

(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0273(0)
vom 11.09.03

15. Wahlperiode

Stellungnahme zum

Entwurf eines Gesetzes

zur Modernisierung der

Gesetzlichen Krankenversicherung

GKV-Modernisierungsgesetz – GMG

Berlin

9. September 2003

Kontakt:

Verbraucherzentrale Bundesverband (vz bv) e.V

Fachbereich Gesundheit und Ernährung

Markgrafenstr. 66, 10969 Berlin

Tel: 030-25800432; Fax: 030-25800418,

Email: isenberg@vzbv.de; etgeton@vzbv.de; www.vzbv.de

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorbemerkung und Gesamtfazit	3
Ausgangslage im Jahr 2003	3
Gesamtbeurteilung	3
Stellungnahme zu den einzelnen Maßnahmen	5
1. Stärkung der Patientensouveränität	5
2. Verbesserung der Qualität in der Patientenversorgung	8
3. Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen	9
4. Neugestaltung der Vergütung im ambulanten Bereich	11
5. Neuordnung der Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln	11
6. Reform der Organisationsstrukturen	13
7. Stärkung der Prävention	15
8. Neuordnung der Finanzierung	15

Vorbemerkung und Gesamtfazit

Ausgangslage im Jahr 2003

Gemessen am Anteil des Bruttoinlandsproduktes ist nach den USA und der Schweiz das deutsche Gesundheitssystem das teuerste der Welt. Verglichen mit anderen Industrienationen, die zum Teil deutlich weniger für ihr Gesundheitswesen ausgeben, ist jedoch die *Qualität* der Versorgung anhand der verfügbaren Daten über Mortalität und Morbidität sowie über die Ergebnisse einzelner medizinischer Maßnahmen nur durchschnittlich. So hat der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen für das deutsche Gesundheitswesen ein Nebeneinander von Unter-, Fehl- und Überversorgung diagnostiziert. Schon die Gesundheitsreform 2000 hat auf diesen Missstand reagiert und erste Maßnahmen zur Qualitäts- und Effizienzverbesserung eingeleitet. Die Modernisierung des deutschen Gesundheitswesens hin zu mehr integrierter Versorgung, effizienteren Strukturen und transparenteren Abläufen muss fortgesetzt werden.

Gleichzeitig muss in der Reform 2003 die Finanzgrundlage der gesetzlichen Krankenversicherung auch auf der Einnahmeseite auf eine tragfähige Basis gestellt werden. Langfristig lässt sich Nachhaltigkeit in der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung nur sichern, wenn die Solidarbasis für die Beitragserhebung erweitert wird. Ziel ist die Ausweitung des jetzigen Systems zu einer allgemeinen Bürgerversicherung. Eine Verschiebung dieser Grundsatzentscheidung kann den Fortbestand der solidarischen Krankenversicherung insgesamt gefährden. Das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) soll nach Ansicht des Verbraucherzentrale Bundesverbandes e.V. (vzbv) daher schon jetzt erste Schritte in diese Richtung einschlagen, um den Übergang zur allgemeinen Erwerbstätigen- oder Bürgerversicherung in seinen sozialen und ökonomischen Auswirkungen ausgewogen und verantwortbar gestalten zu können.

Gesamtbeurteilung

Die Beurteilung der vorgesehenen Einzelmaßnahmen orientiert sich daran, ob und wieweit sie in der Lage sind, diese Ziele zu verwirklichen. In der Gesamtbetrachtung stellt der Gesetzentwurf ein Bündel von Maßnahmen zusammen, die aus Sicht des vzbv nur teilweise geeignet sind, die Qualität der Versorgung zu verbessern (z.B. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin); dazu gehören vor allem die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die Stärkung der hausärztlichen und der integrierten Versorgung. Der Erwartung, mit diesen Maßnahmen seien sämtliche Effizienzreserven im System erschlossen, ist ausdrücklich zu widersprechen. Vielmehr werden die Leistungserbringer finanziell und strukturell weitgehend ge-

schont; Anbietermonopole bleiben erhalten. Die Maßnahmen zur Strukturreform der Selbstverwaltung gehen in die richtige Richtung, scheuen aber davor zurück, Funktion und Arbeitsteilung zwischen Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen, Ärztekammern und medizinischen Fachgesellschaften grundsätzlich neu zu ordnen.

Während also Strukturreformen, die ihre Wirkung ohnehin erst mittelfristig entfalten, nur halbherzig angegangen wurden, werden Patienten und Versicherte unmittelbar und deutlich stärker belastet. Die Reform der Zuzahlungssystematik hat dabei mit der Zielsetzung, Eigenverantwortung von Versicherten und Patienten zu stärken, nichts mehr zu tun. Die Zuzahlungen der Patienten werden mit geschätzten 3,3 Mrd. Euro zusätzlicher Einnahmen vielmehr als Finanzquelle erschlossen. In der Verteilungswirkung bedeutet diese Reform der Zuzahlungen, dass *kranke* Versicherte stärker belastet werden zugunsten der gesunden Versicherten, insbesondere aber zugunsten der Arbeitgeberseite. Dieser Tendenz, die Lasten einseitig auf die Patienten umzulegen, entspricht auf der anderen Seite das Vorhaben, Versicherten Beitragsrückgewähr und Selbstbehalttarife anzubieten – auch diese Maßnahme zugunsten gesunder und gut verdienender Versicherter entzieht der Patientenversorgung die notwendigen Mittel. Gleichzeitig verliert die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gerade bei den Versicherten, die hohe Beiträge entrichten und denen der Weg in die private Krankenversicherung offen steht, durch die Anhebung der Zuzahlungen immer weiter an Attraktivität. Der **vzbv** vermisst eine klare Grundsatzentscheidung in Richtung auf eine Bürgerversicherung: die Verbreiterung der Solidarbasis könnte die durch das Reformgesetz geplanten und mit dem Solidarprinzip unvereinbaren Umverteilungseffekte vermeiden.

Durchweg positiv ist die Regelung der Patientenbeteiligung zu beurteilen. Patienten und ihren Organisationen werden damit die erforderlichen Anhörungs- und Mitspracherechte eröffnet.

Stellungnahme zu den einzelnen Maßnahmen

Zu Beginn der Einzelbewertung sei auf die Stellungnahme des vzbv zum Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) vom 20. Juni 2003 verwiesen. Die vorliegende Stellungnahme berücksichtigt nur die im Vergleich zum GMG abweichenden Regelungen.

1. Stärkung der Patientensouveränität

- a) *Transparenz* – Die Verbesserung der Information von Patienten über die Qualität der Versorgung ist zu begrüßen. Bei der Offenlegung der Finanzen durch die Krankenkassen wäre insbesondere Wert auf die Höhe der Rücklagen sowie eine etwaige Verschuldung zu legen. Diese Informationen können von Bedeutung sein, um die zu erwartende Entwicklung des jeweiligen Beitragssatzes einer Krankenkasse beurteilen zu können.
- b) *Gesundheitskarte* – Die Einführung eines elektronischen Rezepts kann unerwünschte Wirkungen von Arzneimitteln und ihrer Kombinationen vermeiden, aber auch zu Verhinderung von Missbrauch beitragen. Der Ausbau der Chipkarte zur elektronischen Gesundheitskarte bzw. Patientenakte weitet diese Möglichkeiten aus. Die Zusammenführung der Behandlungsdaten kann unnötige und gegebenenfalls sogar schädliche Doppeluntersuchungen vermeiden und zu einer besseren Abstimmung von Therapiemaßnahmen unterschiedlicher Ärzte beitragen. Modellversuche mit Patientenakten auf Papier konnten zeigen, dass sich aus dieser Zusammenführung der Daten sowohl für Ärzte wie für Patienten Vorteile ergeben. Die elektronische und womöglich zentrale Speicherung dieser Daten wirft jedoch erhebliche Probleme im Hinblick auf Datenschutz und Datensicherheit auf. In diesem äußerst sensiblen Handlungsfeld fallen die möglichen Risiken für die informationelle Selbstbestimmung besonders stark ins Gewicht und müssen in der Kosten-Nutzen-Relation einer solchen Maßnahme entsprechend hoch bewertet werden. In jedem Fall ist die Einführung einer elektronischen Patientenakte an die Freiwilligkeit des Versicherten gebunden; niemand darf zur Speicherung seiner medizinischen Daten gezwungen oder durch finanzielle Anreize genötigt werden. Die Akzeptanz eines solchen Instruments bei den Versicherten würde sich erhöhen, je differenzierter der Zugang zu einzelnen Informationen vom Versicherten selbst gesteuert werden kann. Das Urteil des Verbraucherschutzes kann daher erst gefällt werden, wenn eine Gesamtkonzeption der elektronischen Patientenakte und ihrer technischen Umsetzung vorliegt. Bei der Erstellung dieser Konzeption sind die Organisationen der Verbraucher und Patienten aktiv zu beteiligen. Die Beteiligungsrechte der Patienten und Versicherten sind im Gesetz derzeit nicht geregelt. Im Gesetzentwurf wird die Vorbereitung der Gesundheitskarte allein den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung ü-

bertragen. Aufgrund der besonderen Sensibilität gesundheitsrelevanter Daten ist aber die Hinzuziehung der maßgeblichen Organisationen zur Vertretung der Interessen von Versicherten und Patienten schon bei der Konzeption der elektronischen Gesundheitskarte unerlässlich. Dies gilt auch, wenn – wie der Gesetzentwurf vorsieht – eine Regelung per Rechtsverordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung herbeigeführt werden muss.

- c) *Kostenerstattung* – Die Gewährung der Wahl von Kostenerstattung für alle Versicherten, verbunden mit dem Anreiz, erst dann einen Selbstbehalttarif wählen zu können, führt ein Strukturelement der privaten Krankenversicherung in die GKV ein und setzt die Patienten den Gewinninteressen der Leistungsanbieter aus. Am bewährten *Sachleistungsprinzip* in der GKV sollte indes festgehalten werden. Es trägt der Tatsache Rechnung, dass Patienten dem Arzt gegenüber nie nur Kunden sind. Das Sachleistungsprinzip schützt die Verbraucher davor, dass notwendige medizinische Leistungen, die von der Krankenkasse erstattet werden, mit frei verkäuflichen individuellen Gesundheitsleistungen vermischt und so den Patienten sukzessive mehr Lasten aufgebürdet werden.
- d) *Leistungen in der EU* – Mit der Neuregelung des § 13 SGB V Abs. 4ff setzt die Bundesregierung die jüngste Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) um. Der **vzbv** begrüßt, dass es den gesetzlich Versicherten künftig unabhängig von ihrem Versichertenstatus möglich sein soll, grundsätzlich Kostenerstattung für im europäischen Ausland in Anspruch genommene Leistungen von der eigenen Krankenkasse zu erhalten. Das jüngste Urteil des EuGH (Rechtssache C-385/99) vom 13. Mai 2003 stellt neuerlich klar, dass auch in einem auf dem Sachleistungsprinzip basierenden Gesundheitssystem Kostenerstattung für Leistungen im Ausland möglich ist. Die im Gesetz vorgesehene Unterscheidung zwischen ambulanten und stationären Leistungen – für letztere gilt weiterhin ein Genehmigungsvorbehalt – ist im Sinne der Planungssicherheit des Krankenhausbedarfs akzeptabel.
- e) *Versicherungsumfang* – Krankenkassen sollen künftig freiwillig Versicherten Tarife mit Beitragsrückgewähr oder Selbstbehalt mit Beitragsminderung anbieten können. Diese Maßnahme dient offenbar dem Ziel, Versicherte in der GKV zu halten. Es stärkt indes nicht die Solidarität, wenn die Nichtinanspruchnahme medizinischer Leistungen finanziell belohnt wird, während auf der anderen Seite Patienten durch erhebliche Zuzahlungen zur Kasse gebeten werden. Dies widerspricht dem Sinn einer solidarischen Risikoversicherung, in der Gesunde für Kranke und gut Verdienende für Geringverdienende eintreten. Der **vzbv** lehnt daher diese Regelung ab.
- f) *Private Zusatzversicherungen* – Den gesetzlichen Krankenkassen soll die Möglichkeit eingeräumt werden, mit privaten Krankenversicherungsunternehmen zu kooperieren. Dabei

geht es um Zusatzversicherungsverträge zwischen den Versicherten der Krankenkasse und den jeweiligen Versicherungsunternehmen, insbesondere für die Wahlarztbehandlung im Krankenhaus, einen Ein- oder Zweibettzuschlag im Krankenhaus sowie eine Auslandsreisekrankenversicherung. Der **vzbv** begrüßt diese Regelung im Grundsatz, weil damit einem Wunsch der Versicherten Rechnung getragen wird, bestimmte Versicherungen, die ihren Krankenversicherungsschutz ergänzen, über ihre Krankenkasse abschließen zu können. Unklar bleibt jedoch, was mit der Zusatzversicherung, insbesondere bei günstigeren Gruppentarifen, geschieht, wenn der Versicherte von seinem Kassenwahlrecht Gebrauch macht. Die Konsequenzen der Regelung für die europarechtliche Einordnung der gesetzlichen Krankenkassen als parafiskalische Körperschaften des öffentlichen Rechts oder als private Unternehmen werden nicht erläutert. Auch hier besteht weiterer Klärungsbedarf.

- g) *Bonus für Versicherte* – Den Krankenkassen soll die Möglichkeit eröffnet werden, Versicherten, die regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten oder zur primären Prävention in Anspruch nehmen, einen Bonus zu gewähren. Zu erwägen wäre, ob auch die Teilnahme an sinnvollen Impfprogrammen mit einem Bonus belegt werden sollte. Die Präzisierung, dass ein Bonus nur für *qualitätsgesicherte* Präventionsprogramme gewährt werden kann, ist begrüßenswert und sollte auch für Früherkennungsprogramme gelten. Die nachhaltige Wirkung einzelner von Krankenkassen durchgeführten Präventionsprogramme ist durchaus umstritten. Die Koppelung von Prävention und Bonussystemen setzt für die einzelnen Krankenkassen einen Anreiz, Präventionsmaßnahmen wiederum primär unter Marketinggesichtspunkten zu betrachten. Anreizmodelle sollten sich aus Sicht des **vzbv** weniger auf „gesundheitsbewusstes Verhalten“, das sich kaum kontrollieren lässt, beziehen, sondern auf solche Handlungsoptionen, in denen Versicherte und Patienten durch ihr Verhalten Kosten einsparen oder die Effizienz der Versorgung erhöhen und damit *Systemverantwortung* vor allem im Sinne der *Wirtschaftlichkeit* wahrnehmen können. Die Förderung der betrieblichen Gesundheitsförderung durch einen Bonus ist demgegenüber uneingeschränkt zu begrüßen.
- h) *Patientenbeteiligung* – Die Regelung der §§ 140f und 140g stellt einen deutlichen Fortschritt im Blick auf Transparenz und Partizipation im deutschen Gesundheitssystem dar. Damit werden Formen der Verfahrens- und Beratungsbeteiligung in den entscheidenden Gremien des Gesundheitswesens etabliert. Dies entspricht der Forderung eines großen Teils der relevanten Patientenorganisationen. Begrüßenswert ist insbesondere, dass der Vorschlag des **vzbv**, ein Anerkennungsverfahren für Patientenorganisationen auf Bundesebene einzuführen, aufgegriffen wurde und auch die finanzielle Grundlage der Beteiligung geklärt wurde.

- i) *Patientenbeauftragte/r* – Die Einrichtung des/r Patientenbeauftragten wird vom **vzbv** ausdrücklich begrüßt. Diesem/r Beauftragten sollte ein *Beirat* zugeordnet sein, in dem die relevanten Organisationen der Patientenvertretung und -unterstützung vertreten sind. Die Zielsetzung, Patientenrechte weiterzuentwickeln, wird vom **vzbv** ausdrücklich unterstützt. Hier hat in der Tat die Funktion des/der Patientenbeauftragten eine wichtige Aufgabe. Sprachrohr der Patienteninteresse in der Öffentlichkeit soll er/sie allerdings nicht sein. Diese Aufgabe erfüllen die Patientenorganisationen schon jetzt. Sie soll der/die Beauftragte in dieser Rolle unterstützen.

2. Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung

- a) *Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit* – Der **vzbv** begrüßt die Einrichtung einer unabhängigen Institution zur Verbesserung der Qualität in der medizinischen Versorgung nach dem Vorbild des englisch-walisischen National Institute for Clinical Excellence (NICE). Die im GMG vorgesehene Aufgabenbeschreibung, zum einen anhand der wissenschaftlich neusten Erkenntnisse Informationen über die Qualität von Leistungen der medizinischen Versorgung zur Verfügung zu stellen und andererseits Stellungnahmen und Empfehlungen für die Gestaltung des Versorgungsgeschehens abzugeben, ist sinnvoll und kann dazu beitragen, Qualität und Effizienz auf wissenschaftlich gesicherter Grundlage nachhaltig zu verbessern. Der **vzbv** begrüßt, dass das Institut an die gemeinsame Selbstverwaltung angebunden wird. Allerdings sollte neben der reinen Nutzen- auch eine *Kosten-Nutzen-Bewertung* durch das Institut vorgenommen werden können. Der Bundesausschuss benötigt eine *evidenzbasierte* Grundlage, um die Frage der Wirtschaftlichkeit einer Leistung einschätzen zu können. Ansonsten besteht die Gefahr, dass Entscheidungen über den Leistungskatalog wieder ohne wissenschaftliche Basis aufgrund diffuser Verhandlungsprozesse getroffen werden.
- b) *Fortbildung der Ärzte* – Die Präzisierung und Ausweitung der Fortbildungspflicht für Ärztinnen und Ärzte ist sinnvoll und notwendig, um die Qualität insbesondere der ambulanten Versorgung zu verbessern. Wenn in Zukunft die Verlängerung der vertragsärztlichen Zulassung daran gebunden werden soll, ob Mediziner an unabhängigen Fortbildungsmaßnahmen teilgenommen haben, so ist dies sinnvoll, wenngleich allerdings nur eine äußerliche Qualitätsanforderung. Wichtiger aus Verbrauchersicht ist es, dass Ärztinnen und Ärzte regelmäßig Angebote einer selbstorganisierten Qualitätsentwicklung, etwa in Form von intervisitorischen Qualitätszirkeln (Peer Review) wahrnehmen, weil sich nur so das Niveau der Behandlung kontinuierlich und nachhaltig steigern lässt. Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen müssen diesen Rahmen für konkrete und sinnvolle Fortbil-

dungs- und Qualitätssicherungsmaßnahmen nutzen, damit die neue Regelung der Fortbildungspflicht nicht technokratisch ins Leere läuft.

- c) *Qualitätsmanagement* – In den Praxen soll ein internes Qualitätsmanagement neu eingeführt werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, über ihre eigenen, die Qualitätssicherung der Ärzte unterstützenden Aktivitäten Qualitätsberichte vorzulegen. Der **vzbv** begrüßt diese Regelung, mit der eine Empfehlung der 72. Gesundheitsministerkonferenz umgesetzt wird. Ob die Kassenärztlichen Vereinigungen von ihrer Struktur und ihrer personellen Besetzung her in der Lage sind, Qualitätssicherung und -entwicklung in der ambulanten Versorgung zukünftig zu gewährleisten, muss angesichts der erheblichen Organisationsmängel und Interessenverquickungen bezweifelt werden. Demgegenüber wäre zu prüfen, ob der Auftrag für ein umfassendes Qualitätsmanagement nicht besser bei den Ärztekammern anzusiedeln wäre.

3. Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

- a) *Medizinische Versorgungszentren* – Der **vzbv** begrüßt die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, weil sie die Möglichkeit einer integrierten wohnortnahen Versorgung eröffnen, in der einzelwirtschaftliche Interessen hinter dem gemeinsamen Qualitätsergebnis zurückstehen. Diese Perspektive wird den medizinischen Versorgungszentren im Gesetzentwurf noch nicht in ausreichender Weise eröffnet. Leitbild ist weiterhin die freiberufliche Tätigkeit des niedergelassenen Arztes. Ob die Zentren eine ernsthafte Chance haben, sich zu Versorgungsalternativen zu entwickeln, wenn sie wie geplant unter der Bedarfsplanung und Zulassungskontrolle der Kassenärztlichen Vereinigungen stehen, ist überaus zweifelhaft. Es ist sicherzustellen, dass die entsprechenden Einrichtungen durch die Vergütungssystematik für die erschlossenen Effizienzgewinne nicht bestraft, sondern belohnt werden. Ein Teil der erzielten Einsparungen muss für sinnvolle Reinvestitionen in die Gesundheitszentren genutzt werden können. An dieser Stelle sieht der **vzbv** eine wichtige Gestaltungsaufgabe der Politik wie der Kostenträger für die Zukunft des Gesundheitswesens.
- b) *Integrierte Versorgung* – Gesundheitszentren und Praxisnetze werden privilegierte Partner bei der Weiterentwicklung der integrierten Versorgung sein. Der Auftrag der Krankenkassen, Verträge für integrierte Versorgung jenseits des Sicherstellungsauftrages und ohne Einfluss der Kassenärztlichen Vereinigungen abzuschließen, eröffnet den Kostenträgern die Möglichkeit, das Versorgungsgeschehen mitzubestimmen. Die Beschränkung der integrierten Versorgungsmodelle auf jeweils ein Prozent der ambulanten und stationären Vergütung erscheint dem **vzbv** unzureichend angesichts der Bedeutung, die eine sektor-

übergreifende Versorgung für Qualität und Effizienz des Gesundheitswesens in Zukunft haben wird. Das wesentliche Strukturdefizit des deutschen Gesundheitssystems wird durch die vorliegende Regelung nur halbherzig angegangen. Insgesamt kommt die integrierte Versorgung nur weiter, wenn auch die Vergütungssystematik zwischen ambulantem und stationären Sektor im Sinne einer umfassenden Fallpauschalenvergütung integriert wird. (s.u.)

- c) *Hausarztssystem* – Künftig können die Krankenkassen ihren Versicherten spezielle Modelle zur hausärztlichen Versorgung anbieten. Der **vzbv** begrüßt dies, weil in der Vergangenheit zu viele Anreize zur fachärztlichen Spezialisierung gesetzt und damit die Rolle der Allgemeinmedizin und die Navigationsfunktion der Hausärzte geschwächt wurde. Es ist sicherzustellen, dass Zahl und Qualifikation der Hausärzte, insbesondere für die „Lotsenrolle“, ausreichend ist, um den Anforderungen einer verbesserten hausärztlichen Versorgung gerecht werden zu können. Für das intensive und anspruchsvolle Patient-Arzt-Gespräch ist eine spezielle Ausbildung notwendig, die auch die Qualifikation für ein individuelles Case-Management einschließt. Diese Qualifikationen sind vor der Zulassung zum Hausarztssystem zu erwerben. Die Zertifizierung muss für die Patientinnen und Patienten erkennbar sein. Wie jede Systemsteuerung kann auch das Hausarztssystem indes zu unerwünschten Effekten führen. So besteht die Gefahr, dass der Hausarzt als „Gatekeeper“ den notwendigen Zugang zur fachärztlichen Versorgung für Patientinnen und Patienten verzögert. Die erwünschte Lotsenfunktion könnte sich aufgrund falsch gesetzter Anreize gegen das angestrebte Ziel einer rationaleren Versorgung richten. Außerdem nehmen für weite Teile der chronisch Kranken Fachärzte, etwa in Schwerpunktpraxen, die Rolle des Vertrauensarztes ein. Auch sie müssen in ihrer Navigationsfunktion gestärkt werden. Es bedarf daher Ausnahmeregelungen für diese Patientengruppe.
- d) *Öffnung der Krankenhäuser* – Der **vzbv** begrüßt die Teilöffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung. Sie führt zu dem, dass medizintechnische Investitionen effizienter genutzt und so mittelfristig Kosten eingespart werden können. Ob sich diese Einsparpotenziale realisieren lassen, ohne in der ambulanten fachärztlichen Versorgung direktere Steuerungsinstrumente für die Neuanschaffung und Aufstellung medizintechnischer Geräte zur Verfügung zu haben, muss allerdings bezweifelt werden. Zum anderen kann die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung auch zur besseren Integration der Versorgungssektoren beitragen. Sektorübergreifende Versorgungsketten aus einer Hand bieten die Chance, dass Patientinnen und Patienten bedarfsgerechter versorgt werden, bergen aber auch die Gefahr, dass Anbieterinteressen den Behandlungsverlauf unangemessen dominieren. Ambulant tätige Krankenhäuser müssen daher über ein qualifiziertes Case-Management verfügen. Allerdings wird im Gesetzentwurf den Kas-

senärztlichen Vereinigungen ein erheblicher Einfluss bei der Öffnung von Krankenhäusern gesichert, so dass es in der Praxis vermutlich selten dazu kommen wird. Der vzbv plädiert dafür, die Öffnungsmöglichkeit nicht allein an die Nichterfüllung des Sicherstellungsauftrages zu binden.

- e) *Arbeitszeiten im Krankenhaus* – Die zum Teil unzumutbaren Arbeitsbedingungen im Krankenhaus sind nicht nur eine Belastung für die Mitarbeiter, sondern beeinträchtigen auch die Qualität und Sicherheit der medizinischen Versorgung. Daher ist es aus Verbrauchersicht zwingend erforderlich, Arbeitszeitmodelle im Krankenhaus zu etablieren, die sowohl den Mitarbeitern wie auch den Patienten entgegen kommen. In diesen Reformprozess sind indes auch die krankenhausinternen Hierarchiestrukturen sowie bestimmte Privilegien von Universitätskliniken einzubeziehen.

4. Neugestaltung der Vergütung im ambulanten Bereich

Die Ersetzung klarer Budgetgrenzen durch die Einführung von *Regelleistungsvolumina* ab 2006 kann zu Überschreitungen der bisherigen Ausgabengrenzen in der ambulanten Versorgung führen. Wenn künftig die Krankenkassen die Risiken der Morbiditätsentwicklung tragen sollen, so muss es dafür objektive, nachvollziehbare Daten geben. Entsprechend dazu ist die Fortschreibung des Risikostrukturausgleichs (RSA) im Hinblick auf die Morbiditätsverteilung unerlässlich und dringlich. Die zwischen Regierung und Opposition vereinbarte Bund-Länder-Arbeitsgruppe darf keinesfalls zu einer Verzögerung des morbiditätsorientierten RSA führen. Eine Orientierung der ambulanten (fachärztlichen) Vergütung am Fallpauschalensystem der Krankenhäuser wäre sinnvoll, auch um die Integration der Versorgungssektoren zu erleichtern (s.o.). Dass künftig die Abrechnung von bestimmter Leistungen an Qualitätsmerkmale der Leistungserbringer gebunden werden soll, ist zu begrüßen.

5. Neuordnung der Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

- a) *Festbeträge für patentgeschützte Arzneimittel* – Die Einbeziehung patentgeschützter Arzneimittel mit vergleichbaren Wirkstoffen in die Festbetragsregelung ist zu begrüßen, da sich hier Einsparpotenziale von rund einer Mrd. Euro realisieren lassen.
- b) *OTC-Präparate* – Die Herausnahme der sogenannten OTC-Präparate aus dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung ist in seinen Auswirkungen sowohl im Blick auf die zu erwartenden Einsparungen wie auch auf die Belastungen für Patientinnen und Patienten fraglich, zumal einige dieser Präparate bereits in die sogenannte Positivliste aufgenommen wurden und daher als therapeutisch sinnvoll eingestuft wurden. Ob die um-

fangreichen Ausnahmeregelungen für Kinder und Jugendliche, für homöopathische und anthroposophische Arzneimittel ohne zugelassenes Anwendungsgebiet sowie bei schweren Erkrankungen geeignet sind, um Härten etwa für chronisch Kranke tatsächlich zu vermeiden, bleibt dahingestellt. Es ist zu erwarten, dass durch diese Maßnahme Umgehungs-effekte einsetzen, so dass die nicht verschreibungspflichtigen und nun auch nicht mehr erstattungsfähigen Arzneimittel letztlich durch die Verschreibung nicht nur teurerer, sondern auch riskanterer Medikamente substituiert werden. Zu befürchten ist daher, dass die Maßnahme sogar mehr kostet als sie einbringt. Die Regelung trifft überdies insbesondere naturheilkundliche Arzneimittel, die in der Regel schonender und preiswerter sind als vergleichbare Produkte der Schulmedizin. Im Gegensatz zu dieser Regelung wünscht sich eine Mehrheit der Versicherten sogar eine weiter gehende Erstattung von homöopathischen oder Pflanzenpräparaten. Aufgrund der genannten medizinischen, sozialen und ökonomischen Risiken lehnt der **vzbv** diese Maßnahme ab.

- c) *Arzneimittel für private Lebensführung* – Arzneimittel, die überwiegend der Verbesserung der privaten Lebensführung dienen, sollen von den Krankenkassen nicht mehr erstattet werden. Das betrifft z.B. Mittel gegen erektile Dysfunktionen. Es ist schwer nachvollziehbar, wie die Abgrenzung zwischen ernsten somatischen oder psychischen Störungen und der Verbesserung der privaten Lebensführung vorgenommen werden soll. Das genannte Beispiel ist populistisch, zeigt aber, dass eine solche Trennung in der Praxis nur schwer durchzuführen sein dürfte.
- d) *Versandhandel und Lockerung des Mehrbesitzverbotes* – Der **vzbv** befürwortet die Maßnahmen zur Liberalisierung des Arzneimittelvertriebes: die Aufhebung des Mehrbesitzverbotes und die Zulassung von Versandapotheken führen Elemente des Wettbewerbs in die bisher stark regulierte Distribution von Arzneimitteln ein. Die Regelung beschränkt die Gründung von Apothekenfilialen allerdings auf drei pro Apotheker. Damit wird eine Kettengründung verhindert. Faktisch wird sich durch diese Maßnahme auf dem Arzneimittelmarkt wenig ändern. Medikamente sind indes kein Gut wie jedes andere, sondern unterliegen weiterhin besonderen Sicherheits- und Qualitätsanforderungen – das gilt auch für den Vertrieb. Die Zulassung von Versandapotheken kann daher nur unter strengen Auflagen und europäisch einheitlichen Qualitätsstandards erfolgen. Dabei ist dafür Sorge zu tragen, dass die erzielten Einsparungen sowohl den betroffenen Patientinnen und Patienten als der Gemeinschaft der Versicherten zugute kommen. Der **vzbv** begrüßt, dass wesentliche von den Verbraucherverbänden bereits vorlegte Qualitätskriterien zur Zulassung von Versandapotheken in den GMG-Entwurf aufgenommen worden sind.

- e) *Hilfsmittelversorgung* – Die Möglichkeit für Krankenkassen, Hilfsmittel auszuschreiben, ist zu begrüßen. Allerdings gilt künftig wie für alle Leistungen eine Zuzahlung von 10 Prozent (s.u.).

6. Reform der Organisationsstrukturen

- a) *Organisationsrecht der Krankenkassen* – Das Mitgliedschafts- und Organisationsrecht der verschiedenen Krankenkassen soll harmonisiert werden, um Wettbewerbsverzerrungen zu vermindern. Die Angleichung der Wettbewerbsbedingungen der Krankenkassen hängt im wesentlichen an der Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Sollte dies vor 2007 möglich sein, so könnten die bis dahin notwendigen geplanten Restriktionen schneller beendet werden. Ziel muss ein Wettbewerb der Krankenkassen um mehr Qualität und besseren Service sein, nicht aber um „gute“ oder „schlechte Risiken“. Darum sollte der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich so schnell wie möglich eingeführt werden.
- b) *Struktur der Kassenärztlichen Vereinigungen* – Eine Reform der Kassenärztlichen Vereinigungen ist überfällig und war bereits ein Anliegen der letzten Gesundheitsreform. Die Professionalisierung der Arbeitsweisen und die Zusammenlegung zu größeren Einheiten berührt indes nicht das grundsätzliche Problem, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen trotz ihres Status' als Körperschaften des öffentlichen Rechts ihrer Funktion, zwischen den unterschiedlichen Ärzteguppen zu vermitteln, sachgerechte Verteilungslösungen in der Vertragsgestaltung mit den Krankenkassen zu finden sowie die korrekte Leistungserbringung und -abrechnung wirksam zu kontrollieren, weiterhin nicht gerecht werden. Nach außen gerieren sich die Kassenärztlichen Vereinigungen als Standesorganisation mit eigenem politischen Mandat, bis hin zu unmittelbaren Eingriffen in den Wahlkampf. Die Kampagne etlicher Kassenärztlicher Vereinigungen gegen die Einführung des Disease-Management-Programme hat dem Ruf der verfassten Ärzteschaft schweren Schaden zugefügt und zu Recht die Aufsichtsbehörden auf den Plan gerufen. Aus Verbrauchersicht sind Zweifel angemeldet, ob die im Gesundheitswesen notwendige unabhängige Vertretung der Ärzteschaft noch von einer Organisationsstruktur zu erwarten ist, die sich derart desavouiert hat. Die Frage, ob die Kassenärztlichen Vereinigungen überhaupt noch reformierbar sind, ist aus dieser Perspektive derzeit nicht eindeutig positiv zu beantworten. Letztlich wäre die Teilung des Sicherstellungsauftrages zwischen Leistungsanbieter und Kostenträger sinnvoll und entspräche dem Sinn der Selbstverwaltung.
- c) *Neuordnung der gemeinsamen Selbstverwaltung* – Die Bündelung von Bundes- und Koordinierungsausschüssen sowie der von der gemeinsamen Selbstverwaltung betriebenen In-

stitutionen ist sinnvoll und kann zu mehr Effizienz in der Arbeit der Selbstverwaltung führen. Durch § 140f ist die angemessene Vertretung der Patienten und Verbraucher sichergestellt.

- d) *Bekämpfung von Missbrauch und Korruption* – Die geplanten Maßnahmen zur Korruptionsbekämpfung geben der Selbstverwaltung weitere Instrumente zur Missbrauchskontrolle an die Hand und werden vom **vzbv** begrüßt. Kontrollen und Plausibilitätsprüfungen (z. B. auf der Basis von Zeitprofilen) zur Erkennung von betrügerischen Falschabrechnungen sind grundsätzlich begrüßenswert, sofern sie von realistischen Werten ausgehen. Die Ursachen für Korruption und Abrechnungsbetrug werden indes dadurch noch nicht beseitigt. Die derzeitigen Vergütungssysteme begünstigen Intransparenz, Falschabrechnung und Missbrauch, und sie erzwingen teilweise praxisferne Behandlungsmethoden, die weniger am Patientenwohl als vielmehr an der Abrechnungssystematik orientiert sind. Deshalb sollte das bestehende Abrechnungssystem zu Gunsten eines auf realistischen und nachprüfbareren Kriterien wie Kopf- und Diagnosepauschalen basierenden Honorarmodells ersetzt werden. Krankenkassen müssen überdies durch gezielte Datenzusammenführung in den Stand versetzt werden, die Beziehungen zwischen Leistungserbringern und Versicherten, sowie zwischen den Leistungserbringern untereinander nachvollziehen zu können. Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen sollen verpflichtet werden, Abrechnungsbetrug und Korruption schärfer zu ahnden; sie benötigen dafür auch die geeigneten Sanktionsinstrumente. Die Unabhängigkeit wissenschaftlicher und ärztlicher Fachgesellschaften, welche durch ihre Therapieleitlinien und Richtlinien großen Einfluss auf das medizinische Handeln ausüben, muss durch geeignete Regeln gewährleistet werden. Korruption betrifft aber nicht nur die Leistungserbringer, sondern auch Sachverständige und Mitglieder von Beratungs- oder Entscheidungsgremien. Medizinische Sachverständige, Gutachter und Meinungsbildner müssen bei ihrer Tätigkeit Zuwendungen und Interessenkonflikte transparent und öffentlich machen.
- e) *Transparenz der Mittelverwendung* – Krankenkassen und Kassen- bzw. Kassenzahnärztliche Vereinigungen müssen künftig über die Verwendung der Mittel gegenüber ihren Mitgliedern Rechenschaft ablegen und ihre Verwaltungskosten gesondert als Beitragssatz bzw. Umlageanteil ausweisen. Hierzu zählt auch die Veröffentlichung der Vorstandsvergütungen einschließlich etwaiger Nebenleistungen und wesentlicher Versorgungsregelungen. Diese Maßnahme ist zu begrüßen, sollte aber um die Offenlegung der Rücklagen sowie einer etwaigen Verschuldung der jeweiligen Krankenkasse ergänzt werden (s.o.).
- f) *Deckelung der Verwaltungskosten* – Die Senkung der Verwaltungskosten, die Vermeidung der Verschwendung von Beitragsmitteln und die Steigerung der Effizienz in der Administration der Krankenkassen ist ein wichtiges Ziel, um unnötige Kosten einzusparen. Die vor-

geschlagene gesetzliche Deckelung der Verwaltungsausgaben widerspricht jedoch dem Grundsatz einer im Wettbewerb notwendigen weitgehend unabhängigen Betriebsführung. Ein Gutteil der Verwaltungsausgaben entspringt überdies politisch gewollten, wünschenswerten und notwendigen Vorgaben des Gesetzgebers, z.B. die Durchführung von Disease-Management-Programmen, Patientenberatung oder -beteiligung. Auch die in das Marketing der jeweiligen Krankenkasse fließenden Mittel entsprechen dem Willen des Gesetzgebers, wonach Krankenkassen sich im Wettbewerb behaupten sollen. Die Regulierung des Haushaltführung der einzelnen Krankenkasse ist demgegenüber dirigistisch und systemfremd.

- g) *Verwertung von Leistungs- und Abrechnungsdaten* – Dass die Leistungs- und Abrechnungsdaten zur Systemsteuerung durch Selbstverwaltung, Politik auf Bundes- und Landesebene, Gesundheitsberichterstattung und Forschung kassenarten- und sektorübergreifend pseudonymisiert zur Verfügung gestellt werden, entspricht einer Forderung des vzbv. In der neu einzurichtenden Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz sind Beteiligungsregeln für Patientinnen und Patienten vorgesehen. Das ist bei diesem sensiblen Thema auch unbedingt notwendig.

7. Stärkung der Prävention

Die Prävention soll im Unterschied zum Gesetzentwurf der Regierung nicht mehr im Rahmen dieser Gesundheitsreform, sondern im Zuge des geplanten Präventionsgesetzes geregelt werden. Damit werden die positiven Ansätze des Gesetzentwurfes, z.B. die stärkere Poolbildung der Mittel für Prävention oder die Berücksichtigung der verschiedenen Ebenen (Bund, Land) bei der Selbsthilfeförderung wieder zur Disposition gestellt. Der vzbv sieht in der Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung eine wesentliche Zukunftsaufgabe der Gesundheitspolitik und fordert daher die Bundesregierung auf, das Präventionsgesetz möglichst bald vorzulegen und mit den im Deutschen Forum für Prävention und Gesundheitsförderung versammelten Organisationen abzustimmen.

8. Neuordnung der Finanzierung

- a) *Versicherungsfremde Leistungen* – Seit Jahren wird die Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung durch so genannte versicherungsfremde Leistungen beklagt. Die Abgrenzung dieser Leistungen von den inhärenten Aufgaben der GKV aufgrund des Krankheitsbezuges ist kaum konsequent durchzuhalten. Die Auswahl der „versicherungsfremden Leistungen“ dürfte daher nie ganz ohne Willkür zu treffen sein. Nichtsdestotrotz ist es

sinnvoll, gesellschafts- und familienpolitische Aufträge der GKV aus Steuermitteln zu refinanzieren. Zur Deckung der empfohlenen Steuerfinanzierung kann die angekündigte stufenweise Erhöhung der Tabaksteuer mittelfristig ausreichen. Allerdings ist zu prüfen, ob sich aus der Gewährung eines Bundeszuschusses an die gesetzlichen Krankenkassen ein analoger Anspruch für die Private Krankenversicherung ergibt und wie dieser Anspruch gegebenenfalls auszuschließen ist.

- b) *Sonderversicherung des Zahnersatzes* – Ab 2005 sollen die Versicherten Aufwendungen für den Zahnersatz separat versichern, und zwar bei ihrer Krankenkasse oder optional auch bei einem privaten Versicherungsunternehmen. Damit soll die GKV um 3,5 Mrd. €, entsprechend die Arbeitgeber um 1,75 Mrd. € entlastet werden; das entspräche pro Versichertem einer Summe von ca. 5,7 € im Monat. Die Versicherten müssen bei einer privaten Versicherung jedoch voraussichtlich mit einer deutlich höheren zusätzlichen Belastung rechnen. Darum ist wahrscheinlich, dass die meisten Verbraucher das Zahnersatzrisiko bei ihrer Krankenkasse absichern. Durch den einheitlichen, einkommensunabhängigen Beitrag geht jedoch ein Stück Solidarität innerhalb der GKV verloren, ohne dass damit ein verhaltenssteuernde, präventiver Nutzen verbunden wäre. Der zusätzliche administrative Aufwand einer Sonderversicherung des Zahnersatzes wird die Versicherten vermutlich sogar zusätzlich belasten. Die Neuregelung des Zahnersatzes hat vor allem ideologische Gründe und dient letztlich einem gesundheitspolitischen Experiment: sie soll erklärtermaßen als Pilotprojekt einer weitergehenden Auslagerung medizinischer Leistungen aus dem Katalog der GKV dienen. Der **vzbv** lehnt eine solche Strategie der sukzessiven Leistungsausgrenzung ohne positive Lenkungseffekte ab.
- c) *Auslagerung des Krankengeldes* – Auch die mittelfristig geplante Umverteilung des Krankengeldes stellt eine einseitige Belastung der versicherten Arbeitnehmer zugunsten der Arbeitgeberseite dar. Ob dadurch tatsächlich Impulse für mehr Beschäftigung freigesetzt werden, ist fraglich. Die faktische Verschiebung der paritätischen Finanzierung wird durch einen zusätzlichen Beitragssatz verschleiert. Demgegenüber regt der **vzbv** die Heranziehung anderer Einkommensarten wie z.B. Miet-, Zins- und Kapitalerträge in das Beitragsaufkommen der GKV im einer *Bürgerversicherung* an.
- d) *Ausgrenzung bzw. Einschränkung von Leistungsansprüchen*
Die Einschränkung des Leistungsrahmens der gesetzlichen Krankenversicherung ist aus Sicht der Versicherten immer negativ zu beurteilen. Im Zuge einer Konsolidierung der GKV-Finzen müssen indes auch Versicherte und Patienten ihren Beitrag leisten. Der **vzbv** trägt daher folgende Maßnahme mit:

- Der Leistungsanspruch bei Maßnahmen der künstlichen Befruchtung wird auf Frauen zwischen 24 und 40 und Männer bis 50 Jahre sowie auf drei Behandlungsversuche eingeschränkt. Diese Eingrenzung ist sinnvoll.
- Die Einschränkung der Leistungspflicht bei Sterilisation auf medizinisch indizierte Behandlungen ist hinnehmbar.
- Bei Sehhilfen sind die Zuschüsse der Krankenkassen etwa zu Brillen in den letzten Jahren schon so stark reduziert worden, dass ein Verzicht darauf eine für Verbraucherinnen und Verbraucher erträgliche Mehrbelastung darstellt.
- Die Streichung des Sterbegeldes aus dem Leistungskatalog war ohnehin vorgesehen und stellt eine im Zuge der Konsolidierung der GKV-Finzen vertretbare Belastung der Versicherten dar.

Demgegenüber sieht der **vzbv** folgende Maßnahmen als kritisch an:

- Fahrtkosten mit dem Taxi oder einem Mietwagen zur ambulanten Behandlung werden außer in Ausnahmefällen, nicht mehr übernommen. Diese Sparmaßnahme würde insbesondere mobilitätsbehinderte Menschen ohne eigenen PKW betreffen. Zumindest sind für diesen Personenkreis großzügige Ausnahmeregelungen zu treffen, die nicht nur den körperliche Zustand, sondern auch das konkrete Angebot im Personennahverkehr berücksichtigen.
 - Mit dem Entbindungsgeld (derzeit 77,- €) wird eine familienpolitische Maßnahme ganz aus dem Leistungskatalog entfernt. Der **vzbv** plädiert dafür, das Entbindungsgeld im Leistungskatalog zu belassen wie andere gesundheitspolitische Leistungen aus Steuermitteln zu finanzieren.
- e) *Beitragsgestaltung der Krankenkassen* – Mit dem Gesetzentwurf soll sichergestellt werden, dass sich die durch die genannten Leistungsausgrenzungen sowie die durch die Steuerfinanzierung erzielten Entlastungen voll und die weiteren durch das Gesetz bewirkten Ausgabenminderungen und Mehreinnahmen mindestens zur Hälfte in der Höhe der Beitragsätze und Beitragsklassen auswirken und nicht nur zur Auffüllung der Rücklagen und zum Schuldenabbau verwendet werden. Dasselbe gilt für die Einführung zusätzlicher Beitragsätze für Zahnersatz oder Krankengeld. Damit wird wiederum tief in die Geschäftspolitik der jeweiligen Krankenkasse eingegriffen. Ein solcher Dirigismus ist aber weder mit den Regeln des freien Wettbewerbs der Krankenkassen noch mit den Interessen der Versicherten vereinbar. Aus Sicht der Versichertengemeinschaft muss dem Schuldenabbau eindeutig Vorrang vor Beitragsentlastungen eingeräumt werden. Die durch die Streckung der Entschuldung fälligen Zinsaufwendungen müssen schließlich auch von den Versicherten getragen werden und ließen sich bei zügiger Tilgung vermeiden. Es ist davon auszugehen, dass keine Krankenkasse im Wettbewerb um Versicherte ihre Beiträge höher hält

als unbedingt notwendig. Darum sind direkte Vorgaben des Gesetzgebers zur Beitragsgestaltung unzulässige Eingriffe in den Kassenwettbewerb, die zudem einer nachhaltigen Finanzierung der GKV entgegenstehen.

- f) *Zuzahlungen* – Das neue Zuzahlungssystem belastet Patienten insgesamt mit jährlich 3,3 Mrd. € zusätzlich. Die prozentuale Berechnung der Zuzahlungen auf alle Leistungen hat keine spezifische Steuerfunktion, etwa im Hinblick auf Qualität oder Effizienz, sondern lediglich abschreckende Wirkung bei der Inanspruchnahme von Leistungen. Dies kann mittelfristig sogar zu Mehrkosten führen, wenn notwendige frühzeitige Diagnosen und Behandlungen unterbleiben. Wie sich die geplante *Praxisgebühr* von 10 € pro Quartal und Behandlungsfall auf multimorbide Patienten auswirkt, die mehrere Fachärzte im Quartal besuchen müssen, ist derzeit nicht hinlänglich geklärt. Während bei *Krankenhausaufenthalten* eine Begrenzung der täglichen Eigenbeteiligung von 28 (vormals 14) Tagen vorgesehen ist, wird die tägliche prozentuale Zuzahlung für die *häusliche Krankenpflege* unbegrenzt fällig. Dies ist mit dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ nicht zu vereinbaren und setzt letztendlich einen unerwünschten Anreiz zur Inanspruchnahme pflegerischer Leistungen im Krankenhaus. Für Pflege und Heilmittel fällt zusätzlich noch eine Verordnungsgebühr von jeweils 10 € an. Das ab 2005 geplante befundorientierte Zuschusssystem beim *Zahnersatz* wird Patienten wieder stärker zu Kunden machen und sie den bekannten Problemen der Übervorteilung durch den Zahnarzt aussetzen. Trotz der Beibehaltung einer *Belastungsgrenze* von zwei Prozent (bzw. einem Prozent bei chronisch kranken Menschen) des Bruttoeinkommens fällt die Möglichkeit einer vollständigen *Befreiung* in Zukunft weg und wird auch nicht mehr durch eine sozial verträgliche Minderung der Zuzahlungen auf jeweils einen Euro ersetzt. Diese Regelung trifft insbesondere sozial Benachteiligte und führt für Menschen, die bisher von Zuzahlungen befreit waren, zu erheblichen Mehrbelastungen. Da diese Reform der Zuzahlungssystematik keine verhaltensteuernden Wirkungen, die zu mehr Wirtschaftlichkeit führen, lässt erwarten, lehnt der **vzbv** sie ab.
- g) *Beitrag für Rentner* – Versorgungsbezüge und Alterseinkünfte aus selbständiger Tätigkeit von in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Rentnern sollen künftig mit dem vollen Beitragssatz belegt werden. Die Maßnahme stellt ein Stück mehr Generationengerechtigkeit innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung her und ist daher aus Verbrauchersicht zu befürworten.
- h) *Einbeziehung von Sozialhilfeempfängern* – Die vorgeschlagene Regelung zur Einbeziehung von Sozialhilfeempfängern in den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung ist für die Krankenkasse kostenneutral, kann aber zur Entlastung der Kommunen beitragen, weil künftig nur die für GKV anfallenden Kosten zu bezahlen sind. Die Maßnahme ist daher zu begrüßen.