



Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V, BAG SELBSTHILFE

zum

1. Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) (BT-Drs. 16/3100).
2. Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Stärkung der Solidarität und Ausbau des Wettbewerbs – für eine leistungsfähige Krankenversicherung (BT-Dr. 16/1928).
3. Antrag der Fraktion der FDP „Für Nachhaltigkeit, Transparenz, Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen“ (BT-Dr. 16/1997).
4. Antrag der Fraktion DIE LINKE „Dem Gesundheitswesen eine stabile Finanzierungsgrundlage geben“ (BT-Drs. 16/3096).

Anhörungen am 06.11., 08.11, 13.11 und 14.11.2006 des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestages.

A. Stellungnahme zum Entwurf des GKV-WSG

I. Allgemeine Einschätzung des Gesetzentwurfs

1. Der Gesetzentwurf enthält nur punktuell Regelungen, die zu einer qualitativen Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen führen können. Auch hinsichtlich der Versorgungsstrukturen enthält der Gesetzentwurf **nur vereinzelt Verbesserungen für chronisch kranke und behinderte Menschen.**

Es fehlt nach wie vor an einer grundlegenden Neuausrichtung des Gesundheitswesens, weg von der primären Orientierung an der akutmedizinischen Behandlung und hin zu einer stärkeren sektorübergreifenden Ausrichtung auf die spezifischen Belange chronisch kranker und behinderter Menschen.

Ausbaubedürftig ist auch nach wie vor die stärkere Patientenorientierung im gesamten Gesundheitswesen. Hier bleibt der Gesetzentwurf weit hinter den Vorgaben des Koalitionsvertrages der Regierungsparteien zurück, wo noch ein Ausbau der Patientenbeteiligung und eine Weiterentwicklung der Patientenrechte als klare Ziele festgelegt sind.

2. Zu begrüßen ist andererseits, dass der Irrweg von breitflächigen Leistungsausgrenzungen, wie er noch im Rahmen der Gesundheitsreform 2003 beschritten wurde, mit dem vorliegenden Gesetzentwurf verlassen wurde, und dass sogar – insbesondere im Bereich der Rehabilitation – einige weitere Leistungsbereiche für die gesetzliche Krankenversicherung erschlossen werden.
3. Hinsichtlich der **Finanzierung** der gesetzlichen Krankenkassen gibt der Gesetzentwurf Anlass zur Sorge. Einerseits sollen nur wenige neue Finanzierungsgrundlagen, wie bspw. beschränkte Steuerzuschüsse, erschlossen werden, und auch die private Krankenversicherung wird unverständlicherweise nicht hinreichend mit einem Solidaranteil zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung herangezogen.

Andererseits drohen weitere Belastungen für die ohnehin schon über Gebühr belasteten Patientinnen und Patienten. So wird die Belastungsgrenze des § 62 SGB V für Zuzahlungen mit weiteren Restriktionen versehen als dies ohnehin schon der Fall ist. Überdies ist im Gesetzentwurf in keiner Weise vorgesehen, dass die bestehenden Härten hinsichtlich der Belastungsgrenze, wie bspw. Nichteinbeziehung der Kosten für nichtverschreibungspflichtige Medikamente, entschärft werden sollen.

Besonders kritikwürdig ist aber die geplante Einführung eines „**Zusatzbeitrages**“ von bis zu einem Prozent des Einkommens der Versicherten, der neben den regulären Beitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung und neben den Zuzahlungen, Aufzählungen, Praxisgebühren, Eigenanteilen, etc. noch geleistet werden soll. (§ 242 SGB V)

Gerade chronisch kranke und behinderte Menschen würden hiervon besonders hart betroffen sein, da bei Ihnen all die genannten Belastungen häufig kumulativ auftreten. Außerdem sind diese Patienten - gerade unter dem Regime zunehmender Einzelverträge zwischen Kassen und Leistungserbringern - in der Regel gehindert, einfach zu einer Kasse mit einem geringeren Zusatzbetrag zu wechseln. Mit einem solchen Kassenwechsel würde

dann nämlich in der Regel auch der Zugang zu den jeweiligen Leistungserbringern, mit denen von der bisherigen Kasse Einzelverträge geschlossen wurden, verloren gehen. Völlig unverständlich ist die Sonderregelung für Menschen mit einem Einkommen von weniger als €800 im Monat, bei denen der Zusatzbeitrag sogar ein Prozent des Monateinkommens übersteigen darf, während einkommensstärkere Personen den Härtefall-schutz der Ein-Prozent-Klausel für sich in Anspruch nehmen dürfen. (8 Euro-Regelung). Eine solche Regelung ist in geradezu absurder Weise unsolidarisch und dürfte als verfassungswidrig einzustufen sein.

Zu kritisieren ist ferner, dass mit der Deckelung der Arbeitgeberbeiträge der Grundsatz der paritätischen Finanzierung der Krankenversicherung ohne Not aufgegeben werden soll.

4. Der Gesetzentwurf sieht **keine nennenswerte Verbesserung der Transparenz im Leistungsgeschehen** für die Versicherten vor. Ganz generell ist zu kritisieren, dass der Gesetzentwurf an vielen Stellen, wie bspw. bei den Arzneimittelrabattverträgen, die künftig von den pharmazeutischen Unternehmen nicht nur mit den Krankenkassen, sondern auch mit einzelnen Apotheken abgeschlossen werden können, eine für die Patientinnen und Patienten sehr unübersichtliche Wettbewerbsstruktur vorsieht. Andererseits fehlt eine angemessene Stärkung der Patientenberatung und –unterstützung. Auch strukturell fehlen im Gesetzentwurf Vorgaben für eine entscheidende Verbesserung der Transparenz im Gesundheitswesen.

Die hierdurch wohl noch verstärkte Unübersichtlichkeit des Leistungsgeschehens wird vor allem chronisch kranke und behinderte Menschen belasten und gerade diese Patientengruppe an einer mündigen Mitgestaltung am Leistungsgeschehen mehr und mehr hindern.

Solange es jedenfalls bei der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen bei der bestehenden Intransparenz des Leistungsgeschehens bleibt, und solange es erwie-sermaßen in großem Umfang zu Fehlsteuerungen kommt, die bei vielen Menschen unnötiges Leid verursachen, die aber auch zu enormen Ressourcenverschwendungen führen, besteht aus Sicht der BAG SELBSTHILFE kein Anlass die Versicherten nun noch mit weiteren finanziellen Belastungen in Form von Zusatzbeträgen zu überziehen.

Insgesamt ist daher kritisch festzuhalten, dass der Gesetzentwurf kaum Maßnahmen vor-sieht, die zu einer effizienteren Ressourcenverwendung im Gesundheitssystem führen, dass aber andererseits die Versicherten neben den Beiträgen zur gesetzlichen Krankenver-sicherung, neben Zuzahlungen, Aufzahlungen, Praxisgebühren, Eigenanteilen, etc. nun auch noch mit einem erheblichen Zusatzbetrag in Höhe von bis zu einem Prozent des Ein-kommens bzw. von 8 Euro pro Monat belastet werden sollen.

5. Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist es eine richtige Entscheidung der Bundesregie-rung, den sog. **Gesundheitsfonds** zum jetzigen Zeitpunkt nicht einzuführen. Auch eine künftige Einführung des Fonds ist aber mit Skepsis zu betrachten.

In struktureller Hinsicht dürfte der Fonds ohnehin nur Bedeutung als noch offene Wei-chenstellung für eine Weichenstellung für eine künftig anders zusammengesetzte Bundes-regierung haben:

Während eine künftig allein von der CDU/CSU bestimmte Bundesregierung hiermit das Modell der Kopfpauschale über das Vehikel des „Zusatzbetrages“ besser realisieren könn-

te, könnte eine allein von der SPD bestimmte Bundesregierung im Sinne der Bürgerversicherung zusätzliche Einkommensarten und Steuern besser in das System einspeisen.

6. Wie sich der im Gesetzentwurf vorgesehene **Umbau der Kassenlandschaft** so wie der gemeinsamen Selbstverwaltung auf das Versorgungsgeschehen auswirken wird, lässt sich jetzt noch nicht abschätzen. Es ist jedoch zu befürchten, dass durch den wachsenden Kostendruck bei den Krankenkassen künftig freiwillige Leistungen gar nicht mehr und Ermessensleistungen nur noch einschränkt gewährt werden. Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist es daher angezeigt, dass im Rahmen des Reformvorhabens auch im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen, die meisten „Kann-“ und „Soll“-Leistungen in „Muss“-Leistungen überführt werden. Der angesprochene Kostendruck bei den Krankenkassen wird durch die geplante Einführung der Möglichkeit von Selbstbehalten für gesunde Versicherte noch verschärft. (§ 53 SGB V) Die BAG SELBSTHILFE lehnt die Einführung solcher Selbstbehalte ab, da hierdurch in unsolidarischer Art und Weise den Kassen weitere finanzielle Ressourcen entzogen würden.

Auch die **faktische Aufhebung der Bedarfsplanung** für die Vertragsärzteschaft in Verbindung mit einer höchst heterogenen Vertragslandschaft birgt aus Sicht der BAG SELBSTHILFE große Risiken für die Bedarfsgerechtigkeit der künftigen ärztlichen Versorgung.

7. Zu begrüßen ist, dass mit § 20 c SGB V im Gesetzentwurf eine tragfähige Neuregelung zur **Selbsthilfeförderung** vorgesehen ist, die jedoch unbedingt noch um Regelungen zur Schaffung von Fördertransparenz der gesetzlichen Krankenkassen ergänzt werden muss.
8. Was die **Patientenbeteiligung im Gesundheitswesen** anbelangt, so ist kritisch zu sehen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Strukturen gestrafft wird, dass die Seite der Kassen und Leistungserbringer professionalisiert wird, dass aber im Rahmen der Patientenbeteiligung keine Verbesserungen im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehen sind. Dies würde zu einer strukturellen Verschlechterung der Mitberatungsmöglichkeiten der Patientenseite führen. Daher bedarf es dringend einer Unterstützungsstruktur für die ehrenamtlichen Patientenvertreter beim Gemeinsamen Bundesausschuss in Form einer Stabsstelle und eines Haushaltstitels für Schulungs- und Unterstützungsmaßnahmen.

I. Zu den vom Gesetzentwurf betroffenen Themen ist im Einzelnen Folgendes auszuführen:

1. **Versicherungsrecht – Leistungsrecht (Anhörung am 06.11.2006)**

a) **Leistungskatalog und Zuzahlungen**

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt, dass im Gesetzentwurf zur Gesundheitsreform die weitgehende Beibehaltung des Leistungskataloges vorgesehen ist, und dass zusätzliche Leistungen im Bereich Rehabilitation, Palliativversorgung und Impfungen vorgesehen sind. (§§ 37 b, 40 Abs. 2, 40 a SGB V) Gerade hinsichtlich des Anspruchs auf Rehabilitation sollte allerdings die Beschränkung auf die geriatrische Rehabilitation aufgegeben werden.

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE zu kritisieren ist, dass die bereits erfolgten Leistungseinschränkungen im Rahmen der Gesundheitsreform 2003 nicht zurückgenommen wurden, obwohl die Versorgungspraxis gezeigt hat, dass diese Leistungseinschränkungen zu ganz erheblichen Härten bei den betroffenen Patientinnen und Patienten führen. Zumindest die Einführung von Härtefallregelungen hinsichtlich der Erstattungsfähigkeit von Sehhilfen und von nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimitteln wäre aus Sicht der BAG SELBSTHILFE zwingend angezeigt.

Im Gesetzentwurf der Gesundheitsreform ist ferner vorgesehen, dass es zu Leistungseinschränkungen bei selbst verschuldeten Komplikationen, wie Schönheitsoperationen und Piercing kommen soll. Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE mögen die explizit angeführten Beispiele im Gesetzentwurf hierzu nachvollziehbar sein. Zu befürchten ist jedoch, dass die Definition der nicht indizierten Behandlungen nicht hinreichend konkretisiert ist. Letztlich könnte die vorgesehene Regelung somit zu einer unangemessenen Leistungseinschränkung führen. (§ 52 Abs. 2 SGB V)

Mit Nachdruck zu kritisieren ist, dass im Gesetzentwurf vorgesehen ist, dass die Härtefall des § 62 SGB V von der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen nach § 25 SGB V und von „therapiegerechtem Verhalten“ abhängig zu machen. Dies ist aus Sicht der BAG SELBSTHILFE in vielerlei Hinsicht abzulehnen. Zum einen ist darauf hinzuweisen, dass sich gerade diese Definition im Versorgungsalltag bewährt hat und daher nicht verändert werden sollte. Im Gegenteil ist festzuhalten, dass schon die bestehende Regelung des § 62 SGB V in vielen Fällen zu ungemessenen Härten führt, und dass verschiedene Erhebungen ergeben haben, dass eine soziale Schieflage bei der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen durch die unangemessene Ausgestaltung der Härtefallregelung entstanden ist. Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist § 62 SGB V daher nicht weiter einzuschränken, sondern allenfalls noch weiter auszuweiten, vor allem im Hinblick auf die Kosten, die durch nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel entstehen.

Der Begriff des „therapiegerechten Verhaltens“ in § 62 Abs. 1 Satz 3 SGB V nF ist viel zu vage formuliert. Es ist zu befürchten, dass die genaue Definition der Mitwirkungspflichten letztlich zu einer willkürlichen Ausgrenzung führen könnte.

b) Erweiterung der Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten für Versicherte.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Einführung von fakultativen Selbstbehalten wird von der BAG SELBSTHILFE abgelehnt, da hierin eine Entsolidarisierung der Versicherten zu Lasten der behinderten und chronisch kranken Menschen zu sehen ist (§ 53 SGB V).

Zu begrüßen ist, dass die Wahlmöglichkeiten zwischen den Versicherungssystemen PKV und GKV erweitert werden sollen.

Das Recht auf freie Arztwahl wird aus Sicht der BAG SELBSTHILFE durch das im Gesetzentwurf vorgesehene Einzelvertragssystem dadurch bedroht, dass der Patient teilweise mit Aufzahlungsverpflichtungen konfrontiert werden soll, wenn er vertragsfremde Ärzte konsultieren will.

Ferner wird die gesetzlich vorgesehene Wahlfreiheit häufig in der Praxis durch entgegenstehende Fakten zunichte gemacht. So existieren bspw. viel zu wenige barrierefreie Arztpraxen, weshalb die freie Arztwahl gerade für behinderte Menschen in vielen Fällen gravierend eingeschränkt ist. Ferner ist zu berücksichtigen, dass die Einführung von Einzelverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern u.U. gerade zu einer Einschränkung der freien Arztwahl bzw. der freien Wahl einer stationären Einrichtung führen wird. Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE muss ein Patient, der auf die Behandlung eines spezialisierten Arztes oder einer spezialisierten stationären Einrichtung angewiesen ist, nach wie vor Zugang zu dieser Behandlung erhalten, auch wenn seine Krankenkasse im Einzelfall keinen Einzelvertrag mit diesem Arzt bzw. der stationären Einrichtung geschlossen hat.

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist es befremdlich, dass im Gesetzentwurf vorgesehen ist eine Ausweitung der Möglichkeiten zur Kostenerstattung einzuführen (§ 53 Abs. 4 SGB V). Die Praxis des Versorgungsgeschehens seit in Krafttreten der letzten Gesundheitsreform hat nämlich gezeigt, dass eine Ausweitung der Kostenerstattung von den Versicherten gerade nicht gewünscht wird, da hiermit erhebliche Finanzierungsrisiken im Einzelfall verbunden sind. Daher handelt es sich bei einer Ausweitung der Möglichkeiten der Wahl der Kostenerstattung nicht um eine Zielsetzung die den Patientinnen und Patienten zwingend entgegenkommt.

Besonders kritikwürdig ist, dass die Beratungspflicht der Krankenkassen vor der Wahl der Kostenerstattung im Gesetzentwurf aufgehoben wurde. Hier soll offenbar der Boden dafür bereitet werden, dass Patienten künftig noch besser durch die Wahl der Kostenerstattung über den Tisch gezogen werden können. (§ 13 Abs. 2 SGB V)

c) Schnittstellen zwischen Akutversorgung, Reha und Pflege

Zu begrüßen ist, dass der Haushaltsbegriff in der häuslichen Pflege künftig so gestaltet werden soll, dass die Krankenpflege auch in betreutem Wohnen und in Ausnahmefäl-

len (z.B. Wachkoma, Beatmung) in Heimen möglich sein wird. (§ 37 Abs. 2 SGB V). Gerade im Bereich der häuslichen Kinderkrankenpflege wäre es jedoch erforderlich, allgemein vom Lebensraum des Kindes und nicht vom Häuslichkeitsbegriff auszugehen. Ferner ist zu begrüßen, dass im Rahmen des Entlassungsmanagements Übergangsweise auch Leistungen der häuslichen Pflege unabhängig vom Aufenthaltsort möglich sein sollen.

Mit Nachdruck abzulehnen ist jedoch, dass die Behandlungspflege teilweise der Pflegeversicherung zugeordnet werden soll (§ 37 Abs. 6 SGB V). Dies wird zu einer Auszehrung der Leistungen der Pflegeversicherung führen. Ferner wird dies zu absolut unzumutbaren Härten bei der Pflege von Menschen mit hohem Behandlungspflegebedarf führen. Stattdessen ist ein Wahlrecht der Versicherten zu fordern, ob Verrichtungen der medizinischen Behandlungspflege von der gesetzlichen Krankenversicherung oder von der Pflegeversicherung getragen werden. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Unterscheidung zwischen Grund- und Behandlungspflege in pflegewissenschaftlicher Hinsicht völlig abwegig ist. Es handelt sich stattdessen um einen rein juristischen Begriff, der letztlich nur an den verschiedenen Rechtsfolgen dem SGB IX und dem SGB V orientiert werden sollte. Aus Sicht Patientinnen und Patienten besteht der Vorteil einer Zurechnung der medizinischen Behandlungspflege in der gesetzlichen Krankenversicherung darin, dass die Kostendeckelung bei der Pflegeversicherung entfällt. Andererseits besteht der Vorteil einer Zurechnung in der Pflegeversicherung darin, dass die entsprechenden Pflegezeiten bei der Einstufung in die verschiedenen Pflegestufen berücksichtigt werden könnten. Hieran hat sich das neu zu schaffende Wahlrecht der Versicherten, dass in Einzelfällen bereits von der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ausgestaltet wurde, zu orientieren.

Zu begrüßen ist, dass der Anspruch auf geriatrische medizinische Rehabilitation von einer Ermessens- zu einer Pflichtleistung umgestaltet werden soll. Allerdings ist die Beschränkung auf die „geriatrische“ Rehabilitation nicht nachzuvollziehen, da der Begriff der geriatrischen Rehabilitation nicht klar definiert ist und da auch in allen anderen Bereichen der Rehabilitation eine entsprechende Umgestaltung der Norm in Richtung auf eine Pflichtleistung geboten ist.

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist es zu begrüßen, dass im Gesetzentwurf vorgesehen ist, die Schnittstellenprobleme bei der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln im Verhältnis zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und Pflegeversicherung zu beheben.

2. Organisation (Anhörung am 06.11.2006)

a) Gemeinsamer Bundesausschuss – Patientenbeteiligung

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist es zu begrüßen, dass im Gesetzentwurf konkrete Vorgaben für den Gemeinsamen Bundesausschuss bei der Bewertung innovativer Behandlungsmethoden vorgesehen sind, und dass Behandlungsmethoden, die nicht in einem adäquaten Zeitraum vom Gemeinsamen Bundesausschuss bewertet werden, Eingang in den Leistungskatalog der GKV finden werden. Falsch ist jedoch der Anknüpfungspunkt, dass eine Verzögerung erst ab Abschluss der wissenschaftlichen Prüfung eintreten könne. Deklaratorisch können solche Prüfungen nämlich über Jahre erstreckt werden. Hier sind klare Bearbeitungsfristen erforderlich (§ 135 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V). Hinsichtlich des Vorhabens eine Professionalisierung der Entscheidungsträger beim Gemeinsamen Bundesausschuss herbeizuführen, ist aus Sicht der BAG SELBSTHILFE zu fordern, dass auch die Ausstattung der Patientenorganisationen nach § 140 f SGB V verbessert werden muss. Es kann nicht sein, dass die bestens ausgestatteten übrigen Bänke beim Gemeinsamen Bundesausschuss nun mit hauptamtlichen Mitarbeitern in den Entscheidungsgremien vertreten sein werden, dass aber nach wie vor keine haushaltsrechtlichen Grundlagen bestehen, um für die Patientenorganisationen eine eigenständige Stabsstelle beim Gemeinsamen Bundesausschuss einzurichten und um die notwendigen Schulungsveranstaltungen für Patientenvertreter beim Gemeinsamen Bundesausschuss zu finanzieren. Zumindest diese Maßnahmen sind aus Sicht der BAG SELBSTHILFE dringend zu ergreifen, um die Patientenbeteiligung beim Gemeinsamen Bundesausschuss adäquat zu stärken. In der bisherigen Form wird der Gesetzentwurf zu einer strukturellen Schlechterstellung der Patientenbeteiligung führen, was den Festlegungen des Koalitionsvertrages widerspricht.

b) Kassenfusionen und –öffnungen/Neuorganisation der Verbandsstruktur

Wie sich der im Gesetzentwurf vorgesehene **Umbau der Kassenlandschaft** so wie der gemeinsamen Selbstverwaltung auf das Versorgungsgeschehen auswirken wird, lässt sich jetzt noch nicht abschätzen. Es ist jedoch zu befürchten, dass durch den wachsenden Kostendruck bei den Krankenkassen künftig freiwillige Leistungen gar nicht mehr und Ermessensleistungen nur noch einschränkt gewährt werden. Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist es daher angezeigt, dass im Rahmen des Reformvorhabens auch im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen, die meisten „Kann-“ und „Soll“-Leistungen in „Muss“-Leistungen überführt werden. Der angesprochene Kostendruck bei den Krankenkassen wird durch die geplante Einführung der Möglichkeit von Selbstbehalten für gesunde Versicherte noch verschärft. (§ 53 SGB V) Die BAG SELBSTHILFE lehnt die Einführung solcher Selbstbehalte ab, da hierdurch in unsolidarischer Art und Weise den Kassen weitere finanzielle Ressourcen entzogen würden.

Auch die faktische **Aufhebung der Bedarfsplanung** für die Vertragsärzteschaft in Verbindung mit einer höchst heterogenen Vertragslandschaft birgt aus Sicht der BAG SELBSTHILFE große Risiken für die Bedarfsgerechtigkeit der künftigen ärztlichen Versorgung.

3. Private Krankenversicherung (Anhörung am 08.11.2006)

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist es abzulehnen, dass im Gesetzentwurf kein angemessener Solidarbeitrag der privaten Krankenversicherungen zugunsten der gesetzlichen Krankenkassen vorgesehen ist.

Zwar ist es zu begrüßen, dass die private Krankenversicherung künftig dazu verpflichtet werden soll, einen sog. PKV-Basistarif anzubieten und dass hierfür ein Kontrahierungszwang und der Ausschluss von Risikozuschlägen vorgesehen sind. Andererseits besteht die Gefahr, dass dieser Basistarif von der PKV lediglich als Scheinangebot vorgehalten wird, das keinen adäquaten Versicherungsschutz bietet. Insbesondere ist zu hinterfragen, ob dieser Basistarif mit wichtigen Zusatzmodulen verknüpft werden kann. Ist dies nicht der Fall, dann wird die geplante Neuregelung in der Praxis letztlich leer laufen.

Zu kritisieren ist ferner, dass im Gesetzentwurf nicht vorgesehen ist, dass PKV-Versicherte ihre Altersrückstellungen auch dann mitnehmen können, wenn Sie in die gesetzliche Krankenversicherung wechseln können.

Im Gesetzentwurf fehlen einige Korrekturen im Bereich der privaten Krankenversicherung, die seit langem erforderlich sind. So fehlt eine Lösung für Beamte, die gerne gesetzlich krankenversichert bleiben wollen, die bislang in diesem Fall aber keine Beihilfe mehr erhalten und somit 100 % des Versichertenbeitrages selbst leisten müssen. Hierdurch werden Fehlanreize gesetzt. Ferner fehlt eine Lösung für Menschen, die gesetzlich versichert sein wollen, ohne pflichtversichert zu sein, wie z.B. Beamtenkinder und Selbständige mit geringem Einkommen oder Erwerbslose ohne Leistungsanspruch. Hier sollten die gesetzlichen Krankenkassen mindestens das Recht bekommen, solche Personen aufzunehmen, wenn diese Personen dies wollen. Dies wäre für chronisch kranke und behinderte Menschen vor allem in den Fällen wichtig, in denen das Leistungsspektrum der GKV größer ist als das der PKV.

4. Medizinische Versorgung (Anhörung am 13.11.2006)

a) Neuordnung der Vergütung in der ambulanten Versorgung

Im Vorfeld der Reform war viel die Rede davon, dass die Vergütungssysteme für Privat- und für gesetzlich Versicherte gesetzlich angeglichen werden sollen. Der vorliegende Gesetzentwurf bewirkt nun nur eine „Vergleichbarkeit“ der Vergütungen. Zwar bringt auch die Vergleichbarkeit der Gebühren mehr Transparenz ins Gesundheitswesen, aber der ursprünglich ins Auge gefasste Effekt einer Abmilderung der bestehenden Zwei-Klassen-Medizin zwischen Privat- und gesetzlich Versicherten kann damit nicht erzielt werden. Unterschiedliche Steigerungssätze hinsichtlich der Gebühren werden dann nach wie vor zu einer Bevorzugung von privatversicherten Patienten führen.

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist es grundsätzlich zu begrüßen, dass das Vergütungssystem im ambulanten Bereich reformiert werden soll. Insbesondere die Umstellung von Punktwerten auf konkrete Gebührenwerte wird als ein Schritt zur Schaffung von mehr Transparenz begrüßt.

Kritisch zu würdigen ist hingegen, dass im Gesetzentwurf kein Akzent gesetzt wurde, der zu einer Stärkung der sprechenden Medizin durch eine adäquate Vergütungsordnung führen kann.

Ferner ist aus Sicht der BAG SELBSTHILFE kritisch zu sehen, dass die geplante Neuordnung der Vergütungsordnung sehr stark die Schaffung von Komplexvergütungen begünstigt. (§§ 85 a, 85 b, 87 SGB V) Aus Sicht chronisch kranker und behinderter Menschen kann dies dazu führen, dass diese Patienten, die in der Regel einen aufwändigere Behandlung und Beratung beanspruchen, bei den Ärztinnen und Ärzten zu unliebsamen Patientinnen und Patienten werden. Aus diesem Grunde ist aus Sicht der BAG SELBSTHILFE bei der Ausgestaltung des Vergütungssystems stets zu prüfen, ob nicht erkrankungs- oder behinderungsbedingte Faktoren es erforderlich machen, Ausnahmen von der Komplexvergütung vorzusehen. Wie bei der Einführung der DRG im stationären Bereich wird es aus Sicht der BAG SELBSTHILFE darauf ankommen, hier in ausreichendem Maße Einzelleistungsvergütungen zuzulassen. Hierzu müssen im SGB V konkrete Vorgaben für die Selbstverwaltungspartner gemacht werden. Ferner fehlen Vorschriften zur Patientenbeteiligung in diesem sensiblen Bereich.

Fraglich ist aus Sicht der BAG SELBSTHILFE, wie die Morbiditätsorientierten Zuschläge bestimmt werden sollen, die die gesetzlichen Krankenkassen den Arztpraxen aufgrund des dort bestehenden Patientenkollektivs leisten sollen. Insbesondere ist kritisch zu sehen, dass die gesetzlichen Krankenkassen hierzu patientenbezogene Daten bestimmter Arztpraxen erhalten und auswerten müssen. (§ 85 a Abs. 6 SGB V)

Nicht ausgereift sind aus Sicht der BAG SELBSTHILFE die Regelungen, die verhindern sollen, dass Ärzte unliebsame Patienten auf andere Praxen oder Versorgungseinrichtungen abschieben. Der Gesetzentwurf lässt ein Konzept vermissen, wie diese gravierende Unterversorgung von Patienten ausgeschlossen werden kann. Zumindest die Einführung der Patientenbeteiligung beim Bewertungsausschuss analog zur Patienten-

beteiligung beim Gemeinsamen Bundesausschuss wäre geboten, um patientengerechte Vergütungslösungen zu erarbeiten.

b) Einzelverträge

Chronisch kranke und behinderte Menschen sind unter dem Regime zunehmender Einzelverträge zwischen Kassen und Leistungserbringern in der Regel gehindert, einfach zu einer Kasse mit einem geringeren Zusatzbetrag zu wechseln. Mit einem solchen Kassenwechsel würde dann nämlich in der Regel auch der Zugang zu den jeweiligen Leistungserbringern, mit denen von der bisherigen Kasse Einzelverträge geschlossen wurden, verloren gehen. Aus diesem Grunde ist die Wettbewerbsorientierung auf der Basis eines Preiswettbewerbs in Verbindung mit Einzelverträgen ohne zwingende Qualitätsstandards immer mit einer systematischen Benachteiligung chronisch kranker und behinderter Menschen verbunden. Die BAG SELBSTHILFE lehnt daher die vorgesehene Grundsystematik von Einzelverträgen und Zusatzbeiträgen als Steuerungsinstrumente im Kassenwettbewerb in der vorliegenden Form ab.

c) Hausarztzentrierte Versorgung/Integrierte Versorgung

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist es ausdrücklich zu begrüßen, dass die integrierte Versorgung nach dem Gesetzentwurf zur Gesundheitsreform weiterentwickelt werden soll insbesondere, dass auch nichtärztliche Heilberufe und die Pflegeversicherung besser integriert werden sollen. Ferner ist zu begrüßen, dass die Umsetzung der Regelungen zur ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen nach § 116 b SGB V erleichtert wird.

Zu begrüßen ist ebenfalls, dass die Modelle der hausarztzentrierten Versorgung künftig zum Pflichtangebot der gesetzlichen Krankenkassen gehören sollen und dass eine entsprechende Informationspflicht der Krankenkassen eingeführt werden soll (§ 73 b SGB V). Allerdings ist zu kritisieren, dass es weiterhin an entsprechenden Modellen für die strukturierte Versorgung chronisch kranker Menschen in vielen Bereichen fehlt. Außerdem ist zu bemängeln, dass bei der Ausgestaltung der Modelle der hausarztzentrierten Versorgung keine Patientenbeteiligung vorgesehen ist.

d) Öffnung der Krankenhäuser für hochspezialisierte Leistungen

Die BAG SELBSTHILFE begrüßt die Neufassung des § 116 b SGB V, da der Übergang vom Vertragsverfahren zum Zulassungsverfahren die notwendigen Impulse schaffen kann, um diese wichtige Vorschrift endlich mit Leben zu erfüllen.

e) Arzneimittelversorgung

Die BAG SELBSTHILFE hält das Vorhaben, dass künftig bei der Verordnung besonders teurer Arzneimittel eine kompetente **Zweitmeinung** eingeholt werden soll, nur für die zweitbeste der denkbaren Lösungen (§ 73 d SGB V). Wesentlich zielführender wäre es, die Arzneimittelversorgung im stationären Bereich stärker darauf auszurichten, was im Anschluss im ambulanten Bereich notwendig ist. Hierfür fehlen im Gesetzentwurf die notwendigen Regelungen. Ferner ist zu kritisieren, dass die Regeln-

gen zur Konkretisierungsermächtigung für den Gemeinsamen Bundesausschuss viel zu vage formuliert sind.

Im Grundsatz begrüßt die BAG SELBSTHILFE das Vorhaben, künftig nicht nur eine Nutzenbewertung von Arzneimitteln, sondern auch eine **Kosten-Nutzenbewertung** einzuführen. Allerdings sollte diese Kosten-Nutzenbewertung an konkreten gesetzlichen Vorgaben orientiert werden. So muss sichergestellt werden, dass der Aspekt der Verbesserung der Lebensqualität von Patientinnen und Patienten hinreichend berücksichtigt wird, und dass auch Patientinnen und Patienten mit schweren Erkrankungen bei jeder Kosten-Nutzenbewertung adäquat berücksichtigt werden. Dies erfordert eine patientengruppenbezogene Kosten-Nutzenbewertung von Arzneimitteln, was auch im SGB V so festgeschrieben werden muss. Ferner muss festgelegt werden, welche Folgekosten (z. B. Kosten von Nebenwirkungen, Kosten der Rehabilitation) in das Kalkül der Kosten-Nutzen-Bewertung mit eingestellt werden müssen. Hier fehlt es an einer hinreichend konkreten Regelung im Gesetzentwurf (§§ 35 b, 139 a SGB V).

Im Grundsatz begrüßt die BAG SELBSTHILFE, dass die vorgesehene Kosten-Nutzenbewertung auch die Berücksichtigung anderer Behandlungsformen einschließen soll. Allerdings muss auch hier eine klare Orientierung im Gesetz vorgegeben werden, wie das unterschiedliche Evidenzniveau im Arzneimittelbereich und im nichtmedikamentösen Bereich adäquat gewichtet werden soll. Insgesamt ist zu fordern, dass die Patientenbeteiligung beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen intensiviert und verbindlicher ausgestaltet wird, damit die genannten Aspekte auch im Bewertungsverfahren adäquat eingebracht werden können. Die geplante Regelung des Gesetzentwurfs sollte daher im Sinne der Patientenbeteiligungsverordnung noch konkretisiert werden.

Die BAG SELBSTHILFE steht dem Vorhaben, eine **Auseinzelung** von Arzneimitteln zu ermöglichen grundsätzlich positiv gegenüber, wenn die entsprechenden Voraussetzungen zur Gewährleistung der Patientensicherheit erfüllt werden.

Die BAG SELBSTHILFE steht auch dem Vorhaben grundsätzlich positiv gegenüber, die **Weiterverwendung nicht verbrauchter Arzneimittel** künftig in größerem Umfang zu ermöglichen, wenn auch hier die Aspekte der Patientensicherheit hinreichend berücksichtigt werden. Insbesondere im Bereich der Arzneimittelversorgung von Menschen in Pflegeheimen wird hier jedoch dringender Handlungsbedarf gesehen. Die Einführung der liberalisierten Arzneimittelverwendung sollte hier an eine Intensivierung und Dokumentationspflichten gekoppelt werden.

g) Heil- und Hilfsmittelversorgung

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE sind die Neuregelungen zur Umgestaltung des Festbetragssystems für Hilfsmittel nicht akzeptabel. Erforderlich wäre eine Erhöhung der Transparenz, eine Verbesserung der Patientenbeteiligung und eine hinreichende Berücksichtigung von Anpassungs-, Beratungs- und Reparaturleistungen führen. Ferner müssten die Festbeträge im Hilfsmittelbereich künftig so ausgestaltet werden, dass die Hilfsmittel zum Festbetrag tatsächlich erhältlich sind.

Demgegenüber sieht der Gesetzentwurf eine verstärkte Ausschreibung von Hilfsmitteln vor. (§§ 33, 36, 127 SGB V) Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist befürchten, dass bei solchen Ausschreibungen die individuelle Beratung und Anpassung der Hilfsmittel noch mehr in den Hintergrund treten als dies bereits jetzt leider der Fall ist. Stattdessen ist zu befürchten, dass lediglich die reine Lieferung des Gegenstandes in die Kalkulation des Ausschreibungsbeteiligten Eingang findet, und dass letztendlich ein Anbieter das Rennen macht, der gar nicht in der Lage ist, vor Ort eine angemessene Anpassung und Beratung bzw. Reparatur des Hilfsmittels vorzunehmen. Unklar ist ferner, wie sich die Hilfsmittelversorgung in Einrichtungen im Kontext der geplanten Neuregelungen darstellen wird.

Im Gesetzentwurf ist ferner vorgesehen, die vertraglichen Preisvereinbarungen für Heil- und Hilfsmittel umzugestalten. Auch hier ist aus Sicht der BAG SELBSTHILFE zu befürchten, dass die Einführung von Einzelverträgen letztendlich zu einer Erhöhung der finanziellen Belastungen der Versicherten und zu einer Einschränkung der freien Wahl des Therapeuten bzw. des Hilfsmittels führen werden. Gerade die Erbringung von Heilmitteln ohne Budgetzwänge bei Verordnungen bei interdisziplinärer Frühförderung und bei sehr schwer behinderten Menschen muss in jedem Falle sichergestellt werden.

h) Fahrkosten

Die BAG SELBSTHILFE steht dem Vorhaben skeptisch gegenüber, dass künftig für die Leistungserbringer Ausgabenabschläge in Höhe von 3 % gelten sollen (§ 133 SGB V). Es besteht die Gefahr, dass die entsprechenden Beträge den Betroffenen als auch Zahlungen in Rechnung gestellt werden. Ferner ist aus Sicht der BAG SELBSTHILFE darauf hinzuweisen, dass die im SGB V vorgesehenen Regelungen zur Erstattung von Fahrtkosten beträchtliche Härten bei einzelnen Patientengruppen aufweisen. (§ 60 SGB V) So ist bspw. die Erstattung der Fahrtkosten bei einem Erstbesuch eines Arztes nicht vorgesehen. Hier sind dringend Verbesserungen erforderlich, um gerade chronisch kranken und behinderten Menschen einen adäquaten Zugang zur medizinischen Versorgung überhaupt erst zu ermöglichen.

i) Qualitätssicherung in der Rehabilitation

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE ist es zu begrüßen, dass eine gemeinsame Zertifizierung von Rehabilitationseinrichtungen durch die gesetzlichen Krankenversicherung und Rentenversicherung erfolgen soll. Allerdings ist unverständlich, warum dieses Ziel in keinem Zusammenhang mit der gemeinsamen Empfehlung zur Zertifizierung nach dem SGB IX gestellt wird. Die Folge könnte konkurrierende Qualitätsanforderungen sein, was zu einer noch größeren Intransparenz im Leistungsgeschehen führen könnte.

Nach dem Gesetzentwurf zur Gesundheitsreform soll für die Versicherten die Möglichkeit geschaffen werden, auch Leistungen von solchen Rehabilitationseinrichtungen in Anspruch zu nehmen, mit denen die Krankenkasse des Versicherten keinen Einzelvertrag geschlossen hat. Die Preisdifferenz hinsichtlich der Kosten, der in Anspruch genommenen Einrichtung zu den Kosten, die bei Inanspruchnahme einer Vertragsein-

richtung entstanden wären, soll der Versicherte allerdings tragen. Auf den ersten Blick scheint dies eine Verbesserung der Wahlmöglichkeiten des Versicherten zu sein. Andererseits besteht aber die Wahlfreiheit hinsichtlich der Rehabilitationseinrichtung schon nach § 9 SGB IX, und zwar ohne die Pflicht Mehrkosten zu tragen. Diese Regelung muss auch im Bereich des SGB V greifen.

5. Finanzierung (Anhörung am 14.11.2006)

Der geplante Gesundheitsfonds an sich kann die Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung nicht lösen. Zu kritisieren ist vor allem, dass die Steuerfinanzierung des Fonds bislang in zu geringem Umfang vorgesehen ist, und dass bereits in vorangegangenen Reformen beschlossene Steuerzuschüsse, wie bspw. der Zuschuss aus Tabaksteuer, wieder zurückgeführt werden sollen.

Ferner ist zu kritisieren, dass die private Krankenversicherung noch nicht einmal zu relevanten Ausgleichszahlungen an die gesetzliche Krankenversicherung verpflichtet werden soll. Problematisch ist auch, dass das Fondsmodell den Kostendruck unter den gesetzlichen Krankenkassen extrem erhöhen wird, so dass es zu einem verschärften Wettbewerb um junge und gesunde Versicherte kommen kann. Nicht hinreichend geklärt ist in diesem Zusammenhang noch, wie die nach dem Gesetzentwurf vorgesehenen Zuschläge gerechnet werden sollen, die die gesetzlichen Krankenkassen aus dem Fonds erhalten sollen, wenn bei den Kassen besonders viele Kranke und behandlungsbedürftige Versicherte versichert sind. (Risikostrukturausgleich)

Kommt es zu einem sog. alters- und risikoadjustierten Zuschlag aus dem Fonds, dann ist aus Patientensicht zu kritisieren, dass die krankheitsbezogenen Daten zur Berechnung des Zuschlages künftig den Krankenkassen zugänglich gemacht werden sollen. Dies ist in datenschutzrechtlicher Hinsicht bedenklich.

Vor dem Hintergrund der genannten Probleme begrüßt die BAG SELBSTHILFE, dass der Gesundheitsfonds jetzt noch nicht eingeführt wird.

Mit dem Fondsmodell verknüpft ist der vorgesehene „Zusatzbeitrag“, der von der BAG SELBSTHILFE mit Nachdruck abgelehnt wird. Dieser Beitrag würde eine erhebliche Zusatzbelastung für die Patientinnen und Patienten bringen, und bei chronisch kranken und behinderten Menschen es zu einer Anhäufung der Belastungen über die Zuzahlungen, über den Zusatzbeitrag, über Aufzahlungen führen. Besonders unverständlich ist, dass mit der sog. 8 Euro-Regelung eine besondere Härte für sozial schwache Menschen eingeführt werden soll.

Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Änderungen des SGB XII lassen unklar, wer den Zusatzbeitrag entrichten soll, wenn die entsprechende Person über kein eigenes Einkommen oder lediglich über ein Taschengeld, wie bspw. in einer Werkstatt für behinderte Menschen, verfügt. Dies ist aus Sicht der BAG SELBSTHILFE völlig inakzeptabel und muss geändert werden.

Der Zusatzbeitrag ist aber auch deshalb abzulehnen, weil die damit intendierte Wettbewerbsorientierung der Kassenlandschaft nicht funktionieren wird. Es ist nämlich zu beachten, dass das künftige Leistungsgeschehen verstärkt durch Einzelverträge zwischen gesetzlichen Krankenkassen und Leistungserbringern gekennzeichnet sein wird. Dies wird viele behinderte und chronisch kranke Menschen vor die Problematik stellen, dass mit einem Wechsel von einer Kasse zur anderen auch der Zugang zu bestimmten Leistungserbringern verhindert bzw. ermöglicht wird. Letztendlich werden

viele behinderte und chronisch kranke Menschen daher nicht einfach aufgrund unterschiedlicher Zusatzbeiträge die Krankenkasse wechseln können, sondern sich primär am Leistungsangebot bei der Auswahl der Kasse orientieren müssen. Strukturell werden behinderte und chronisch kranke Menschen daher in dem geplanten System gegenüber gesunden Versicherten benachteiligt. Hinzukommt, dass die unterschiedliche Einkommensstruktur der Versicherten der verschiedenen Kassen zu einer wettbewerbswidrigen Ausgangslage führt, die nicht ohne weiteres aufzuheben ist.

Aus Sicht der BAG SELBSTHILFE abzulehnen ist ferner die geplante Ermöglichung von Selbstbehalten, da diese Regelung vorwiegend gesunden Versicherten zugute kommt und gleichzeitig dazu führt, dass dem System der gesetzlichen Krankenversicherung Geld entzogen wird, was zur Behandlung behinderte und chronisch kranke Menschen dringend benötigt wird.

6. Sonstige grundsätzliche Kritikpunkte

Abschließend ist zu kritisieren, dass die Regelungen des SGB IX fast vollständig ignoriert werden, so dass nun teilweise Neuregelungen im SGB V vorgesehen sind, die mit Regelungen des SGB IX identisch sind, oder gar hinter den Regelungen des SGB IX zurückbleiben.

B. Antrag der Fraktion DIE LINKE

Die BAG SELBSTHILFE teilt die Auffassung des Antrages, wonach eine Ausweitung des Versichertenkreises, eine gerechte Finanzierung, eine aufgabenorientierte Ausgabenpolitik, der individuelle Versicherungsanspruch und faire Rahmenbedingungen für die Krankenkassen wichtige Grundsätze der Gesundheitspolitik sind.

C. Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Die BAG SELBSTHILFE teilt die Auffassung des Antrages, wonach es bei der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens wichtig ist, auf den Aufbau überflüssiger Verwaltungsstrukturen zu verzichten, die PKV regelhaft in die solidarische Finanzierung des Gesundheitswesens einzubeziehen, die Wettbewerbsstrukturen auch auf der Anbieterseite des Gesundheitswesens weiterzuentwickeln und einseitige Belastungen der Versicherten zu vermeiden.

D. Antrag der Fraktion der FDP

Die BAG SELBSTHILFE teilt die Auffassung des Antrages, dass umfassende und verständliche Informationen für Versicherte und Patienten die Grundlage für ein funktionierendes Gesundheitswesen und für eine sparsames und wirtschaftliches Verhalten sind. Da diese Grundlage bislang nicht existiert, verkennt der Antrag aber im Übrigen das die Vision einer rein marktgesteuerten Gesundheitspolitik unter den gegebenen Rahmenbedingungen zur Benachteiligung chronisch kranker und behinderter Menschen führen würde. Dies wird von der BAG SELBSTHILFE mit Nachdruck abgelehnt.