

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0248(106)
vom 08.07.03**

15. Wahlperiode

**Stellungnahme des Kommissariats der deutschen Bischöfe
zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems
(Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz)**

1. Allgemeines

- a. Diese Stellungnahme soll sich nicht mit allen Aspekten des Gesetzentwurfs befassen; dies ist schon wegen der sehr knapp bemessenen Stellungnahmefrist nicht möglich. Sie konzentriert sich deshalb lediglich auf einige Punkte und orientiert sich dabei insbesondere an dem Gemeinsamen Wort des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutschen Bischofskonferenz zur wirtschaftlichen und sozialen Lage in Deutschland „Für eine Zukunft in Solidarität und Gerechtigkeit“ (Hannover und Bonn 1997) sowie der Erklärung „Solidarität braucht Eigenverantwortung“ der Kommission für gesellschaftliche und soziale Fragen und der Kommission für caritative Fragen der Deutschen Bischofskonferenz (Bonn 2003).
- b. Über die Notwendigkeit, das Gesundheitswesen zu reformieren, besteht Übereinstimmung. Geteilt wird ebenfalls die Analyse im Allgemeinen Teil der Entwurfsbegründung (Seite 150 1. und 2. Absatz). Angesichts des Ausmaßes der Probleme und vor allem mit Rücksicht auf die teilweise nur schwer prognostizierbaren Auswirkungen auf alle Beteiligten ist bei der Reform jedoch mit einer gewissen Behutsamkeit vorzugehen: „Die Reform des deutschen Gesundheitssystem kann nicht auf einen Schlag gelingen. Ein so komplexes System wird nur in der Fortentwicklung des bestehenden zu reformieren sein.“ („Solidarität braucht Eigenverantwortung“ Seite 26) In diese Richtung weist zutreffend auch die Entwurfsbegründung (Seite 153).
- c. Die Bischöfe treten ausdrücklich für die Beibehaltung der solidarischen Krankenversicherung ein: „Die verschiedenen Säulen der sozialen Sicherung sind in Deutschland über einen Zeitraum von mehr als hundert Jahren als ein anpassungsfähiges System solidarischer Risikogemeinschaft aufgebaut worden. Dieses System verdient es, in seiner Grundidee und seinen Grundelementen erhalten und verteidigt zu werden. ... Die derzeit diskutierten Alternativ-Modelle stellen keine zukunftsweisenden Lösungen dar, die langwierige und risikobeladene Umstellungsverfahren rechtfertigen könnten.“ („Für eine Zukunft in Solidarität und Gerechtigkeit“ Nr. 14) Und: „Die solidarische Absicherung der großen Krankheitsrisiken war damals und ist heute der Sinn und die Daseinsberechtigung der Krankenversicherung. ... Und auch heute, in einer Zeit zunehmender Vielfalt der

Lebensläufe und zunehmender Notwendigkeiten von Flexibilität und Mobilität in der Arbeitswelt, stellt es ein wichtiges Instrument dar, dass den Menschen Sicherheit in einer Welt mit immer neuen Risiken bietet und ihnen auch die Rückendeckung gibt, sich den wachsenden Anforderungen zu stellen.“ („Solidarität braucht Eigenverantwortung“ Seite 6) Eine Abkehr von dem unser (gesetzliches) Gesundheitssystem prägenden Solidaritätsprinzip würde damit keine Unterstützung durch die Kirche finden.

- d. Bei allen Reformbemühungen ist das anzustrebende Ziel im Auge zu behalten: „Auch in Zukunft müssen eine vollwertige medizinische Versorgung für jedermann und ein freier, von der Einkommenssituation unabhängiger Zugang aller zur Gesundheitsfürsorge unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Bedürfnisse gewährleistet sein. Die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens und die Versorgung auf einem hohen medizinischen und pflegerischen Niveau dürfen nicht preisgegeben werden. Solidarität und Gerechtigkeit im System müssen gewahrt bleiben. Ausgabenbegrenzungen im Gesundheitswesen dürfen nicht dazu führen, Medizin und Pflege auf technische Vollzüge zu reduzieren; menschliche Zuwendung und Patientennähe sind unentbehrliche Kennzeichen einer humanen Gesundheitsversorgung. Schon das geltende Recht der gesetzlichen Krankenversicherung sieht eine Vielzahl von Eigenbeteiligungen und Zuzahlungen vor. Damit wurden zu Lasten der Patienten zusätzliche Beitragserhöhungen abgewendet. Maßnahmen zur Begrenzung des Kostenanstiegs auf Seiten der Anbieter von Gesundheitsleistungen müssen ausgewogen sein und dürfen die Vielfalt der Leistungserbringer und Einrichtungsträger nicht gefährden. Bei weiteren Maßnahmen zur Sicherung der Gesundheitsversorgung ist darauf zu achten, dass sie nicht einem Entsolidarisierungsprozess Vorschub leisten und Einkommensschwache in unvertretbarer Weise benachteiligen. Kommt es zu allzu rigiden Begrenzungen, so werden die gesamtgesellschaftlichen Folgekosten wesentlich höher sein als die kurzfristig erzielten Spareffekte, und der gesetzlich verankerte Vorrang von Prävention, Rehabilitation und ambulanter vor stationärer Hilfe würde gefährdet.“ („Für eine Zukunft in Solidarität und Gerechtigkeit“ Nr. 185)
- e. Alle zur Verfügung stehenden Daten rechtfertigen es nicht, den Anstieg der Leistungsausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung als „Kostenexplosion“ zu bezeichnen. Das Verhältnis zwischen den GKV-Leistungsausgaben und dem Bruttoinlandsprodukt ist in den letzten 25 Jahren nahezu konstant geblieben. Ganz anders die Einnahmeseite: Das Wachstum der Einnahmenbasis in der gesetzlichen Krankenversicherung fiel in diesem Zeitraum deutlich schwächer aus als der Anstieg des Bruttoinlandsproduktes (vgl. Gutachten 2003 des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen -, Bundesrats-Drucksache 143/03 Seite 40 f; Statistisches Bundesamt „Gesundheit – Ausgaben 1992 – 2000“, Wiesbaden, Seite 27). Es ist trotz der Verweisung auf die „Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme“ (Entwurfsbegründung Seite 153) bedauerlich, dass der Gesetzentwurf die Konsolidierung der Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung nur ansatzweise in Angriff nimmt.

2. Zu einigen Regelungen

- a. Art. 1 Nr. 92 ff (§140 a-d) Integrierte Versorgung
Die Erklärung „Solidarität braucht Eigenverantwortung“ befürwortet „verstärkte Kooperationen, etwa zwischen Fachärzten, ambulanter und stationärer Versorgung, Ärzten und nicht-ärztlichen Heilberufen oder Pflegekräften“ (Seite 20). Deshalb wird die im Gesetzentwurf vorgesehene Weiterentwicklung der integrierten Versorgung im Grundsatz begrüßt. Es wäre allerdings sinnvoll, in die integrierte Versorgung über §

140 b hinaus etwa auch die häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V) einzubeziehen. Inwieweit die Ermächtigung der Krankenkassen, eigene Einrichtungen zur Durchführung einer integrierten Versorgung zu gründen (§ 140 b Absatz 2 des Entwurfs), die Etablierung von Doppelstrukturen fördert und zu einer Benachteiligung nichtkasseneigener Einrichtungen führt, bedarf schließlich noch reiflicher Prüfung.

Dem Anliegen einer verstärkten Kooperation entspricht im Übrigen auch die vorgesehene Zulassung von Gesundheitszentren (§ 95 Absatz 1 des Gesetzentwurfs).

- b. Art. 1 Nr. 55, 66 (§§ 106 b Absatz 6, 116 a ff) Teilöffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung

Die vorgesehenen Regelungen für eine stärkere Einbeziehung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung werden als ein – wenn auch zaghafter – Schritt in die richtige Richtung begrüßt. Zu erinnern ist in diesem Zusammenhang an die guten Erfahrungen, die die Patienten und die kirchlichen Krankenhausträger in den neuen Bundesländern mit den früheren Fachambulanzen gemacht haben. Allerdings wird noch zu prüfen sein, inwieweit die Vergütungsregelungen für ambulant erbrachte Leistungen des Krankenhauses ergänzt werden müssen.

- c. Art. 1 Nr. 57 ff (§§ 109 ff) Krankenhausplanung

Die vorgesehenen Änderungen geben Anlass zu der Feststellung, dass auch künftig die Letztverantwortung und Letztentscheidung für die Krankenhausplanung und für die Teilnahme von Krankenhäusern an der Versorgung bei der zuständigen Landesbehörde liegen muss.

Bei dieser Gelegenheit ist darauf hinzuweisen, dass es an der Zeit ist, zur Stärkung der Patientenrechte und des Qualitätswettbewerbs der Krankenhäuser untereinander dem Recht auf freie Arztwahl das Recht auf freie Krankenhauswahl ausdrücklich zur Seite zu stellen. Durch die Einführung der krankenhausunabhängigen DRG-Fallpauschalen dürfte dem § 39 Abs. 2 SGB V ohnehin die Grundlage entzogen sein. Er ist überflüssig geworden.

- d. Art. 1 Nr. 26 (§ 67) Hausarztssystem

Die Erklärung „Solidarität braucht Eigenverantwortung“ hält zwar eine Stärkung der Rolle des Hausarztes – bei Wahrung freier Arztwahl – für richtig (Seite 14), lässt jedoch offen, wie dies geschehen soll. Sicherlich gibt es gute Gründe dafür, dass derjenige, der einen Facharzt ohne vorherige Überweisung durch den Hausarzt in Anspruch nimmt, künftig einen Geldbetrag gemäß Art. 1 Nr. 8 (§ 28) entrichten muss. Andererseits wird möglicherweise die Mündigkeit des Patienten unterschätzt; nicht nur Angehörige medizinischer oder pflegerischer Berufe, für die im Übrigen keine Ausnahme vorgesehen ist, sind in der Lage, auch ohne den Umweg über den Hausarzt den jeweils zuständigen Facharzt zu finden.

- e. Art. 1 Nr. 55 (§ 106 b) Einzelverträge

Die Erklärung „Solidarität braucht Eigenverantwortung“ regt die Öffnung bisheriger Vertrags- und Handlungsstrukturen sowie die Schaffung von Freiräumen an, in denen Neuerungen geprüft werden können. „Die Liberalisierung von Vertragsstrukturen, etwa zwischen Kassen und Leistungserbringern, sowie ein stärkerer Wettbewerb unter den Leistungserbringern und Kassen selbst schafft unbeschadet des zu wahrenden Sicherstellungsauftrags Anreizstrukturen für mehr Wirtschaftlichkeit und Qualität.“ Und: „Neue Vergütungssysteme, etwa in Form individueller Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, müssen nicht nur Anreize zur Qualitätssteigerung und Möglichkeiten der Qualitätskontrolle schaffen, sondern auch Wettbewerbselementen Eingang in das Gesundheitswesen

gewähren.“ (Seite 20 f) Die nun vorgesehene Einführung eines Einzelvertragssystems begegnet jedoch Vorbehalten, soweit der Sicherstellungsauftrag und die Wahlfreiheit der Patienten nicht gewahrt bleiben. Wenn beispielsweise eine Kasse in einer ländlichen Region nur mit einem Arzt einen Versorgungsvertrag für ihre Versicherten abschließt, so läuft für diese das Recht auf freie Arztwahl leer. Es wäre deshalb sinnvoll, dass der Gesetzgeber im Rahmen seines Sicherstellungsauftrags und zum Schutz des Wahlrechts der Patienten selbst Vorgaben für eine bedarfsgerechte Versorgung macht.

- f. Art. 1 Nr. 134 (§ 264) Aufnahme der Sozialhilfebezieher in die Versichertengemeinschaft
Es wird begrüßt, dass Sozialhilfebezieher jedenfalls im Wesentlichen den in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten rechtlich gleichgestellt werden. „Der schon lange erklärte Wille, dass auch die Sozialhilfeempfänger in die Sozialversicherung einbezogen werden, muss in die Realität umgesetzt werden, ...“ („Solidarität braucht Eigenverantwortung“ Seite 13)

- g. Art. 1 Nr. 22 f (§§ 61f) Selbstbeteiligungen und Härtefallregelungen
Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen in der gesetzlichen Krankenversicherung sind grundsätzlich kritisch zu prüfen, zumal die Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte in den letzten Jahren von allen Ausgabenträgern ohnehin am stärksten gestiegen sind (von 1992 – 2000 + 52,6 %, private Krankenversicherung + 49,6 %, gesetzliche Krankenversicherung + 25,7 %; vgl. Statistisches Bundesamt a.a.o. Seite 11). „Solch eine Selbstbeteiligung kann durchaus ein Instrument sein, die gesetzliche Krankenversicherung vor einer übermäßigen Inanspruchnahme zu schützen. In den letzten Jahren hatte die Selbstbeteiligung der Versicherten an einzelnen Kostenpositionen jedoch vor allem die Funktion, mehr Geld ins System zu bringen. Die damit einhergehende faktische Erhöhung des eigenen Beitrags ohne jede Steuerungswirkung hat nicht zu Unrecht zu großem Unmut geführt. Das Instrument der Selbstbeteiligung hat nur Sinn, wenn davon eine Lenkungswirkung für die Nachfrage ausgeht und wenn diese so veränderte Nachfrage nicht in Konflikt gerät mit dem Ziel, dass jedem Menschen der Zugang zur notwendigen medizinischen Versorgung und Prävention offen steht.“ („Solidarität braucht Eigenverantwortung“ Seite 16). Umso mehr sind deshalb als Korrektiv für Selbstbeteiligungen Härtefallregelungen vonnöten, die verhindern, dass einkommensschwachen Personengruppen der Zugang zur notwendigen medizinischen Versorgung und Prävention erschwert oder gar unmöglich gemacht wird. Aus diesem Grunde ist etwa die Änderung der bisherigen Regelung in § 62 Absatz 1 Satz 2 SGB V problematisch.

In den Härtefallregelungen werden außerdem offenbar die Sozialhilfeempfänger nicht berücksichtigt. Soweit sie sich in Einrichtungen befinden, verfügen sie lediglich über einen persönlichen Barbetrag in Höhe von 85,00 €. Ihnen dürfte die Zuzahlung zu Medikamenten in den meisten Fällen wohl nicht zuzumuten sein. Sozialhilfeempfänger außerhalb von Einrichtungen erhalten in der Regel einen Regelsatz für sich und ihre Haushaltsangehörigen. Bei der Bemessung der Höhe des Regelsatzes sind Zuzahlungen für Medikamente bislang nicht berücksichtigt. Folgerichtig müsste entweder der Regelsatz entsprechend erhöht oder auf die Zuzahlung verzichtet werden.

An dieser Stelle wird angeregt, auch Art. 1 Nr. 13 (§ 34) nochmals zu überprüfen, wonach nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel von der Versorgung ausgeschlossen sein sollen. Einerseits können dadurch einkommensschwache, chronisch kranke oder behinderte Personen von der Inanspruchnahme solcher Arzneimittel ganz oder teilweise ausgeschlossen werden. Andererseits besteht wohl die Gefahr, dass der verschreibende Arzt zur Schonung des Patienten auf – teure –

verschreibungspflichtige Medikamente übergeht, während– preiswertere –nicht verschreibungspflichtiges Medikament im Einzelfall ausreichend wären.

- h. Art. 1 Nr. 129 (§ 249, ferner § 257) Krankengeld
Die Abkehr von der paritätischen Finanzierung des Krankengeldes bedeutet eine Erhöhung der Beitragslast der Versicherten. Dies ist insbesondere auch deshalb bedenklich, weil eine „Steigerung der Mittel, die zwangsweise erhoben werden, (...) den meisten Menschen nicht zuzumuten sein“ wird („Solidarität braucht Eigenverantwortung“ Seite 7). Es ist zu hoffen, dass diese Mehrbelastung – wie in der Entwurfsbegründung vorhergesagt – durch eine Gesamtentlastung der Versicherten im Übrigen ausgeglichen wird und nicht als Einstieg in den Ausstieg aus der Parität zu werten ist.
- i. Art. 1 Nr. 6 f (§§ 24 b, 27 a) Sterilisation, künstliche Befruchtung
Die Einschränkung in § 24 b sowie die Aufhebung von § 27 a treffen auf Zustimmung. Aus grundsätzlichen Erwägungen, insbesondere auch vor dem Hintergrund der Problematik der sogenannten Spätabtreibungen, sollten zusätzlich die Leistungsvoraussetzungen bei nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch enger gefasst werden.
- j. Art. 5 a Entbindungsgeld
Es wird bedauert, dass Versicherte, die keinen Anspruch auf laufendes Mutterschaftsgeld haben, künftig auch kein Entbindungsgeld mehr erhalten sollen. Dies ist nicht nur aus sozialen Gründen unbillig, sondern zugleich auch ein falsches familienpolitisches Signal. Die Begründung, dass diese Leistung aus finanziellen Gründen nicht mehr aufrecht erhalten werden könne, überzeugt nicht.
- Im Übrigen wird dringend davor gewarnt, die Umstellung auf die Steuerfinanzierung des Mutterschaftsgeldes und der sonstigen Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, der Haushaltshilfe, des Krankengeldes bei Erkrankung eines Kindes sowie der Beitragsfreiheit beim Bezug von Erziehungsgeld, Mutterschaftsgeld und Inanspruchnahme von Elternzeit zum Anlass zu nehmen, um das Leistungsniveau abzusenken.
- k. Art. 1 Nr. 91 (§ 139 a-I) Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin
Die Notwendigkeit, bei einer Modernisierung des Gesundheitswesens ein besonderes Augenmerk auf die Qualitätssteigerung und Qualitätssicherung zu richten, ist nicht von der Hand zu weisen. Man kann allerdings sicherlich darüber streiten, ob dazu die Einrichtung einer neuen Behörde sinnvoll ist oder ob – wie es die Erklärung „Solidarität braucht Eigenverantwortung“ vorschlägt – „die bestehenden Gremien, wie der Bundesausschuss, in diesem Sinne zu überprüfen und weiterzuentwickeln“ sind (Seite 23). Jedenfalls ist zu bemängeln, dass bei der in dem Gesetzentwurf gewählten Lösung die Mitsprache- und Mitentscheidungsmöglichkeiten der Versicherten und Patienten nur sehr rudimentär ausgebildet sind. Auch erstaunt es, dass trotz der ethischen Dimension, die die Entscheidungen und Empfehlungen des vorgesehenen Zentrums selbstverständlich haben werden, nicht einmal die kirchlichen Wohlfahrtsverbände, die zugleich wichtige Akteure im Gesundheitswesen sind, bei der Zusammensetzung des Kuratoriums (§ 139 h) berücksichtigt worden sind.

I. Sonstiges

Im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens sollten Bereiche, in denen derzeit erheblicher Nachholbedarf besteht (zum Beispiel Palliativmedizin, Hospizleistungen), besonders berücksichtigt werden.

Berlin, 30. Mai 2003