreiteten Krankheiten im Alter. Unter den psychischen Erkrankungen dominieren die Demenz sowie die Depression. Einschränkungen des Hörens und Sehens treffen einen größeren Teil der älteren Menschen.

Von einer altersgerechten Gesundheitsversorgung ist das deutsche Gesundheitssystem jedoch noch weit entfernt.

Angesichts des engen Zusammenhangs zwischen chronischer Erkrankung, Behinderung und Pflegebedürftigkeit auf der einen sowie Erhalt der Erwerbsfähigkeit, längere Lebensarbeitszeit und Wahrung der Selbstständigkeit auf der anderen Seite, reicht die Bedeutung eines altersgerechten Gesundheitssystems weit über den engen Bereich der medizinischen Versorgung hinaus.

#### 2.1.5.1 Koordination der Versorgung

Eine altersgerechte Gesundheitsversorgung stellt besondere Anforderungen an die Koordination der Versorgung. Hausärztliche, ambulante und stationäre fachärztliche sowie pflegerische Behandlungsleistungen müssen im Rahmen einer interdisziplinären Kooperation mit Angeboten zur Prävention, zur Rehabilitation, zur Arzneimittelversorgung sowie mit Leistungen von sozialen Einrichtungen, der Selbsthilfe und des Ehrenamts sinnvoll verzahnt werden.

Auch die Unterschiede in der Gesundheit und Lebenserwartung innerhalb der Bevölkerung müssen angegangen werden. Arme Menschen müssen nicht nur früher sterben, sondern werden auch Jahre früher schwer krank. Die Lebenserwartung von Männern der höchsten Einkommensgruppe ist 10,8 Jahre höher als die von Männern der niedrigsten Einkommensgruppe, bei Frauen 8,4 Jahre höher. 31 % der Männer und 16 % der Frauen, die armutsgefährdet sind, erreichen gar nicht erst das 65. Lebensjahr.

#### 2.1.5.2 Multimorbidität

Die medizinische Versorgung ist immer noch zu stark nach Krankheiten und Körperteilen gegliedert. Rund zwei Drittel der über 65-Jährigen haben zwei oder mehr chronische Erkrankungen. Leitliniengerechte Versorgung für jede einzelne Erkrankung führt dann zu Übermedikation und unerwünschten Neben- und Wechselwirkungen.

Den Ärzten müssen auf Multimorbidität ausgerichtete Behandlungsleitlinien zur Verfügung gestellt werden. Geriatrische Medizin ist in Deutschland immer noch ein Nischenfach. Es müssen vermehrt Lehrstühle für geriatrische Medizin eingerichtet werden und ihr muss mehr Raum im Medizinstudium eingeräumt werden. Insbesondere Hausärzte müssen auf diesem Gebiet weitergebildet werden.

#### 2.1.5.3 Hausärztliche Versorgung

Dem Hausarzt kommt bei der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen eine große Bedeutung zu. Bei Menschen über 60 gibt es gemäß einer Befragung des Robert-Koch-Instituts faktisch eine primärärztliche Versorgung: Über 90 % suchen bei gesundheitlichen Problemen zuerst den Hausarzt auf. Ältere über 60 haben im Durchschnitt 5 Arztkontakte im Vergleich zu 2,5 bei Jüngeren.

Für ältere, insbesondere hochbetagte Patienten ist der Hausbesuch ein Schlüssel für die Verbesserung der Versorgung. Der Hausbesuch eröffnet vielfältige Möglichkeiten hinsichtlich Diagnostik, Versorgungsdefiziten, Wohnumfeld, Ressourcen und Bedürfnissen sowie insbesondere familienmedizinischen Interventionen (Angehörigenberatung). Daneben ist auch bei Hausbesuchen eine verstärkte Delegation an Mitarbeiter nichtärztlicher Gesundheitsberufe erforderlich.

#### 2.1.5.4 Ärztliche und zahnärztliche Versorgung in Pflegeheimen

Wegen ihrer hohen Morbidität und ihrer eingeschränkten Mobilität und häufig erschwerten Transportfähigkeit haben pflegebedürftige Menschen einen hohen Bedarf an ärztlicher und fachärztlicher Versorgung in ihrer Einrichtung. Dies gilt auch für die zahnmedizinische und zahnprothetische Versorgung, die für eine selbstständige Nahrungsaufnahme von entscheidender Bedeutung ist.

Der Sozialverband VdK begrüßt daher, dass mit dem Pflegeneuausrichtungsgesetz die medizinische Versorgung von Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen nach § 119b SGB V durch Kooperationsverträge zwischen Heimen und niedergelassenen Ärzten verbessert werden soll. Darüber hinaus muss es Pflegeeinrichtungen generell ermöglicht werden, durch angestellte Ärzte die medizinische Versorgung in ihrer Einrichtung sicherzustellen. Diese Ärzte könnten zudem in ihrem räumlichen Umfeld zugleich zu einer besseren ambulanten ärztlichen Versorgung von Pflegebedürftigen beitragen.

#### 2.1.5.5 Rehabilitation

Der Rechtsanspruch auf Rehabilitation muss von den Leistungsträgern umfassend und teilhabeorientiert umgesetzt werden. Hierzu muss insbesondere die Information und Beratung über bestehende Rechte verbessert werden. Für geriatrische Patienten – auch in Pflegeheimen – muss der frühestmögliche Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen sichergestellt werden. Finanzielle Fehlanreize, die die Inanspruchnahme notwendiger Rehabilitationsleistungen be- oder verhindern, müssen durch Bonus- und Ausgleichsysteme ersetzt werden. Die Trennung zwischen Geriatrie im Krankenhaus und Geriatrischer Rehabilitation muss überwunden werden.

## 2.2 Leistungserbringung

### 2.2.1 Sicherung der flächendeckenden ärztlichen Versorgung

Für eine bedarfsgerechte Versorgung ist entscheidend, dass ausreichend Haus- und Fachärzte wohnortnah verfügbar sind. Insbesondere in ländlichen Gebieten droht ein Hausärztemangel. Betroffen sind vor allem Gebiete mit einer schwachen Infrastruktur und einem überdurchschnittlichen Anteil älterer Menschen. Verantwortlich für diesen Trend sind unter anderem das relativ hohe Durchschnittsalter von Hausärzten, die Konzentration in Ballungsgebieten, die steigende Zahl patientenfern oder im Ausland tätiger Ärzte sowie ein größeres Interesse von Ärzten an geregelten Arbeitszeiten.

Der Sozialverband VdK fordert, die vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen vorgeschlagenen Maßnahmen wie Stipendienprogramme und eine verbesserte Aus-, Fort- und Weiterbildung zügig um-

zusetzen. Notwendig ist eine Bedarfsplanung, die sich nicht mehr am Bestand, sondern am tatsächlichen Bedarf orientiert. Hierzu hat die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss ein ausführliches Konzept vorgelegt. Neben Haus- und Fachärzten müssen auch Psychotherapeuten in die Planung einbezogen werden.

Anreize für Ärzte, sich in Regionen mit vielen Privatpatienten niederzulassen, müssen beseitigt werden, indem die Vergütung der Ärzte in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung vereinheitlicht wird.

### 2.2.2 Krankenhausplanung

Die Länder müssen ihren Auftrag für die Krankenhausplanung in Bezug auf den Versorgungsauftrag ernst nehmen. Die entscheidenden Kriterien hierfür sind flächendeckende Versorgung und Qualität und nicht Struktur- und Arbeitsmarktförderung in den Bundesländern.

Der Sozialverband VdK hält es für sachgerecht, Überkapazitäten bei Krankenhäusern abzubauen, indem diese bei Bedarf in ambulante Versorgungszentren oder pflegerische Einrichtungen umgebaut werden.

Missbräuche bei der Privatisierung von Krankenhäusern müssen verhindert werden. Für Krankenhäuser müssen einheitliche Standards, insbesondere in Bezug auf Personalausstattung und tarifvertragliche Regelungen festgelegt werden.

### 2.2.3 Überwindung der sektoralen Grenzen

Ein zentrales Problem des deutschen Gesundheitswesens ist die strenge Trennung zwischen Prävention, ambulanter und stationärer Versorgung, Rehabilitation und Pflege, zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Berufsgruppen. Durch moderne Kooperationsformen über die gesamte medizinische und pflegerische Versorgungskette kann eine ganzheitliche und bedarfsgerechte Patientenversorgung erreicht werden.

Notwendig sind abgestimmte Behandlungs- und Pflegekonzepte zwischen den Kassenärzten, die Patienten vor und nach stationären Behandlungen betreuen, und zwischen Klinik, Reha- und Pflegeeinrichtung unter rein medizinischen und pflegerischen Aspekten. Disease-Management-Programme, die Instrumente der integrierten Versorgung, medizinische Versorgungszentren und eine sektorübergreifende Qualitätssicherung sind geeignet, eine durchgängige Therapie sicherzustellen.

Erfolgreiche Projektergebnisse müssen in die Regelversorgung überführt werden und dürfen nicht nach dem Ende der Projektfinanzierung eingestellt werden.

Der Sozialverband VdK fordert deshalb, die Finanzierung für die integrierte Versorgung dauerhaft zu sichern. Eine Projektevaluation muss nach einheitlichen, die Vergleichbarkeit sicherstellenden Kriterien verpflichtend vorgeschrieben und die Qualitätsergebnisse für die Versicherten transparent gemacht werden.

Der bestehende Rechtsanspruch auf ein sektorenübergreifendes Versorgungsmanagement nach § 11 SGB V muss durch die Leistungserbringer und Krankenkassen auch umgesetzt werden. Insbesondere für chronisch Kranke, behinderte, alte und pflegebedürftige Menschen muss ein nahtloser Übergang von der stationären Akutbehandlung über die Rehabilitation in die ärztliche, fachärztliche und therapeutische sowie pflegerische Anschlussversorgung sichergestellt werden. Alle indi-

viduell notwendigen Versorgungsangebote für alle Phasen einer Erkrankung müssen wohnortnah, gut vernetzt und in ausreichender Dauer zur Verfügung stehen.

### 2.2.4 Barrierefreie Gesundheitsversorgung

Haus- und Facharztpraxen sind häufig nicht barrierefrei. Insbesondere stationäre Einrichtungen wie Krankenhäuser sind für den Umgang mit geistig verwirrten oder dementen Patienten nicht gerüstet. Ärzte müssen verpflichtet werden, komplizierte medizinische Sachverhalte ihren Patienten verständlich zu vermitteln.

Einrichtungen und Angebote der medizinischen Versorgung müssen barrierefrei zugänglich sein. Für die Versorgung von Patienten mit eingeschränkter Alltagskompetenz in Krankenhäusern sind speziell geschulte Pflegekräfte notwendig. Diese Menschen sollten das Recht haben, von einem Angehörigen oder Vertrauten begleitet zu werden.

## 2.3 Patientenorientierung

Das Gesundheitswesen selbst und die darin Handelnden müssen sich an den Wünschen, Erwartungen und der Zufriedenheit von Versicherten und Patienten orientieren. Deren berechtigte Wünsche und Erwartungen müssen der Ausgangspunkt einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung und der Maßstab für die Definition von Über-, Unter- und Fehlversorgung sein. Dies gilt insbesondere für die Bedürfnisse behinderter, älterer sowie sozial benachteiligter Menschen.

Von entscheidender Bedeutung gerade für behinderte und ältere Menschen ist, dass die **Versorgungsziele nicht allein auf die Heilung von Krankheiten beschränkt werden dürfen, sondern ganzheitlich definiert werden** müssen. Zu den zentralen Versorgungszielen aus Sicht von älteren Patientinnen und Patienten gehören: Selbstbestimmung, Erhalt der Selbstständigkeit und die Möglichkeit, Fähigkeiten auch einsetzen zu können, Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft.

Um diese Wünsche und Ziele in die Versorgung einbringen zu können, **müssen die kollektiven und individuellen Rechte der Versicherten und Patienten gestärkt werden.** Dies bedeutet, dass Versicherte und Patienten gesundheitspolitische Entscheidungen auf den verschiedensten Ebenen mitgestalten können und ihr Recht auf Information und Selbstbestimmung in der individuellen Beziehung zwischen Leistungserbringer und Patient gewahrt wird.

### 2.3.1 Patientenberatung

Patienten brauchen leistungsträger- und leistungserbringerunabhängige qualifizierte Information und Beratung, um sich im unübersichtlichen deutschen Gesundheitssystem zurechtzufinden.

Der Sozialverband VdK beteiligt sich deshalb als Trägerorganisation weiterhin an der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD).

Für die Zukunft braucht die UPD eine sichere, langfristige und unabhängige Finanzierung, um nicht nur ihrem Beratungsauftrag, sondern auch ihrer Seismographenfunktion für die Politik Rechnung tragen zu können. Des Weiteren muss das Beratungsnetz ausgeweitet werden.

### 2.3.2 Elektronische Gesundheitskarte

Der Sozialverband VdK befürwortet und unterstützt die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte mit ihrem hohen Nutzenpotential. In ihrer Ausbaustufe als elektronische Patientenakte bietet sie die Chance, die Arznei- und Therapiesicherheit zu verbessern, indem beispielsweise Doppeluntersuchungen vermieden und gefährliche Wechselwirkungen zwischen Medikamenten ausgeschlossen werden.

Aus Sicht des Sozialverbandes VdK ist völlig inakzeptabel, dass die verfügbaren elektronische Gesundheitskarten keinerlei messbaren Zusatznutzen im Vergleich zur bisherigen Krankenversicherungskarte haben.

Der Sozialverband VdK fordert die Regierungskoalition auf, gegenüber den Beteiligten durch verbindliche Regelungen sicherzustellen, dass die Patientenkarte möglichst zügig zu einer elektronischen Patientenakte ausgebaut wird. Bei der Umsetzung ist dem Universal Design Rechnung zu tragen. Für die hochsensiblen Patientendaten muss der Datenschutz sichergestellt sein. Eine Umgehung des Datenschutzes muss durch technische Maßnahmen und durch wirksame Sanktionen verhindert werden.

### 2.3.3 Patientenrechte

Die reine Kodifizierung des Behandlungsvertrages durch das Patientenrechtegesetz ist nicht dazu geeignet, die Rechtsstellung von Patientinnen und Patienten maßgeblich zu verbessern. Hinzu kommt, dass von der Rechtsprechung entwickelte Nebenleistungspflichten aus dem Behandlungsvertrag inhaltlich nur unzulänglich in die Neuregelung übernommen worden sind. Dasselbe gilt für die kodifizierten Beweiserleichterungen.

Außerdem bleibt unklar, ob bisher zugunsten der Patienten entwickelte (höchstrichterliche) Rechtsprechung in der Praxis auch weiterhin Anwendung finden kann, oder ob die neuen Regelungen dies ausschließen. Im Einzelfall könnte hieraus sogar eine Verschlechterung der Rechtsposition von Patienten resultieren.

Erforderlich ist eine differenzierte Kodifizierung der Rechte und Pflichten bei der Erbringung von GKV-Leistungen auf der einen Seite und sog. individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) auf der anderen Seite. Trotz optimierter beweisrechtlicher Regelungen wird es immer wieder vorkommen, dass in Zivilprozessen offen bleibt, ob sich in einem Behandlungsfall ein Gesundheitsrisiko des Patienten oder ein Risiko des ärztlichen Eingriffs verwirklicht hat. Für derartige Fälle muss deshalb ein öffentlicher Fonds geschaffen werden, über den betroffene Patientinnen und Patienten Unterstützungsleistungen erhalten können (sog. Härtefallfonds). Bei der Ausgestaltung muss sichergestellt werden, dass dieser Härtefallfonds nicht aus Patienten- bzw. Versichertengeldern gespeist wird. Auch muss ein Rechtsanspruch der GKV-Versicherten auf eine Unterstützung bei Behandlungsfehlerverdacht durch die Krankenkasse verankert werden.

### 2.3.4 Patientenbeteiligung

Im deutschen Gesundheitswesen folgt die Leistung dem Geld. Wichtige Versorgungsfragen werden durch die Entscheidung über die finanzielle Bewertung von Leistungen entschieden.

Eine Patientenbeteiligung ist aber u.a. bei Rahmen- und Gesamtverträgen (Heilmittel, Arzneimittel), Strukturverträgen (Verträgen zur integrierten Versorgung,

DMP-Verträgen) und insbesondere Vereinbarungen zur finanziellen Bewertung ärztlicher und nichtärztlicher Leistungen auf Bundes- und Landesebene (Bewertungsausschuss) nicht vorgesehen.

Die kollektive Patientenbeteiligung muss in den Entscheidungsgremien des Gesundheitswesens weiter ausgebaut werden. Als ersten Schritt ist der Patientenvertretung ein Stimmrecht in Verfahrensfragen einzuräumen. Zudem sollte die Beteiligung auf den Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung, zu medizinischen Versorgungszentren, zu generalisierenden Rahmenverträgen und auf die Krankenhausplanung ausgedehnt werden.

Patientenvertreter müssen organisatorisch und finanziell vergleichbar mit den Leistungserbringern und ihren Verbänden unterstützt werden. Der Sozialverband VdK fordert, dass die Beteiligungsrechte der Patientenvertretungen für alle Angelegenheiten der Landes-, Zulassungs- und Berufungsausschüsse sowie die Unterstützungsleistungen der Gemeinsamen Landesausschüsse analog zum Gemeinsamen Bundesausschuss geregelt werden.

### 2.3.5 Selbstverwaltung

Die gegenwärtigen rechtlichen Regelungen ermöglichen nicht allen Versichertengruppen und deren Organisationen den fairen Zugang zu den Sozialwahlen, sodass diese in den Selbstverwaltungsgremien nicht adäquat repräsentiert sind. Die Vorschlagsberechtigung ist einseitig arbeitnehmerorientiert und erlaubt nur selbstständigen Arbeitnehmerorganisationen und nicht Sozialverbänden, unter eigenem Namen als Liste anzutreten.

Die paritätische Besetzung der Selbstverwaltungsgremien mit Arbeitgebervertretern ist nicht mehr zeitgemäß, da die Arbeitgeber in den Sozialversicherungszweigen längst nicht mehr paritätisch an der Finanzierung beteiligt sind.

Der Sozialverband VdK fordert deshalb eine Reform der Selbstverwaltung mit dem Ziel, eine breitere Versichertenrepräsentanz zu ermöglichen. Patientenvertreter müssen in allen Selbstverwaltungsgremien einschließlich des MDK vertreten sein, um die Versichertenbank gegenüber den Arbeitgebern zu stärken. Versicherten- und Patientenbeteiligung müssen gleichgewichtig ausgebaut werden.

## 2.4 Wettbewerb

Der Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen muss reguliert und kontrolliert werden. Er ist so zu ordnen, dass er ausschließlich dem Ziel der besseren, d.h. qualitativ hohen und gleichzeitig preiswerten Versorgung und Dienstleistung dient.

Der morbiditätsorientiere Risikostrukturausgleich (mRSA) bevorzugt immer noch Krankenkassen mit vielen jungen, gesunden Versicherten. Der Sozialverband VdK erwartet, dass die Empfehlungen des wissenschaftlichen Beirates, um dieses auszugleichen, nun endlich umgesetzt werden. Dazu gehören spezielle Regelungen für Patienten, die an mehreren Erkrankungen leiden. Der Sachverständigenrat für Gesundheit hat darüber hinaus einen Deprivationsindex vorgeschlagen. Menschen mit niedrigem Bildungsgrad und niedrigem Einkommen sind häufiger krank. Für diese sollen die Kassen mehr Geld erhalten, damit es attraktiv wird auch in Regionen mit hoher Arbeitslosigkeit Gesundheitsprogramme anzubieten.

Selektivverträge haben außerhalb des Heil- und Hilfsmittelbereichs noch nicht an Fahrt aufgenommen. Bisher differenzieren sich die Krankenkassen nicht über die Qualität

der medizinischen Versorgung. Der Sozialverband VdK sieht das Innovationspotential dieser Verträge und gleichzeitig auch die Gefahr für die ländliche Versorgung. Für Patienten, insbesondere für ältere, ist es nicht überschaubar, welche Verträge welche Krankenkasse abgeschlossen hat, um danach die Krankenkasse zu wählen.

Der Sozialverband VdK vertritt die Auffassung, dass der Selektivvertrag als Ergänzung sinnvoll ist, aber den Kollektivvertrag nicht ersetzen kann.

Die Ausweitung des Wettbewerbs auf die Satzungsleistungen hat sich nicht bewährt. Sie sind kein Wechselkriterium. Alte Menschen erfahren häufig erst in der Akutsituation, was ihre Kasse übernimmt und was nicht. Insbesondere in der häuslichen Krankenpflege sollte hauswirtschaftliche Versorgung allen Patienten, die sie benötigen, zur Verfügung stehen.

## 2.5 Finanzierung

### 2.5.1 Kassenindividuelle Zusatzbeiträge bei fixiertem Beitragssatz

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007, das GKV-Finanzierungsgesetz von 2010 und das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) haben nicht die notwendigen Grundlagen für die dringend notwendige Finanzierungsreform der Gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen.

In 2010 hat sich gezeigt, dass die Notwendigkeit, einen Zusatzbeitrag zu erheben, selbst größere Kassen an den Rand des Ruins bringen kann. Die aktuelle positive Finanzsituation darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass zwischen dem stetigen Ausgabenanstieg von jährlich 3,5 % und dem Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen von 1,5 % eine strukturelle Einnahmelücke besteht.

Da der Beitragssatz gesetzlich festgeschrieben ist, sind die Krankenkassen gezwungen, Zusatzbeiträge zu erheben, wenn sie mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht auskommen.

Der Sozialverband VdK **lehnt die Möglichkeit, kassenindividuell Zusatzbeiträge von den Versicherten zu erheben, weiter ab.** Der Beitragssatz in der Krankenversicherung muss wieder so gestaltet werden, dass mit ihm und den Steuerzuschüssen die notwendigen Gesundheitsausgaben vollständig abgedeckt werden. Der Steuerzuschuss muss in einen festen Bundesbeitrag umgewandelt werden.

Die **Arbeitgeber müssen sich wieder paritätisch an der Finanzierung beteiligen.**

### 2.5.2 Verbesserung der Einnahmesituation der Krankenkassen

Zur Sicherung der notwendigen zweckmäßigen Leistungen hält der Sozialverband VdK eine Verbesserung der Finanzierungsgrundlagen für notwendig. Dazu gehören

- die Einbeziehung der gesamten Bevölkerung in das System der gesetzlichen Krankenversicherung,
- die Erweiterung der Bemessungsgrundlagen,
- die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der Rentenversicherung,
- die Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben aus Steuermitteln,
- die Erstattung der notwendigen Kosten für den Krankenschutz von Arbeitslosengeld II-Empfängern durch die Grundsicherungsträger und
- die Absenkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel von 19 auf 7 %.

Damit kann voraussichtlich der Beitragssatz sogar gesenkt werden.

### 2.5.3 Solidarische Versicherung der Gesamtbevölkerung

Die Abgrenzung zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und privater Krankenversicherung ist verteilungspolitisch und unter dem Gesichtspunkt einer einheitlichen Versorgung ungerecht. Zur Sicherung der Gesamtsolidarität sollte die gesamte Bevölkerung im System der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung versicherungspflichtig sein.

Hierzu ist es notwendig, die Versicherungspflichtgrenze aufzuheben und Selbstständige und Beamte in der gesetzlichen Versicherung pflichtzuversichern. Der Sozialverband VdK ist sich darüber im Klaren, dass dies nur im Rahmen von langfristigen Übergangszeiten geschehen kann. Um der in der Übergangszeit weiter bestehenden ungerechten Versichertenstruktur entgegenzuwirken, ist sofort ein Solidarausgleich zwischen privater und gesetzlicher Kranken- und Pflegeversicherung einzuführen.

### 2.5.4 Familienversicherung

Die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten und Kindern im Rahmen der Familienversicherung muss als besondere Form des Solidarausgleichs und zur Entlastung von Familien in der Erziehungsphase beibehalten werden. Familienpolitische Leistungen als besondere Form des Solidarausgleichs sind allerdings eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und sollten deshalb steuerfinanziert werden.

### 2.5.5 Finanzierung durch Beiträge und Beitragsgerechtigkeit

Die Finanzierung sollte weiter überwiegend durch Beiträge erfolgen. Die umlagefinanzierte Krankenversicherung hat sich in Krisenzeiten bewährt. Die aktuelle Finanz- und Wirtschaftskrise hat bewiesen, dass die Kapitaldeckung keine Alternative ist. Die Einführung einer ergänzenden Kapitalfundierung im umlagefinanzierten Kranken- und Pflegeversicherungssystem wird abgelehnt.

Bei der Beitragsgestaltung und den Beitragssätzen ist eine unterschiedliche Behandlung für die Aufbringung von erwerbstätig beschäftigten Versicherten und Ruheständlern nicht sachgerecht. So werden derzeit schon versicherungspflichtige wie freiwillig versicherte Ruheständler mit dem vollen Pflegeversicherungsbeitrag sowohl auf Renten als auch auf Versorgungsbezüge und in der Krankenversicherung mit dem vollen Krankenversicherungsbeitrag auf Versorgungsbezüge belastet. Weitere Belastungen sind deshalb völlig inakzeptabel.

### 2.5.6 Definition der beitragspflichtigen Einnahmen, Beitragsbemessungsgrenze

Zur Sicherung der notwendigen, zweckmäßigen Leistungen entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts hält der Sozialverband VdK eine Verbesserung der Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung für notwendig.

Durch die Lohnbezogenheit der Beiträge hält die Einnahmenentwicklung nicht mit der Ausgabenentwicklung mit. Während die Ausgaben parallel zum BIP steigen, steigen die Einnahmen nur langsam mit den Löhnen. Die gute Beschäftigungssituation hat in den letzten Jahren zu Überschüssen bei den Krankenkassen

geführt. Diese Situation ist aber nicht dauerhaft. Daher sollte jetzt mit langfristigen Reformen begonnen werden.

Im Rahmen seines Gesamtkonzepts und nicht als Einzellösung hält es der Sozialverband VdK für vermittelbar, die Bemessungsgrundlage auf alle Einkommensarten auszudehnen. Für Altersvorsorge muss es wirksame Freibeträge geben. Zusätzlich muss die Beitragsbemessungsgrenze mindestens auf das Niveau der Rentenversicherung erhöht werden. Dadurch würde es insgesamt zu einer Senkung des Beitragssatzes kommen und kleine und mittlere Einkommen würden entlastet.

### 2.5.7 Bundesbeteiligung für versicherungsfremde Leistungen

Nach Schätzung des GKV-Spitzenverbandes lagen die versicherungsfremden Leistungen in 2011 bei ca. 34 Mrd. €. Die Bundesbeteiligung für versicherungsfremde Leistungen wurde mit dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004 eingeführt und seither viermal geändert. Die jährlichen Zahlbeträge wurden je nach der Finanzlage des Bundes oder der GKV reduziert oder wieder erhöht. 2012 wurde die Bundesbeteiligung für die Jahre 2013 und 2014 zur Haushaltskonsolidierung gekürzt.

Im Rahmen einer nachhaltigen Finanzierung der GKV muss die Steuerfinanzierung von versicherungsfremden Leistungen durch den Bund auf eine verlässliche rechtliche Grundlage gestellt werden. Der Griff in die Sozialkassen durch die Politik zur Haushaltssanierung muss gesetzlich ausgeschlossen werden.