



11.09.2003

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0274(15)
vom 19.09.03

15. Wahlperiode**

**Stellungnahme der Volkssolidarität Bundesverband e.V.
zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Kranken-
versicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)
der Fraktionen SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/DIE GRÜNEN (Drs. 15/1525)**

I. Grundsätzliche Positionen zur Gesundheitsreform

Diese Stellungnahme schließt sich an die Stellungnahme an, die von der Volkssolidarität Bundesverband e. V. bereits zum „Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG)“ – Bundestagsdrucksache 15/1177 – im Juni d. J. dem Bundestagsausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung vorgelegt wurde¹.

Grundsätzlich befürwortet die Volkssolidarität Bundesverband e. V. die Notwendigkeit von Reformen zur Sicherung eines zukunftsfähigen Gesundheitssystems. Dabei stellt sie folgende Grundanliegen in den Mittelpunkt:

1.

Reformen müssen darauf gerichtet sein, auch künftig eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung für alle Bürgerinnen und Bürger, unabhängig von ihrem jeweiligen Einkommen, von ihrem Geschlecht und Alter sowie ggf. von Art und Schwere ihrer Erkrankung oder gesundheitlichen Beeinträchtigung zu sichern. Nicht der Beitragssatz an sich, sondern der Mensch muss Zielpunkt von Reformen sein.

¹ Siehe Ausschussdrucksache 0248(25) vom 20.06.03 bzw. www.volkssolidaritaet.de

Maßstab bleibt für uns, dass es für die gesundheitliche Versorgung keine sozial bedingten Zugangsbeschränkungen geben darf. Jeder soll im Bedarfsfall die Hilfe bekommen, die medizinisch und pflegerisch notwendig ist.

Deshalb setzen wir uns für den Erhalt der paritätisch und solidarisch finanzierten gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ein. Eine Aufteilung des Leistungskatalogs in Grund- und Wahlleistungen sowie eine willkürliche, medizinisch und pflegerisch nicht begründbare Ausgliederung von Leistungen aus dem Katalog der GKV lehnen wir ab.

2.

Priorität beim Erhalt der GKV kommt der **Sicherung und Erweiterung ihrer Finanzierungs- bzw. Einnahmehasis** zu. Wichtige Voraussetzungen hierfür sieht die Volkssolidarität in einer wirksameren Arbeitsmarktpolitik sowie in der Einbeziehung weiterer Bevölkerungskreise in die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, u.a. Selbständige, Freiberufler, Beamte, Abgeordnete auf der Grundlage einer allgemeinen Versicherungspflicht für Erwerbstätige („Erwerbstätigen-“, oder „Bürgerversicherung“). Die private Krankenversicherung als Vollversicherung ist langfristig aufzuheben und auf eine Zusatzversicherung zu begrenzen. Die Aufhebung der Pflichtversicherungsgrenze sowie die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, die Einbeziehung von Einnahmen aus Kapitalvermögen, Mieten und Pachten in die Finanzierung der Krankenversicherung sowie deren Entlastung von versicherungsfremden Leistungen halten wir für unumgänglich.

3.

Als Grundanliegen von Reformen betrachten wir die Verbesserung der Versorgungsqualität für alle Bürgerinnen und Bürger. Dafür ist der Ausbau einer integrierten ganzheitlichen gesundheitlichen Versorgung, z. B. durch die Einrichtung und Förderung von ärztlichen Gesundheitszentren, dringend erforderlich. Gleichzeitig geht es darum, ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgung besser zu verzahnen. Solche strukturellen Änderungen sollen zugleich dazu beitragen, Über-, Unter- und Fehlversorgung abzubauen und Effektivitätsreserven zu erschließen. Dazu gehören ebenfalls weitere Schritte, um das Qualitätsmanagement wirksamer auszugestalten.

4.

Eine Gesundheitsreform bewerten wir auch daran, wie sie der demographischen Entwicklung – nicht nur unter dem Gesichtspunkt der Relation zwischen Beitragszahlern und Leistungsbeziehern – gerecht wird. Ziel einer menschenwürdigen Gesundheitspolitik muss es sein, die gestiegene Lebenserwartung, das Phänomen der Hochaltrigkeit, die zunehmend größere Differenzierung der geschlechtsspezifischen Alterserkrankungen, einschl. der wachsenden Zahl von Demenzkranken, bei der medizinischen und pflegerischen Versorgung der Menschen zu berücksichtigen. Es ist zu gewährleisten, dass die Selbständigkeit älterer Menschen möglichst lange in ihrem bisher gelebten Wohnumfeld erhalten bleibt.

5.

Eine Gesundheitsreform muss dazu beitragen, die ganzheitliche gesundheitliche Versorgung zu fördern und insbesondere Defizite bei der Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung abzubauen. Die Verstärkung des Präventionsansatzes

im Gesundheitswesen sollte auch vorbeugende Maßnahmen gegen die erhebliche Zunahme psychosomatischer Erkrankungen beinhalten. Für Kinder, Frauen, ältere, behinderte sowie sozial benachteiligte Menschen sind mehr und wirksamere spezifische Präventions- und Betreuungsangebote erforderlich. Dafür sollten in einem Präventionsgesetz Rahmenbedingungen geschaffen werden.

6.

Eine Gesundheitsreform sollte helfen, die strukturelle Differenziertheit in der Versorgungsqualität zwischen den alten und den neuen Bundesländern zu überwinden. Versorgungsdefizite sind weiter abzubauen, der sich abzeichnende Ärztemangel in einigen ostdeutschen Regionen ist durch geeignete Maßnahmen, u. a. Anreize für Berufseinsteiger (Tätigkeit in Gesundheitszentren) entgegenzuwirken. Die Vergütung ärztlicher Leistungen im Bundesgebiet Ost ist dem Vergütungsniveau im Bundesgebiet West unverzüglich anzugleichen.

7.

Eine Gesundheitsreform muss die Reformierung der Strukturen und Funktionsweisen der Selbstverwaltungsorgane des Gesundheitswesens, der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen einschließen. Vereinbarte Regelungen sind im Interesse einer qualitativ hochwertigen Leistungserbringung verbindlicher zu gestalten, Strukturen müssen überschaubarer, Verwaltungsapparate verschlankt und die Anzahl der Krankenkassen verringert werden. Die Private Krankenversicherung ist auf Zusatzversicherungen zu beschränken.

8.

Eine Gesundheitsreform sollte ermöglichen, das Überangebot an Arzneimitteln, deren Wirksamkeit umstritten ist, zu reduzieren. Wir plädieren für eine „Positivliste“ für Arzneimittel im Sinne medizinisch fundierter und wirtschaftlich begründeter Verordnungsweisen. Der Mehrwertsteuersatz auf Arzneimittel, Medizinprodukte sowie auf Heil- und Hilfsmittel sollte halbiert werden. Ein „freiwilliger“ Medikamentenpass wird für möglich gehalten.

II. Gesamtbewertung des Gesetzentwurfs

Ausgehend von den unter I. dargelegten gesundheitspolitischen Grundpositionen trifft die Volkssolidarität Bundesverband folgende Gesamtbewertung des Gesetzentwurfs:

1. Die Volkssolidarität Bundesverband e. V. schätzt den vorgelegten Gesetzentwurf als insgesamt enttäuschend ein.

Statt den Weg einer nachhaltigen Konsolidierung der Finanzgrundlagen in der gesetzlichen Krankenversicherung zu beschreiten, konzentriert sich der Gesetzentwurf auf eine kurz- und mittelfristige Sanierung, die einseitig die Versicherten belastet. Durch eine weitere Privatisierung des Krankheitsrisikos, insbesondere die einseitige Übertragung der Kosten für Krankengeld und Zahnersatz auf die Versicherten, weitere Kürzungen im Leistungskatalog, erhöhte Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen wird das Solidarprinzip in der GKV ausgehöhlt und auf einen immer engeren Bereich der Grundversorgung eingegrenzt. Damit werden vor allem Durchschnittsverdiener, sozial

Benachteiligte, chronisch Kranke, Menschen mit Behinderungen und ältere Menschen mit erheblichen Kostensteigerungen belastet. Sie sind die Verlierer der mit dem vorliegenden Gesetzentwurf beabsichtigten „Gesundheitsreform“. Dagegen werden – ebenfalls einseitig – Arbeitgeber entlastet, ohne dass mit dieser beabsichtigten Reduzierung von Lohnnebenkosten eine annähernd äquivalente Gegenleistung eingefordert werden kann, z. B. durch die Schaffung versicherungspflichtiger Erwerbsarbeitsplätze, die zu höheren Beitrags-einnahmen in den sozialen Sicherungssystemen führen könnten.

Der Schwächung des Paritätsprinzips in der Finanzierung entspricht die zunehmende Verlagerung von Leistungen in den Bereich der privaten Versicherung – diesen Weg lehnt die Volkssolidarität Bundesverband e. V. entschieden ab, weil er nicht wirklich die Eigenverantwortung der Versicherten fördert, sondern die gesellschaftliche Entsolidarisierung verstärkt.

Es ist nicht zu erwarten, dass die vorgesehenen zusätzlichen Belastungen für die Versicherten, die nach dem vorgesehenen Übergangszeitraum ab 2006 voll wirksam werden sollen, tatsächlich durch entsprechende Beitragssenkungen aufgefangen werden. Auch insofern verfehlt der Gesetzentwurf das Ziel einer gerechten Lastenverteilung.

2. Die Volkssolidarität Bundesverband e. V. hält es für bedenklich, dass mit dem Gesetzentwurf eine Gesundheitsreform auf den Weg gebracht werden soll, bei der der Zusammenhang mit gegenwärtig laufenden oder noch beabsichtigten Änderungen in anderen sozialen Sicherungssystemen nicht bzw. unzureichend berücksichtigt wird. Dies betrifft insbesondere die Folgen für die Versicherten selbst. Durch die Umsetzung des Hartz-Konzepts, Änderungen im Sozialhilferecht, bei Rente und Pflege entstehen für breite Kreise der Bevölkerung ab 2004 erhebliche Einkommensverluste, denen nunmehr die Belastungen im Gesundheitsbereich hinzuzurechnen sind. Diese für den Einzelnen momentan kaum überschaubare Akkumulation von Leistungskürzungen und zusätzlichen Belastungen verschärft die soziale Schieflage in einem Umfang, der für viele Menschen die Frage aufwirft, ob sie sich diese oder jene Leistung der gesundheitlichen Versorgung überhaupt noch finanziell leisten können. Auch die im Gesetzentwurf vorgesehenen Grenzen für Eigenleistungen ändern daran wenig. **In besonderem Maße treffen diese zusätzlichen Belastungen die Rentnerinnen und Rentner sowie die rentennahen Jahrgänge in den neuen Bundesländern².**

Zu befürchten ist ferner, dass die Frage der Kosten noch mehr als bisher Defizite bei der gesundheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen, älteren Menschen, chronisch Kranken und Menschen mit Behinderungen erzeugt oder weiter verschärft. Hier driften gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die krank machen, und Möglichkeiten der Hochleistungsmedizin immer mehr auseinander.

² Wir verweisen auf die fehlende Rentenangleichung (Rentenwert Ost liegt 12 Prozent unter dem Rentenwert West), weitaus geringere Möglichkeiten zum Ausgleich der Belastungen durch Vermögensrücklagen sowie seit Jahren stagnierende Renten durch das „Abschmelzen“ von Auffüllbeträgen. Für die rentennahen Jahrgänge wirkt sich besonders negativ aus, dass sie überdurchschnittlich von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen sind. Hinzu kommen die drastischen Maßnahmen zur Umsetzung des Hartz-Konzepts, die in Ostdeutschland massiv Verarmung erzeugen werden.

3. Die Volkssolidarität erachtet die im Gesetzentwurf vorgesehenen strukturellen Änderungen im Gesundheitsbereich als unzureichend. Neben durchaus positiven Einzelschritten, z. B. für eine integrierte Versorgung und zur Stärkung der Patientenautonomie, verzichtet der Gesetzgeber weitgehend auf tiefere Änderungen in den Organisationsstrukturen. Im Vergleich zu den drastischen Auswirkungen für die Mehrzahl der Versicherten sind die Kassen, Kassenärztlichen Vereinigungen, Arzneimittel- und Medizingerätehersteller relativ wenig von Änderungen betroffen. Die früher geplante Einführung einer Positivliste für Arzneimittel und die Aufhebung des kostentreibenden Verhandlungsmonopols der Kassenärztlichen Vereinigungen sind nicht mehr vorgesehen. Kritisch sehen wir auch, dass die dringend erforderliche Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs mit dem Gesetzentwurf nicht begonnen bzw. erst ab 2004 verhandelt werden soll. Strukturelle Nachteile in der gesundheitlichen Versorgung in den neuen Bundesländern werden somit fortgeschrieben. **Notwendig wären dagegen dringend Maßnahmen, die es ermöglichen, die sich entwickelnden Versorgungsdefizite in einigen Regionen der neuen Bundesländer – speziell in der hausärztlichen Versorgung – abzubauen bzw. ihre weitere Ausbreitung zu verhindern.**

Durch diese „Leerstellen“ bleibt die Gesundheitsreform in der mit dem Gesetzentwurf vorgelegten Fassung nicht nur hinter den Erwartungen zurück. Vielmehr werden auch Wirtschaftlichkeitsreserven nicht oder nur ungenügend erschlossen. Auch von daher werden mit diesem Gesetzentwurf zu lösende Strukturfragen einer nachhaltigen und zukunftsfähigen gesundheitlichen Versorgung nicht angegangen.

4. Die beabsichtigte Stärkung der Patientensouveränität im Sinne von Demokratisierung und Verbraucherschutz ist begrüßenswert. Die Volkssolidarität hat aber Bedenken gegen die auch im Gesetzentwurf deutliche Tendenz, Patienten mehr und mehr zu „Kunden“ im Rahmen einer Ware – Geld – Beziehung zu machen (z. B. durch die Abschwächung des Sachleistungsprinzips). Im Gegenzug werden Ärzte mehr und mehr in die Position gewöhnlicher Unternehmer gebracht. Eine solche Entwicklung droht, die ethische Dimension des Heilens gegenüber der Kostendimension in den Hintergrund zu drängen. Auch die zunehmende Technisierung der modernen Medizin, neue Möglichkeiten der Hochleistungsmedizin und die Orientierung auf Prozessqualität dürfen nicht dazu führen, dass in der gesundheitlichen Versorgung der Mensch selbst zunehmend in eine Randposition gebracht oder nur noch als Objekt einer möglichst kostengünstigen Leistungserbringung behandelt wird.
5. Die Volkssolidarität bewertet es positiv, dass die Stärkung der Prävention als wichtiges Ziel der Gesundheitspolitik einen höheren Stellenwert erhalten und durch konkrete Maßnahmen ausgebaut werden soll. Sie unterstützt alle Regelungen, die zur Stärkung der Prävention im Rahmen einer ganzheitlichen Gesundheitsversorgung (Einheit von Prävention, Heilung, Rehabilitation und Pflege) beitragen. Deshalb befürwortet sie seit längerer Zeit die Vorlage eines umfassenden Präventionsgesetzes. Eine klarere Koordinierung zwischen Prävention und Selbsthilfeförderung, wie sie mit dem Gesetzentwurf auf den Weg gebracht werden soll, ist dringend notwendig und zu befürworten. Diese Koordinierung wird dann wirksam funktionieren, wenn für Prävention und

Selbsthilfeförderung die entsprechend erforderlichen finanziellen Mittel zur Verfügung gestellt werden. In dieser Hinsicht bestehen jedoch noch erhebliche Zweifel, ob die politisch Verantwortlichen dazu bereit sind.

III. Stellungnahme zu wesentlichen Inhalten des Gesetzentwurfs

1. Maßnahmen zur Stärkung der Patientensouveränität

- Die vorgesehenen Schritte zur Verbesserung, Stärkung und Vergrößerung der Patientensouveränität werden von der Volkssolidarität begrüßt. Mehr Transparenz über Angebote, Leistungen, Kosten und Qualität sind dringend notwendig. Zugleich sind erhebliche Zweifel an der praktischen Umsetzbarkeit bzw. Wirksamkeit anzumelden. (So ist z. B. fraglich, ob nicht viele Patienten auf ihr Recht auf eine Kosten- und Leistungsinformation verzichten werden, weil für sie die medizinische bzw. ärztliche Leistung als solche im Vordergrund steht und sie daher zusätzliche Belastungen für die Leistungserbringer eher vermeiden möchten. Eine verbindliche Kosten- und Leistungsinformation wäre hier sicher wirksamer, würde aber auch den dafür erforderlichen Aufwand entsprechend erhöhen.)
- Die ab 2006 geplante Einführung einer intelligenten Gesundheitskarte ist zu begrüßen, sofern sie fälschungssicher ist und den datenschutzrechtlichen Anforderungen genügt. Eine grundlegende Voraussetzung, die bisher der Öffentlichkeit hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit noch nicht vermittelt werden konnte, ist der Missbrauchsausschluss durch Dritte und die Wahrung der alleinigen Entscheidungshoheit über die Verwendung der Daten durch die/den Versicherte(n).
- Die Schaffung eines Amtes der/des Beauftragten für die Belange der Patienten sowie das vorgesehene Beteiligungsrecht für eine Verbesserung der Patientenvertretung im „Gemeinsamen Bundesausschuss“ ist zu begrüßen. Dabei ist aber nicht zu übersehen, dass diese Schritte Momente institutionalisierter Demokratie verkörpern. Ob dadurch tatsächlich etwas für die Patienten bewirkt werden kann, erscheint fragwürdig. Unklar bleibt vor allem die Frage der Ausstattung mit Entscheidungskompetenzen. Ob das geplante „Mitberatungsrecht“ in den Steuerungs- und Entscheidungsgremien ausreicht, erscheint zweifelhaft.
- Die Definition bzw. Festlegung, was denn „Patientenorganisationen“ sind und wer die Auswahl trifft, ist aus Sicht der Volkssolidarität ebenfalls unklar. Dies birgt die Gefahr undemokratischer Vorgehensweisen und erneuter Ausgrenzungen in sich. Die Volkssolidarität wendet sich gegen ein zu enges Verständnis des Begriffs „Patientenorganisation“, der in der Praxis offenbar nur dann zum Ansatz kommt, wenn es sich um chronisch Kranke oder Menschen mit Behinderungen handelt. Für die Volkssolidarität ist dies nicht nachvollziehbar, da wir uns sowohl als Mitgliederverband, als Träger von sozialen Diensten (für unterschiedliche Altersstufen, einschließlich Kinder- und Jugendeinrichtungen) sowie in der sozialen Interessenvertretung in großem Umfang mit der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung befassen und befassen müssen. Sowohl als Mitgliederverband als auch als Dienstleister im sozialen Bereich hat es die Volkssolidarität tagtäglich mit Patienteninteressen zu tun, vorrangig als Vertreterin dieser Interessen. Es kommt hinzu, dass die Volkssolidarität sich – wie auch einige andere Organisationen – spezieller mit Problemen der geriatrischen und

gerontopsychiatrischen Versorgung befasst, aber dennoch oft ausgeschlossen bleibt, weil ihr nicht der Status einer „Patientenorganisation“ zuerkannt wird.

- Es ist kritisch anzumerken, dass der Gesetzentwurf keine Aussagen zur Verbesserung der Patientensouveränität und Patientenrechte älterer Menschen beinhaltet, was angesichts der demografischen Entwicklung und den damit verbundenen Herausforderungen und Chancen als deutliches Defizit des Gesetzentwurfs anzusehen ist. Die Volkssolidarität verweist in diesem Zusammenhang auf ihre Initiative zur Schaffung eines „Bundesseniorenvertretungsgesetzes“, dessen Textentwurf der Bundesregierung vorliegt.
- Hinsichtlich der Selbsthilfeförderung schließt sich die Volkssolidarität den Positionen an, die vom Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband (Gesamtverband) in seinen Stellungnahme zum Gesetzentwurf für ein Gesundheitsstrukturmodernisierungsgesetz(GMG) und zu den Eckpunkten der Konsensverhandlungen zur Gesundheitsreform(August 2003) dargestellt wurden.
- Die Volkssolidarität spricht sich dafür aus, im Gesetz die Selbsthilfe bzw. Selbsthilfeförderung um den Begriff der „Seniorenselbsthilfe“ zu erweitern bzw. zu ergänzen. Gerade für gesundheitliche Aufklärung und Prävention hat die Seniorenselbsthilfe eine erhebliche und anwachsende Bedeutung. Dem sollte auch im Gesetz entsprechend Rechnung getragen werden.
- Bonusmodelle, wie sie das Gesetz vorsieht, werden von der Volkssolidarität begrüßt, sofern sie praktisch handhabbar sind, chronisch Kranke dadurch nicht benachteiligt werden und sich der Verwaltungsaufwand eingrenzen lässt, so dass ein Kostendämpfungseffekt auch tatsächlich eintritt. Hervorzuheben und zu unterstützen ist die Schaffung von Anreizen für die Teilnahme an Präventionsprogrammen und Vorsorgeuntersuchungen.

2. Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung

- Die Einführung eines Qualitätsmanagements in der medizinischen Versorgung, auch in der ambulanten ärztlichen Versorgung, ist ein notwendiger und richtiger Schritt. Was mit dem Pflegeversicherungsgesetz bei der pflegerischen Versorgung hinsichtlich der Qualitätssicherung und –entwicklung gesetzlich festgeschrieben wurde, muss im übertragenen Sinne auch für die ärztliche Versorgung in allen Leistungsbereichen durchgesetzt werden. Zu beachten ist dabei allerdings, dass es nicht wie beim Pflegeversicherungsgesetz zu einem völlig überdimensionierten bürokratischen Aufwand kommen darf.
- Die Schaffung eines unabhängigen wissenschaftlichen Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen kann bei der Erarbeitung von Behandlungsleitlinien und Pflegestandards für ausgewählte Krankheitsbilder im Sinne der Qualitätsentwicklung medizinischer und pflegerischer Versorgung ebenso hilfreich sein wie bei der Beschleunigung der Implementierung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die ärztliche Praxis.
- Die vorgesehene Fortbildungspflicht für Vertragsärzte wird begrüßt, insbesondere mit Blick auf die wachsenden fachlichen Anforderungen bei der Versorgung

chronisch Kranker im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme. Es sollte unbedingt gesichert werden, dass der Fortbildungskatalog entsprechend den wachsenden Anforderungen die fachliche Befassung mit **Alterserkrankungen**, ihre Erkennung (z. B. Alzheimer), Vorbeugung und Behandlung sowie Rehabilitation umfassend einschließt.

3. Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

- Die Maßnahmen zum Auf- und Ausbau einer integrierten gesundheitlichen Versorgung, zur Überwindung der strengen sektoralen Trennung bzw. zur besseren Verzahnung des ambulanten und des stationären Bereichs werden begrüßt. Die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung und die Gestaltung patientenorientierter Behandlungsabläufe („Versorgung aus einer Hand“ u. a.) sind Schritte in die richtige Richtung, die durch geeignete Maßnahmen weiter verstärkt werden sollte. Die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung bei allen wesentlichen medizinischen Leistungen ist sowohl unter strukturellen als auch unter finanziellen Aspekten geboten. **Zusätzliche Bedeutung gewinnt dieses Modell in den neuen Bundesländern, um rechtzeitig und wirksam drohende Versorgungsdefizite zu verhindern.**
- Die Zulassung und Förderung von Gesundheitszentren zur vertragsärztlichen Leistungserbringung ist ein bedeutender Fortschritt auf dem Weg zur Überwindung isolierten haus- und fachärztlichen Arbeitens und zur besseren Auslastung von Versorgungskapazitäten. Eine rechtliche und wirtschaftliche Stärkung von Gesundheitszentren birgt ein erhebliches Erneuerungspotenzial für eine patientenfreundliche Gesundheitsversorgung in sich, für Qualitätsverbesserungen in der Versorgung bis hin zu deutlichen Möglichkeiten einer integrierten Versorgung innerhalb ambulanter Versorgungsleistungen. Schnittstellen zwischen der medizinischen und pflegerischen Versorgung können dadurch transparenter und ggf. besser beherrschbar werden. Darüber hinaus bieten Gesundheitszentren jüngeren Ärztinnen und Ärzten gute Möglichkeiten des Berufseinstiegs und nicht zuletzt können sie ärztliches Handeln von übermäßiger Bürokratie zum Nutzen der Patienten befreien.
Die im Gesetzentwurf vorgesehenen wirtschaftlichen Anreize für die Gesundheitszentren erscheinen unzureichend – hier sollten zumindest in der Anfangsphase noch deutlichere Akzente gesetzt werden.
- Eine besondere Herausforderung stellt für die Volkssolidarität die Sicherung der Versorgungsqualität bei chronischen und Alterserkrankungen dar. Die Qualität der gerontopsychiatrischen und geriatrischen Versorgung sollte im Gesetz aus unserer Sicht stärker verankert werden. Für erforderlich halten wir
 - den Ausbau der Früherkennung und Frühbehandlung von Alterserkrankungen durch eine stärkere medizinische Beachtung altersspezifischer Risikofaktoren,
 - die altersgerechte Ausrichtung von Behandlungsmethoden in der akuten, präventiven und rehabilitativen Medizin und in der pflegerischen Betreuung,
 - Angebote zur integrativen Rehabilitation Älterer als Kombination verschiedener Therapien, mit ärztlicher Begleitung und der Koordination der Pflegeleistungen, weitestgehend als ambulante Leistungsangebote,
 - altersgerechte Programme zum Erhalt lebenspraktischer Fähigkeiten und Fertigkeiten zur möglichst langen selbständigen Lebensführung,

- die besondere Berücksichtigung der sozialen und geistig-seelischen Betreuung sowie
- eine altersgerechte Gesundheitsinformation und –beratung.

4. Neugestaltung der Vergütung im ambulanten Bereich

- Die Volkssolidarität teilt den im Gesetzentwurf zum Ausdruck gebrachten Ansatz für eine gute Patientenversorgung, dass sich die ärztliche Vergütung nicht primär nach ökonomischen Rahmenbedingungen richtet, sondern sich an der Morbidität der Patienten orientiert. Allerdings ist es fraglich, ob diesem Ansatz mit der stärkeren Ausrichtung der ärztlichen Vergütung auf Leistungskomplexe und Fallpauschalen in der Praxis tatsächlich entsprochen werden kann. Bedenken ruft die Einführung von Fallpauschalen in der ambulanten Versorgung insbesondere deshalb hervor, weil sich die „Einpassung“ von geriatrischen bzw. gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern in das Fallpauschalensystem bereits jetzt als außerordentlich kompliziert darstellbar erweist und in der Umsetzung im stationären Bereich sofort die diesbezüglichen Grenzen erkennbar wurden.
- Die im Gesetzentwurf vorgesehene Steuerung des Verordnungsverhaltens kann im Sinne von Effektivität und Wirtschaftlichkeit sinnvoll sein. Die Volkssolidarität hat jedoch Bedenken, dass eine zu enge Bindung der Honorare an veranlasste Leistungen bei Arznei- und Heilmitteln negative Rückwirkungen für die Patienten haben kann, insbesondere bei chronisch Kranken, bei älteren Patienten und bei Menschen mit Behinderungen. Unklar bleibt, ob und wie ggf. Patienten ausreichend gegen nicht auszuschließende negative Rückwirkungen veränderter Vergütungsmechanismen geschützt werden.
- Die Volkssolidarität begrüßt die vorgesehene Angleichung der ärztlichen Vergütung in den neuen und alten Bundesländern. Allerdings ist es zweifelhaft, ob der dafür im Gesetzentwurf angelegte Bewertungsmaßstab („Einkünfte je Vertragsarzt in den neuen Ländern durchschnittlich bei ca. 96 % des Westniveaus“) eine geeignete bzw. ausreichende Ausgangsbasis darstellt.

5. Neuordnung der Versorgung mit Arznei- und Hilfsmitteln

- Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen zur Neuordnung der Arznei- und Hilfsmittelversorgung können bei entsprechender Ausgestaltung ein Schritt zur Kostendämpfung sein. Eine Verbesserung der Versorgungsqualität dürfte davon nicht zu erwarten sein.
- Die Volkssolidarität bedauert den Verzicht auf die Einführung einer Positivliste für wirksame Arzneimittel. Sie müsste endlich wirksam werden, um die finanziellen Belastungen im Arzneimittelbereich besser steuern zu können und nachhaltige Einspareffekte zu erzielen. Die Volkssolidarität teilt die Position des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes (Gesamtverband), dass die dauerhafte Kostenerstattung für Arzneimittel durch die GKV an einen klaren Wirksamkeitsnachweis und eine positive Kosten-Nutzen-Relation gebunden sein muss, die wirkliche Innovation im Sinne von Lebensqualität der Patienten fördert.
- Auch die Preisbildung bei Arzneimitteln, medizinischen Geräten sowie Heil- und Hilfsmitteln und Handelsspannen gehört auf den Prüfstand, ohne dass dabei der

Leistungskatalog eingeschränkt wird. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Festbetragsregelungen können den Preisanstieg bei Arzneimitteln – zumindest zeitweilig – begrenzen.

- Wir fordern eine schnelle Halbierung der Mehrwertsteuer für Arznei- sowie für Heil- und Hilfsmittel. Dies würde die GKV und die Patienten direkt in Milliardenhöhe entlasten und der Praxis in anderen Ländern der Europäischen Union entsprechen.
- Die Volkssolidarität wendet sich nachdrücklich gegen die Streichung nicht-verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus der Leistungspflicht der GKV. Die vorgesehenen Ausnahmen für Kinder bis zum 12. Lebensjahr, bei Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen sowie bei bestimmten Indikationen sind eng begrenzt. Auch hier ist zu befürchten, dass diese Einschränkungen zulasten der Patienten gehen, insbesondere chronisch Kranker.
- Eine Zulassung des Versandhandels für Arzneimittel stößt bei der Volkssolidarität auf Bedenken, insbesondere solange die Gewährleistung der Arzneimittelsicherheit nicht zweifelsfrei nachgewiesen werden kann.

6. Reform der Organisationsstrukturen

- Die Volkssolidarität befürwortet Maßnahmen zum Abbau von Bürokratie und unwirtschaftlichen Strukturen in der gesundheitlichen Versorgung – sowohl bei Leistungserbringern als auch bei den Krankenkassen. Die vorgesehenen Maßnahmen sind jedoch eng begrenzt und unzureichend auf den tatsächlichen Reformbedarf ausgerichtet. Die Strukturen bleiben weitestgehend unangetastet. Insofern bestehen Zweifel, ob über diesen Weg durch die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen tatsächlich vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven im erforderlichen Umfang erschlossen werden können. Dies gilt sowohl für die Kassenärztlichen Vereinigungen als auch für die Krankenkassen.
- Die im Gesetzentwurf vorgesehene Begrenzung der Verwaltungskosten bei den Krankenkassen ist grundsätzlich zu begrüßen.

7. Neuordnung der Versicherung für und der Versorgung mit Zahnersatz

- Die Volkssolidarität lehnt die im Gesetzentwurf vorgesehene Neuordnung der Versicherung für und der Versorgung mit Zahnersatz als sozial ungerecht und gesundheitspolitisch bedenklich entschieden ab (siehe unsere Ausführungen unter II). Es handelt sich hier ausschließlich um eine Maßnahme zur Kostendämpfung, die für die Versicherten eher zu Verschlechterungen in der zahnärztlichen Versorgung führt.
- Besonders kritisch sehen wir die Streichung des Zahnersatzes aus dem Leistungskatalog auch deshalb, weil hier ein wichtiger Bereich der medizinischen Grundversorgung aus der solidarischen Krankenversicherung herausgeschnitten wird. Dabei werden nicht einmal Morbiditätsfaktoren berücksichtigt bzw. Härtefallregelungen vorgesehen, um besondere Härten aufzufangen, z. B. für chronisch Kranke, Menschen mit Behinderungen u. a. Eine besondere Härte ergibt sich auch für die Generationen der über 50-jährigen Bürgerinnen und Bürger, die in ihrer Jugend auf Grund der schwierigen

Lebenssituation in der Kriegs- und Nachkriegszeit weit weniger Gelegenheit hatten, gesundheitliche Vorsorge zu betreiben. Die Streichung des Zahnersatzes ist auch kontraproduktiv für viele jüngere Menschen, da die systematische zahnärztliche Vorsorge in Kindereinrichtungen und Schulen noch nicht den Erfordernissen genügt.

- Die Volkssolidarität hält die vorgesehene Regelung, dass der Abschluss einer privaten Zusatzversicherung keine Rückkehr zu einer entsprechenden Zusatzversicherung im Bereich der GKV ermöglichen soll, für bedenklich. Grundsätzlich sollte eine solche Regelung nicht auf jene angewendet werden, die ansonsten als Mitglieder in der GKV versichert sind.

8. Neuordnung der Finanzierung

- Die Neuordnung der Finanzen setzt einseitig auf der Ausgabenseite an, während Alternativen zur Verbesserung der Einnahmesituation nicht in Betracht gezogen werden. Die Hauptlast bei der Neuordnung der Finanzierung haben die gesetzlich Versicherten zu tragen. Die Volkssolidarität lehnt die Kürzungen im Leistungskatalog der GKV sowie die Herausnahme des Krankengeldes aus der paritätischen Finanzierung zu Lasten der Versicherten nachdrücklich ab (siehe Abschnitt II.).
- Die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen aus Steuermitteln ist vom Grundsatz her zu begrüßen. Dies darf aber nicht dazu führen, dass diese Leistungen entsprechend der Haushaltslage generell weggekürzt werden können (z. B. bei Leistungen für Frauen / Mütter). Auch die Streichung des Sterbegeldes verlagert die Kosten auf die Versicherten bzw. auf die Sozialhaushalte der Städte und Gemeinden.
- Die Erhöhung der Tabaksteuer zur Finanzierung bisheriger Leistungen der GKV ist unterstützenswert, solange gesichert wird, dass die Mehreinnahmen tatsächlich zweckgebunden verwendet werden. Sinnvoller wäre es jedoch, Erhöhungen der *Tabak- und der Branntweinsteuer* systematisch für Gesundheitsvorsorge / Prävention zu verwenden. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Finanzierung der GKV, die sich auf Beiträge der Versicherten entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit gründet, nicht in ähnlichem Umfang wie die gesetzliche Rentenversicherung von Steuereinnahmen abhängig werden sollte.
- Die Volkssolidarität lehnt die Neuordnung der Zuzahlungsregelungen sowie die Einführung von Praxisgebühren ab. Diese Regelungen erhöhen die Belastungen für die Versicherten in einem Ausmaß, das trotz der „Befreiungs- und Überforderungsregelungen“ nicht vertretbar ist. So können bei einem monatlichen Bruttoarbeitseinkommen von 2.500 € jährlich Mehrkosten von bis zu 600 € anfallen, denen ggf. eine Entlastung von lediglich 100 € gegenübersteht.
- Rentnerinnen und Rentner werden durch die generellen Belastungen für die Versicherten überproportional in Anspruch genommen. Im Unterschied zu den Erwerbstätigen profitieren sie nicht von anderen Entlastungen, z. B. durch das Vorziehen der Steuerreform auf den 01.01.2004. Hinzu kommt, dass dieser Personenkreis in stärkerem Maße Leistungen der GKV in Anspruch nehmen muss und daher auch wesentlich öfter und beständiger Zuzahlungen leisten muss. Daher

ist die Befürchtung nicht von der Hand zu weisen, dass Rentnerinnen und Rentner künftig von sich aus auf ärztliche Hilfe oder Arznei-, Hilfs- und Heilmittel verzichten könnten, weil sie mit zu hohen finanziellen Belastungen verbunden sind.

- Die Volkssolidarität lehnt die Erhebung des vollen Beitragssatzes auf Versorgungsbezüge und Alterseinkünfte aus selbständiger Tätigkeit bei Rentnerinnen und Rentnern in der geplanten Form ab. In den meisten Fällen sind diese Versorgungsbezüge oder Nebeneinkünfte lediglich eine Aufbesserung von Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung. Daher sollten zumindest Freibeträge (zumindest im Rahmen der Geringfügigkeit bis 400 €) gelten, um diesen Personenkreis nicht härter zu belasten.
- Die vorgesehene Neudefinition des Status „chronisch Kranke“ bzw. die Einschränkung auf dauerhafte Erkrankungen ist aus Sicht der Volkssolidarität bedenklich und abzulehnen, wenn sie zu weiteren Leistungskürzungen führen sollte. Eine solche Gefahr könnte sich für psychisch Kranke, aber auch für andere Gruppen ergeben, bei denen Krankheitsbilder starken Schwankungen unterliegen.
- Die Volkssolidarität begrüßt die vorgesehene Einbeziehung der Sozialhilfeempfänger in die GKV. Die beabsichtigte Zuzahlungsregelung macht aber aus unserer Sicht wenig Sinn, da der Regelsatz der Sozialhilfe bereits unterhalb des Existenzminimums liegt.