

Sehr geehrte Frau Bundesministerin Nina Warken,

nachfolgend nehmen wir zu Ihrem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Beitragsstabilitätsgesetz) Stellung, das morgen im Bundeskabinett verabschiedet werden soll.

Vorweg möchten wir Ihnen einige grundsätzliche Gesichtspunkte darlegen:

- Wir kritisieren deutlich die Nicht-Beteiligung des Bundes über Steuermittel an den versicherungsfremden Leistungen im GKV-System und sehen hier eine deutliche Entsolidarisierung der Gesellschaft insgesamt, die den Beitragszahlern Lasten auferlegt, die sie als Versicherte in einem Solidarsystem nicht allein zu tragen haben. Es wäre gerechter, über Mittel aus dem Bundeshaushalt alle Steuerzahler zu beteiligen und nicht nur die gesetzlich Versicherten und die Arbeitgeber.
- Wir halten die zusätzlichen, hohen Belastungen der Beitragszahler/Versicherten, die laut Referentenentwurf 3,3 Mrd. bis 4,8 Mrd. Euro in den Jahren bis 2030 betragen sollen, für nicht vertretbar. Diese zusätzlich auf die Beitragszahler zukommenden Belastungen sind nicht vereinbar mit dem in den letzten Jahren deutlich gestiegenen durchschnittlichen Zusatzbeitragssatz – bzw. dem individuell zu zahlenden Zusatzbeitrag. Demnach wurden Versicherte bereits in der Vergangenheit stärker in der Minimierung der Deckungslücke in die Verantwortung gezogen als andere Beteiligte des Gesundheitssystems.
- Insgesamt werden Versicherte durch die in dem Entwurf vorgesehenen Regelungen übermäßig belastet. Ganz besonders betroffen von den geplanten Sparmaßnahmen sind davon chronisch erkrankte Menschen.
- Grundlegendes Ziel aller Maßnahmen muss es sein, den auf Behandlung und Versorgung angewiesenen Erkrankten, insbesondere chronisch kranken Menschen, eine auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechende Leistung heute und auch künftig zukommen zu lassen. Dies jedoch wird mit dem vorliegenden Entwurf keinesfalls gewährleistet.
- Auch fehlen in dem Entwurf zeitnahe Evaluationen sowie Pilotierungen von neu eingeführten Maßnahmen bzw. der vorgeschlagenen Kürzungen oder Veränderungen, was wir äußerst kritisch sehen.

Hierzu möchten wir auf einzelne, insbesondere auch für Menschen mit Multiple Sklerose und ähnlichen neurologischen Erkrankungen wesentliche Gesichtspunkte näher eingehen:

Cannabisblüten

Der Referentenentwurf sieht eine Streichung von Cannabis in Form von getrockneten Blüten vor (§ 31 Abs. 6 SGB V). Dies sehen wir kritisch.

Die Grundsätze der evidenzbasierten Medizin und damit die bestehenden Vorgaben der Arzneimittel-Richtlinien erachten wir als maßgeblich und es erscheint uns sinnvoll, hieran festzuhalten. Zugelassene Arzneimittel sehen wir daher ebenfalls als erste Wahl an. Jedoch ist darauf hinzuweisen, dass es einerseits Evidenzlücken gibt und

Therapiesituationen bei MS-Erkrankten vorliegen können, bei denen eine Verordnung von Cannabisblüten unter den geltenden Normen sinnvoll und medizinisch geboten erscheint. Wir verweisen hier auch auf das Urteil des BVerwG vom 6. April 2016 zum Aktenzeichen 3 C 10.14, in dem einem schwer an MS erkrankten Mann aus Mangel an gleich wirksamen und für ihn erschwingliche Therapiealternativen der Eigenanbau erlaubt wurde. Es standen zur Symptombehandlung keine weiteren Optionen mehr zur Verfügung. Bei diesen Therapiesituationen bzw. bei Therapieversagen halten wir die Möglichkeit der Verordnung von Cannabisblüten weiter für sinnvoll und lehnen insoweit eine generelle Streichung zum gegenwärtigen Zeitpunkt ab.

Insoweit verweisen wir auch auf die Begleiterhebung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte aus dem Jahr 2022:

https://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Medizinisches-Cannabis/Begleiterhebung/_node.html

Die in der Behandlungsgruppe Cannabisblüten im Verhältnis vertretene Multiple Sklerose mit 12,5% wird nur selten mit Opioiden als Therapieoption behandelt. Die Häufigkeit spricht für uns für einen relevanten Anteil MS-Erkrankter, die dieser Therapieoption zur Auswahl bedürfen. Die Patienten kommen konform der AM-RL bereits über zugelassene cannabinoidhaltige Arzneimittel, wie Sativex, zur Therapieoption der Cannabisblüten. Die vorherigen Therapien waren nicht ausreichend wirksam bzw. mit nicht tolerierbaren Nebenwirkungen einhergehend. Zusätzlich hat die Begleiterhebung im Vergleich zu Sativex einen Vorteil der Cannabisblüten gezeigt, sie waren u.a. deutlich wirksamer, besser verträglich und erzielten eine höhere Lebensqualität. Darüber hinaus kann die Darreichungsform als inhalative Therapie aufgrund von Wirkeintritt und Wirkstärke symptombedingt bevorzugt werden. Die Behandlung z.B. einschließender Spastik ist mit schnellem Anfluten, einer Wirkung innerhalb von Minuten und nicht zeitlich zu langer Wirksamkeit symptomadäquat. Die Option einer inhalativen Blüten-basierten Therapie sollte daher für MS-Erkrankte so lange erhalten bleiben, bis ausreichend Optionen für inhalative Extrakte mit äquivalenter Wirkung zur Verfügung stehen.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass etwaige Einsparungen durch die Streichung einer Versorgung mit Cannabisblüten als Medizinalcannabis nicht gesehen werden, da zum einen eine Therapienotwendigkeit in diesen speziell gelagerten Anwendungsfällen vorliegt und bei einer Rückführung auf andere Therapien (mit Arzneimitteln) entsprechende Kosten anfallen werden.

Rehabilitation

Die im Referentenentwurf vorgesehene dauerhafte Begrenzung der Vergütungs- und Preisanstiege auf die Grundlohnrate als Obergrenze sowie den zusätzlich vorgesehenen Abschlag von einem Prozentpunkt für die Jahre 2027 bis 2029 wird für zahlreiche Rehabilitationseinrichtungen zu finanziell nicht überwindbaren Hürden führen. Durch die Abschaffung der erst kürzlich eingeführten Tariffinanzierung wird die finanzielle Belastung der bereits angespannten Lage der Rehabilitationseinrichtungen erneut erhöht werden. Dadurch wird es zwangsläufig zu einer weiteren Reduzierung des ohnehin schon knappen Versorgungsangebot für chronisch Kranke kommen. Bereits aktuell übersteigen die Nachfragen bei Reha-Einrichtungen für Menschen mit MS das vorhandene Angebot und es bestehen, wie auch bei anderen Reha-Einrichtungen, bereits jetzt Wartezeiten von mehreren Monaten.

Gerade für MS-Erkrankte ist es sehr wichtig, dass Rehamassnahmen in Kliniken mit nachweisbar hoher Qualitat (mit vorhandenen und geprüften MS-Konzepten) durchgeföhrt werden.

Die vorgesehenen Änderungen in diesem Bereich föhren daher zu Einschränkungen in der Versorgung für Menschen mit MS. Leistungsansprüche der Versicherten, insbesondere auch der MS-Erkrankten, werden massiv eingeschränkt werden und die Durchführung von medizinisch indizierten, notwendigen Rehamassnahmen faktisch oftmals nicht mehr möglich sein. Bei den geplanten Änderungen wird das Ziel der Durchführung von Rehamassnahmen völlig übersehen und die verheerenden Folgen für die betroffenen Menschen völlig außer Acht gelassen.

Die geltenden Prinzipien „Reha vor Rente“ sowie „Reha vor Pflege“, werden mit den vorgesehenen Änderungen insgesamt konterkariert.

Frist zur Reha-Antragstellung

Der Referentenentwurf sieht eine Verkürzung der Frist in § 51 SGB V von zehn auf vier Wochen vor. Diese Verkürzung lehnen wir ab. Die Vorschrift des § 51 SGB V schränkt bereit jetzt das Dispositionsrecht der Versicherten ein und die beabsichtigte Neufassung föhrt zu einer weiteren Einschränkung. Eine Frist von vier Wochen ist deutlich zu kurz bemessen. Antragstellungen nach § 51 SGB V erfordern, dass den Versicherten umfassende Informationen vorliegen, eine vorherige Beratung möglich und Bedenkzeit gegeben sein muss. Die Antragstellung hat für die Versicherten auch unter dem Gesichtspunkt der Folgewirkungen für den Krankengeldanspruch nach § 51 Abs. 3 SGB V und der Möglichkeiten einer Umdeutung durch die Krankenkassen erhebliche Bedeutung und Folgewirkungen, so dass hier ausreichende Zeit eingeräumt bleiben muss. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die betroffenen Personen oftmals einer Erwerbstätigkeit nachgehen und zudem gesundheitliche Beeinträchtigungen vorliegen, die eine ausreichende Bedenkzeit erforderlich machen. Dies gilt auch und gerade für Menschen mit MS. Wir fordern daher die Beibehaltung der bestehenden Frist.

Familienversicherung

Soweit der Referentenentwurf die Einführung eines Beitragszuschlags nach §§ 3,10,242b SGB V vorsieht und insoweit nur sehr begrenzte Ausnahmen vorgesehen sind, lehnen wir dies ab.

Zum einen sehen wir bereits unter sozialstaatlichen Gesichtspunkten es als vorrangige Verpflichtung des Bundes an, hier etwaige Zuschüsse zu leisten. Eine Inanspruchnahme der Versicherten und ihrer Familien scheidet bereit vor diesem Hintergrund aus.

Jedenfalls erachten wir eine differenziertere Gestaltung für erforderlich. Die pauschale Heranziehung mit geringen Ausnahmen lehnen wir ab. Insbesondere schwerbehinderte Menschen und Menschen, die unter die Chroniker-Regelung nach § 62 SGB V fallen, sind ebenso wie sämtliche pflegende Angehörige (unabhängig vom Pflegegrad) zu berücksichtigen und ohne Zuschlag beitragsfrei zu versichern. Dies muss ebenfalls für Erwerbsminderungsrentner gelten. Für diese Personen sind ebenfalls

Ausnahmeregelungen vorzusehen. Auch ist die vorgesehene Altersgrenze für Kinder zu erhöhen, da die Betreuungszeiten auch im Schulalter erhebliche Belastungen für die betreuenden Elternteile bedeuten und ein durchgehendes Betreuungsangebot bundesweit nicht vorhanden ist.

•

Krankengeld

Die vorgesehene Kürzung der maximalen Bezugsdauer von Krankengeld auf maximal 78 Wochen lehnen wir ebenso wie die Kürzung der Höhe des Krankengeldes ab. Beide Kürzungen führen zu einseitigen Belastungen von erkrankten Personen. Gerade Menschen mit chronischen Erkrankungen, die mit Schüben einhergehen, wie dies bei der MS der Fall ist, sind von diesen Neuregelungen erheblich betroffen. Die vorgesehenen Kürzungen führen zu einer einseitigen Belastung dieses Personenkreises. Dabei wird verkannt, dass es sich bei dem Krankengeld um existenzsichernde Leistung handelt. Eine Kürzung in der Höhe und der Bezugsdauer führt zu weiteren und weitreichenden finanziellen Folgen dieses bereits sehr belasteten Personenkreises. Die beabsichtigten Kürzungen werden bereits bestehende finanzielle Notlagen weiter verstärken und zu weiteren Unsicherheiten und psychischen Belastungen führen. Wir fordern daher die Beibehaltung der bisherigen Regelung.

Einführung Teil-Krankengeld und Teil-Arbeitsunfähigkeit

Die Einführung eines Teilkrankengeldes/einer teilweisen Arbeitsunfähigkeit nach §§ 44c, 44d SGB V kann grundsätzlich zwar als Chance für Menschen mit MS und ähnlichen neurologischen Erkrankungen angesehen werden.

Die im Entwurf vorgesehenen Vorschriften sind jedoch nicht ausreichend und lassen mehr Gefahren als Chancen erkennen. Insbesondere ist zu bemängeln, dass der Arbeitgeber den Wunsch des Versicherten nach § 44c Abs.1 Nr. 3 SGB V ohne jede Begründung ablehnen kann und es zudem keinerlei Pflicht für ihn gibt, über eine Anpassung des Arbeitsplatzes nachzudenken (vgl. § 44 c Abs.3 SGB V), da ein entsprechender Anspruch des Versicherten insoweit nicht besteht.

Ebenfalls sehen wir die erhebliche Gefahr, dass die Einführung zu erheblichem Druck für die Arbeitnehmer führen kann, frühzeitig teilweise ihrer Arbeit nachzugehen, obwohl sie aufgrund ihrer Erkrankung tatsächlich vollständig arbeitsunfähig sind. Es sind keinerlei hinreichenden Schutzmechanismen vorgesehen. Der potenzielle Druck kann zudem zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes beitragen.

Kritisch sind auch die vorgesehenen Fristen und Verwaltungsabläufe zu sehen. Es besteht aufgrund zahlreicher Unsicherheiten im Rahmen dieser Neuregelungen die Gefahr, dass es zu zahlreichen Unklarheiten und Streitigkeiten kommen wird.

Die im Begründungstext des Referentenentwurfes erwähnte IGES-Studie aus dem Jahr 2018 zur Inanspruchnahme der Möglichkeit von Teilarbeitsfähigkeit und Teilkrankengeld in den skandinavischen Ländern stellt deutlich dar, dass das Teil-Krankengeld dort mit sehr viel stärkeren Rechten und Pflichten für alle Seiten verbunden ist und der Erfolg zusätzlich insbesondere auf höheren Koordinationsleistungen der Kassen beruht.

Auch werden Diskriminierungs- und Beteiligungsprobleme nicht gelöst. Ferner ist die Einführung solcher Neuregelungen ohne vorherige Pilotierung ungewöhnlich. Wir halten eine Einführung ohne vorherige Pilotierung für nicht sinnvoll und wir fordern die Einführung einer begleitenden verpflichtenden Evaluierung.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass die Ärzte regelmäßig nicht über konkreten Informationen hinsichtlich der Arbeitsplatzbedingungen verfügen und wir daher die Beurteilung nach § 44 c Abs.1 Nr. 2 SGB V kritisch sehen.

Kritisch sehen wir zudem den bürokratischen Aufwand, der mit den vorgesehenen Neuregelungen einhergehen wird. Es ist mit zahlreichen Verwaltungsverfahren und Rechtsstreitigkeiten zu rechnen.

Wir fordern daher insgesamt eine dem skandinavischen Recht angepasste Überarbeitung der Regelungen inklusive einer vorherigen Pilotierung und einer zeitnahen Evaluation.

Zuzahlungen

Der Referentenentwurf sieht zahlreiche Erhöhungen bei Zuzahlungen für Versicherte vor. Neben der Erhöhung der Zuzahlungen auf 10 Euro bzw. 15 Euro sollen auch die Zuzahlungen für Verordnungen der häuslichen Krankenpflege und AKI erheblich steigen. Dies stellt eine weitere, einseitige Belastung für erkrankte Menschen dar. Dieser Personenkreis ist bereits erheblich belastet und wird durch die vorgesehenen Erhöhungen einseitig weiter belastet.

Gleichzeitig sieht der Entwurf zahlreiche Kürzungen vor (so z.B. beim Festzuschuss für Zahnersatz und Leistungen bei kieferorthopädischer Behandlung) und führt Festbetragsregelungen bei Hilfsmitteln sowie Heilmitteln ein.

Hinsichtlich der Neueinführung der Festbetragsregelung sehen wir die erhebliche Gefahr, dass dies dazu führen wird, dass der Leistungsanspruch eingeschränkt wird und Versicherte für erforderliche und individuell passgenaue Hilfsmittel weitere Eigenanteile zu leisten haben. Insgesamt wird der Personenkreis der MS-Erkrankten daher durch höhere Zuzahlungen, Kürzungen und zusätzliche Eigenbeteiligungen für Hilfsmittel außerordentlich belastet werden. Dies wiederum wird dazu führen, dass die Versorgung schlechter wird und es ist damit zu rechnen, dass die Betroffenen es sich schlichtweg nicht mehr leisten können, medizinisch notwendige Leistungen in Anspruch zu nehmen. Die hiermit einhergehenden Auswirkungen auf den Gesundheitszustand sind weder auf kurze noch auf lange Sicht abschätzbar und wird insgesamt nicht hinreichend berücksichtigt.

Soweit die Besonderheiten der Zuzahlungsregelungen für chronisch Erkrankte nach § 62 SGB V erhalten bleiben sollen, ist darauf hinzuweisen, dass für chronisch erkrankte Menschen aufgrund ihrer Erkrankung zahlreiche Zusatzkosten entstehen, die insoweit dort nicht berücksichtigt werden, da nur gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlungen im Rahmen der Belastungsgrenze maßgeblich sind. Es verbleibt daher ohnehin bei erheblichen finanziellen Belastungen für diesen Personenkreis. Ferner ist die Inanspruchnahme der Chroniker-Regelung sehr komplex und geht mit einem sehr hohen Bürokratieaufwand schon jetzt einher.

Wir lehnen daher eine weitere Erhöhung von Zuzahlungen ab.

Wir hatten hier bereits im Hinblick auf die Bundestagswahl Forderungen formuliert, die weiterhin gelten (aus „DMSG-Forderungen zur Bundestagswahl“):

„Mit Zuzahlungen werden Versicherte belastet, die Leistungen der Krankenversicherung in Anspruch nehmen. Zudem haben sie nachweislich (Studien bzgl. Praxisgebühr) keine leistungssteuernden Effekte. Damit ist ihre wesentliche Funktion die finanzielle Beteiligung der einzelnen Versicherten an den von ihnen „verursachten“

Gesundheitskosten. Dies muss aus unserer Sicht durch andere Instrumente, gleichverteilt aller Beteiligten, erfolgen. Wir halten die Erhöhung zudem für Kosten treibend und bürokratisch aufwändig, weil jährliche Anpassungen in den Abrechnungssystemen aller Leistungserbringer, die die Zuzahlungsbeträge berücksichtigen müssen, erforderlich sind, bei in der Folge nur geringen zusätzlichen Mehreinnahmen.“

Schließlich vermissen wir eine stärkere Beteiligung der gesetzlichen Krankenversicherungen an den Effizienzsteigerungs- und Einsparmaßnahmen. Der neue § 4a SGBV sieht eine Höchstgrenze von 0,075 % der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze nach SGB IV für Werbemaßnahmen der GKV vor, was wir für unangemessen halten.

Dies entspricht einem Betrag von rund 462 Mio. Euro im Jahr 2026 (Stand 2020 = 195 Mio. Euro

laut www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/KG1_2022.pdf).

Zum einen ist die höhere Beitragsbemessungsgrenze nach SGB IV sachfremd. Zum anderen, weil in einem solidarischen Versicherungssystem die Abwerbung von „guten“ Risiken innerhalb der Versicherungsgemeinschaft nicht zu Lasten der Leistungen der Versicherten gehen darf. Zudem hat bereits der Bundesrechnungshof in einem seiner Berichte festgestellt, dass es hauptsächlich um einen Wettbewerb um Mitglieder geht und das Ziel aus Abs. 1 der Vorschrift, die Wirtschaftlichkeit zu verbessern, nicht verfolgt wird. Daher sollte der den gesetzlichen Krankenkassen zugestandene Betrag deutlich reduziert und eingefroren werden, z.B. auf dem Stand des Jahres 2020. Der Bundesrechnungshof sollte hierüber regelmäßig Bericht erstatten. Bei Verstößen sollte dies zu einem Malus führen.

Zudem halten wir es für notwendig, dass weitere Effizienzsteigerungsmaßnahmen zur Senkung des durchschnittlichen Zusatzbeitrages als Anreizsystem in den Entwurf aufgenommen werden, so z. B. dass ein höherer Zusatzbeitrag als der durchschnittliche Zusatzbeitrag aller gesetzlichen Krankenkassen im Folgejahr zu einem Abschlag der aus dem Gesundheitsfonds zuzuführenden Mittel für eine Krankenkasse führt. Nur durch finanzielle Anreize sehen wir ausreichend Gewähr dafür, dass die Effizienz auch innerhalb der Krankenkassen als Verwaltungen weiter gesteigert wird.

Abschließend möchte ich darauf hinweisen, dass die kurze Beteiligungsfrist für die Verbände keine gute demokratische Praxis ist, vielfach auch von Ihrer Fraktion gegenüber der Vorgängerregierung kritisiert wurde - insbesondere in den Zeiten der Corona-Pandemie - und dies nun von Ihnen und Ihrem Haus ohne Vorliegen solcher Dringlichkeitsgründe weitergeführt wird.

Wir erlauben uns, diese Ablehnungsgründe für den von Ihnen vorgebrachten Entwurf auch Herrn Bundeskanzler Friedrich Merz sowie Herrn Bundesfinanzminister Lars Klingbeil mitzuteilen.

Mit freundlichen Grüßen