

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0248(16)
vom 20.06.03**

15. Wahlperiode

**Erste Stellungnahme des Sozialverbands Deutschland (SoVD)
zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG) der Bundesregierung
(Stand des Gesetzentwurfs: 12.05.03)**

I. Allgemeines

Der Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD) hält eine Reform, mit der Fehlentwicklungen korrigiert, systemsteuernde Elemente verstärkt und die bestehenden Strukturen im deutschen Gesundheitswesen optimiert werden, für dringend notwendig. Angesichts der aktuellen Finanzierungsschwierigkeiten sowie der vorhandenen Defizite, die sich in Über-, Unter- und Fehlversorgung der Patientinnen und Patienten manifestieren, müssen alle vorhandenen Rationalisierungsreserven ausgeschöpft werden. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat darauf hingewiesen, dass allein durch den Ausbau von präventiven Maßnahmen Kosten in Höhe von 25 % der derzeitigen Ausgaben eingespart werden können.

Vorrangiges Ziel muss es sein, im Rahmen der anstehenden Gesundheitsreform die Qualität der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen zu erhöhen. Nicht nur, um die Finanzierung zu sichern, sondern auch mit dem Ziel, die Lebensqualität für Menschen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten zu verbessern. Gerade in diesem Bereich bestehen erhebliche Versorgungslücken, die Krankheitsverschlimmerungen und damit erhöhte Kosten zur Folge haben.

Der SoVD hat im November 2001 in seiner Broschüre **Gesundheit hat Zukunft! – Vorschläge für eine sozialverträgliche Reform der solidarischen Krankenversicherung** Empfehlungen für eine verbesserte Versorgung der Versicherten fixiert. Darin wird deutlich darauf hingewiesen, dass sich die Gesetzliche Krankenversicherung als tragender Eckpfeiler im System der Gesundheitssicherung mit ihren Prinzipien der solidarischen Absicherung und der Sachleistung bewährt hat. Eine Abkehr von diesen Prinzipien wäre für den SoVD unerträglich.

Schon die jetzigen Eigenbeteiligungen haben die paritätische Finanzierung der GKV zu Lasten der Versicherten in Milliardenhöhe verschoben. Diese keineswegs geringen Mehrbelastungen über die ohnehin hohen Beitragssätze hinaus sind insbesondere für chronisch kranke und behinderte Menschen, die oftmals zum einkommensschwachen Personenkreis gehören, kaum noch zu verkraften. Eine weitere finanzielle Belastung für die Versicherten, die in erster Linie die chronisch kranken und behinderten Menschen trifft, ist verfehlt und für die Versicherten unzumutbar. Aus diesem Grund lehnen wir alle diejenigen Maßnahmen ab, die keine systemsteuernde Wirkung haben, sondern nur die Kosten zu Lasten der chronisch kranken, behinderten und älteren Menschen verlagern.

II. Im Folgenden legen wir unsere Position zu einzelnen Regelungen des Gesetzentwurfs dar.

1) Hausarztmodell / integrierte Versorgung:

Da Patientinnen und Patienten ein großes Bedürfnis nach Orientierungshilfen (z.B. durch den Hausarzt) im immer komplexer werdenden Gesundheitssystem haben, befürworten wir im Grundsatz ein Hausarztmodell. Denn schon jetzt ist für den Großteil der Versicherten im Krankheitsfall der Hausarzt erster Ansprechpartner. Studien zufolge (z.B. Haumann-Studie) sind mehr als 90 % der Versicherten bereit, an integrierten Versorgungsprogrammen teilzunehmen, wenn ihnen die Möglichkeit dazu eröffnet wird.

Der SoVD plädiert daher dafür, entsprechende Strukturen zu schaffen, um den Patientinnen und Patienten eine integrierte Versorgung anbieten zu können. In solch einer Versorgungsform könnte der Hausarzt optimal als Lotse fungieren. Voraussetzung dafür ist allerdings eine entsprechende Qualifizierung („All-round-Ausbildung“) des Hausarztes, die auch psychosoziale und sozialrechtliche Kenntnisse beinhaltet, so dass der Hausarzt die Patientinnen und Patienten bei komplexem Hilfebedarf (z.B. Eintritt von Pflegebedürftigkeit) auch an die entsprechenden weiterführenden Hilfen verweisen kann. Notwendig sind Fortbildungen und eine auf die Lotsenfunktion zugeschnittene Arztausbildung. Hierzu müssen unter Einbeziehung der Patientinnen und Patienten Qualitätsmerkmale geschaffen werden.

Wenn diese Voraussetzungen gegeben sind, werden sich die Versicherten gerne und freiwillig einem Hausarztmodell verschreiben, weil sie dann mit der Versorgung zufrieden sind.

Aus diesem Grund plädiert der SoVD dafür, die Bedingungen für eine vernetzte Versorgung mit dem Hausarzt als Lotsen in diesem System zu schaffen, anstatt die Versicherten mit einer Praxisgebühr zur Teilnahme an einem nicht ausgereiften Hausarztmodell zu zwingen.

Mit der Realisierung des Hausarztmodells, wie es in dem Entwurf vorgesehen ist, gehen folgende Risiken einher:

- Da es in Deutschland bis auf wenige Ausnahmen keine vernetzten Strukturen gibt, wird das Hausarztmodell, welches ein Instrument von vielen weiteren Instrumenten der integrierten Versorgung darstellt, leer laufen.
- Wir weisen darauf hin, dass die Vergütung nach Kopfpauschalen die Gefahr in sich birgt, dass der Arzt bestimmte Leistungen unterlässt, um seine Gewinnmargen zu erhöhen. Der spezifische Bedarf behinderter und chronisch kranker Menschen muss in der Vergütung der Ärzte abgebildet sein.
- Solange der Hausarzt nicht durch seine Ausbildung und Zusatzqualifikationen befähigt ist, die vorgesehene Lotsenfunktion zu übernehmen, besteht die Gefahr, dass er Patientinnen und Patienten mit ernsthaften Erkrankungen zunächst über einen langen Zeitraum (falsch) selbst behandelt, ohne die Meinung eines Spezialisten hinzu zu ziehen. Schwerwiegende weitere Erkrankungen und Schädigungen können die Folge sein.
- Die Teilnahme am Hausarztmodell muss freiwillig sein. Freiwilligkeit bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Nichtteilnahme keinerlei Sanktionen wie z.B. finanzielle Einbußen oder die Nichtgewährung von finanziellen Vorteilen mit sich bringt. Daher lehnt der SoVD die Einführung einer Praxisgebühr ab. Solange die Bedingungen für eine vernetzte Versorgung nicht geschaffen sind, dürfen die Patientinnen und Patienten nicht mit einer solchen Gebühr belastet werden, wenn sie sich direkt an den für sie kompetenten Arzt wenden.
- Neben der grundsätzlichen Ablehnung einer Praxisgebühr bei den derzeitigen Versorgungsstrukturen bestehen zusätzlich weitere Bedenken gegen die konkrete Ausgestaltung der Regelungen hierzu im GMG-Entwurf:
 - o Hausärzte verfügen nicht immer über ausreichende Kenntnisse hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen. Aus diesem Grunde begrüßen wir die in dem Gesetz vorgesehene Regelung, dass für diesen Personenkreis auch bestimmte Fachärzte, die DMPs durchführen, die Lotsenfunktion übernehmen können. Falls ein solcher Arzt nicht in zumutbarer Entfernung zu erreichen ist, werden chronisch kranke und behinderte Menschen von der Praxisgebühr befreit, wenn sie eine ärztliche Bescheinigung hierüber vorlegen können. Dieses wird im Gesetzentwurf als Ausnahmetatbestand formuliert. Tatsächlich stellt es aber die Regel dar: Für die wenigsten chronischen Erkrankungen werden DMPs von Fachärzten durchgeführt. Folge wird sein, dass der Großteil der chronisch kranken und behinderten Menschen sich von der Praxisgebühr befreien lassen muss. Abgesehen von dem unnötigen Verwaltungsaufwand, der damit verbunden ist, stellt sich für den SoVD die Frage, ob der einzelne Patient selbst bestimmen kann, welche Facharztpraxis, in der DMPs durchgeführt werden, in für ihn „zumutbarer Entfernung“ liegt. Im Zusammenhang mit der im GMG neu geregelten restriktiven Fahrtkosten-

erstattung wird durch die Einführung der Praxisgebühr der Zugang zur ärztlichen Versorgung gerade für ältere, chronisch kranke und behinderte Menschen wesentlich erschwert. Der SoVD plädiert für eine Ausnahmeregelung, aufgrund derer die fachärztliche Versorgung chronisch kranker Menschen gesichert ist.

- Insbesondere bei schwerwiegenden Diagnosen und vor Operationen muss die Möglichkeit bestehen, eine zweite fachärztliche Meinung einzuholen. Dieses ist bei der vorgesehene Regelung nicht gewährleistet.
- Die Bindung an einen Hausarzt für einen Zeitraum über ein Jahr halten wir für problematisch. Der SoVD empfiehlt statt dessen eine Bindung für das jeweilige Quartal.
- Für die spezifische Gesundheitsversorgung von Kindern (Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen,...) ist der Kinderarzt erster Ansprechpartner. Daher muss auch die direkte Konsultation des Kinderarztes ermöglicht werden, ohne dass eine Praxisgebühr fällig wird.
- Da es für Patientinnen und Patienten leider nicht die Möglichkeit gibt, sich vorab (z.B. anhand von Patientenzufriedenheitsstudien, Qualitätsberichten in patientenverständlicher Form oder Veröffentlichungen von Erfolgsquoten der einzelnen Ärzte) über die Qualitäten der Ärzte zu informieren, bleibt den Patientinnen und Patienten keine andere Alternative, als die Ärzte „auszuprobieren“. Daher muss unabhängig von unserer grundsätzlichen Ablehnung einer Praxisgebühr unter den derzeitigen Bedingungen sichergestellt sein, dass die anteilige Vergütung durch die Versicherten in Form der Praxisgebühr erst dann fällig wird, wenn der Patient bzw. die Patientin mit der ärztlichen Untersuchung und Beratung zufrieden war. Denn eine Rückerstattung dieser Gebühr bei Schlechtleistung ist im GMG nicht vorgesehen.

2) Fortbildungspflicht für Ärzte

Patientinnen und Patienten verlassen sich darauf, dass ihre medizinische Behandlung anhand von aktuellem Fachwissen und Können erfolgt. Für sie ist es in den meisten Fällen nicht zu erkennen, ob der behandelnde Arzt über das nötige und aktualisierte Wissen verfügt.

Angesichts des medizinischen Fortschritts ist eine kontinuierliche Fortbildung von Seiten der Ärzteschaft unumgänglich. Daher begrüßt der SoVD es ausdrücklich, dass Ärzte künftig verpflichtet werden sollen, sich fortzubilden, um das für die Berufsausbildung notwendige medizinische Wissen weiter zu entwickeln.

Gerade im Hinblick auf die demographische Entwicklung gewinnt die medizinische und psychosoziale Betreuung älterer Menschen immer mehr an Bedeutung. Die Dominanz der akutmedizinischen Versorgung wirkt sich auf den Personenkreis der hochaltrigen Patientinnen und Patienten besonders negativ aus. Aus diesem Grunde sollten bei den im GMG-Entwurf geregelten Fort- und

Weiterbildungen auch wesentliche Kenntnisse über eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung älterer Menschen vermittelt werden.

Eine kontinuierliche berufsbegleitende Teilnahme an qualitätsgesicherten Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen allein gewährleistet jedoch noch keine Bildungserfolge. Darüber hinaus erscheint es angebracht, dass der Wissensstand und die Fachkompetenz der einzelnen Ärzte in regelmäßigen Zeitabschnitten durch unabhängige Gutachterinnen und Gutachter überprüft werden. Sollten die Kompetenz der Ärzte nicht den Anforderungen genügen, so müssen entsprechende Konsequenzen, evtl. sogar die Entziehung der Zulassung damit einhergehen.

Ausdrücklich begrüßt der SoVD, dass Fortbildungsmaßnahmen, die von interessengeleiteten Anbietern durchgeführt werden, nicht als Fortbildung i.S.d. GMG-Entwurfs anerkannt werden.

3) Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten

Wir begrüßen die in der Regelung zum Ausdruck gebrachten Bestrebungen der Bundesregierung, die Versicherten zu gesundheitsbewusstem Verhalten anzuhalten. Bei der Entwicklung eines Bonussystems muss jedoch den individuellen Möglichkeiten bestimmter behinderter und chronisch kranker Menschen Rechnung getragen werden, so dass sichergestellt ist, dass auch dieser Personenkreis von den Boni profitieren kann.

Gleichzeitig weisen wir darauf hin, dass der Leistungskatalog der GKV im Hinblick auf die Kostenübernahme für Früherkennungs-Untersuchungen in den letzten Jahren immer stärker ausgedünnt wurde. Um der Bonus-Regelung Sinn zu geben, müsste der Leistungskatalog zumindest auf die wichtigsten Präventionsmaßnahmen und Vorsorgeuntersuchungen ausgeweitet werden. Um die Bevölkerung erfolgreich zu gesundheitsbewusstem Verhalten zu bewegen, halten wir die kontinuierliche Durchführung von bundesweiten umfassenden Gesundheitsförderungsmaßnahmen, beginnend mit Gesundheitserziehung in Kindergarten und Schule, Durchführung von Rückenschulen und Ernährungskursen für sinnvoll. Darüber hinaus plädieren wir für die Kostenübernahme von Impfungen, Wiederaufnahme bestimmter Screenings wie z.B. Hörscreening bei Kleinkindern in die Regelversorgung um Schädigungen und Risiken auszuschalten bzw. frühzeitig erkennen zu können.

Um die Kosten möglichst gering zu halten, sollte es den einzelnen Krankenkassen ermöglicht werden, sich für die Durchführung gemeinsamer Maßnahmen (z.B. gemeinsame Bestellung von Impfstoff) zusammen zu schließen.

4) Elektronische Gesundheitskarte

Der SoVD stimmt der Einführung einer elektronischen Patientenkarte zu mit dem Ziel, die Qualität in der medizinischen und therapeutischen Behandlung zu verbessern, indem die Leistungen für die Patientinnen und Patienten überprüfbar werden. Zum Schutz der Versicherten erhebt der SoVD für die Einführung einer solchen Karte jedoch folgende zwingende Voraussetzungen:

- Die Gesundheitskarte muss strengsten datenschutzrechtlichen Regelungen unterliegen und darf nur über den vorgesehenen doppelten Code für Ärzte und Patientinnen und Patienten verfügbar sein.
- Ein Widerspruch muss jederzeit möglich sein. Ebenso muss die Löschung aller Daten auf Wunsch des Patienten bzw. der Patientin erfolgen können.
- Es muss gesichert sein, dass der Patient resp. die Patientin vollkommen frei über die gespeicherten gesundheitsrelevanten Daten verfügen kann. Das Recht auf Einsichtnahme in die Daten muss mit der tatsächlichen Möglichkeit einer Einsichtnahme korrespondieren. Unseres Erachtens ist es dabei nicht ausreichend, dass der Versicherte in den Räumen seines Arztes oder der Krankenkasse auf seine Bitte hin Zugriff auf die gespeicherten Daten hat. Um eine solche Einsichtnahme zu ermöglichen, müssen den Versicherten entsprechende technische Mittel (z.B. Druckautomaten, bei denen die Gesundheitsdaten ähnlich wie bei einem Kontoauszugsdrucker abgeholt werden können) zur Verfügung gestellt werden.

Sofern diese Voraussetzungen technisch bzw. finanziell nicht gewährleistet werden, kann die mit der Einführung der Chipkarte gewollte Transparenz auch geschaffen werden, indem den Patienten und Patientinnen die Daten in Papierform ausgehändigt werden. Dies würde auch den Belangen derjenigen Menschen, die im Umgang mit den neuen Technologien nicht geübt sind, entgegenkommen.

5) Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin

Wir befürworten die Einrichtung eines Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin ausdrücklich. Vor dem Hintergrund der Einführung von Pauschal- und Festbetragssystemen sind Standards, in welcher die Qualität der Leistungen durch unabhängige Wissenschaftler festgelegt werden, unerlässlich.

Um den Beschlüssen und Empfehlungen des Deutschen Zentrums mehr Bedeutung beizumessen und die Entwicklung und Durchsetzung von Qualitätsmerkmalen im Gesundheitswesen voranzutreiben, müssen die Empfehlungen und Beschlüsse dieses Zentrums eine größere Verbindlichkeit erhalten als in dem Gesetz formuliert.

Der SoVD begrüßt ausdrücklich, dass die Beteiligung von Patienten- und Behindertenorganisationen im Deutschen Zentrum für Qualität in der Medizin vorgesehen ist. Es wird aber darauf hingewiesen, dass diese Organisationen ehrenamtlich strukturiert sind und sich aus Mitgliedsbeiträgen finanzieren. Die Einrichtung des Deutschen Zentrums darf keine zusätzliche finanzielle Belastung für diese Verbände bedeuten.

6) Patientenbeteiligung / Patientenrechte

Die in dem Gesetzentwurf vorgesehenen erweiterten Rechte zur Beteiligung der Patienten- und Behindertenorganisationen begrüßen wir, erachten sie jedoch nicht als weitgehend genug. Um eine sachgerechte Patientenbeteiligung zu gewährleisten, ist es notwendig, den einzelnen Verbände zu ermöglichen,

in den Bundesausschüssen durch die Einbeziehung von Sachverständigen und Experten in eigener Sache vertreten zu sein. Nur mit einer solchen Gleichstellung können die Patienten- und Behindertenorganisationen neben den Krankenkassen und Leistungsanbietern gleichberechtigter Akteur im Gesundheitswesen werden.

Darüber hinaus muss gewährleistet sein, dass in den entsprechenden Gremien (wie Bundesausschüsse oder Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin) ein ständiger Austausch mit den Organisationen, die Patienteninteressen vertreten, stattfindet.

Die individuellen Patientenrechte, die bislang nicht kodifiziert wurden, sind durch Schaffung eines umfassenden Patientenrechtegesetzes inhaltlich weiterzuentwickeln. Dabei muss die rechtliche Position von Patientinnen und Patienten wesentlich gestärkt werden, z.B. durch Beweiserleichterungen bei Behandlungsfehlern, Gleichstellung der Patientenaufzeichnungen mit der Krankenakte als Dokumentenbeweis, usw.

7) Leistungseinschränkungen / Mehrbelastung Versicherter

Zu Beginn unserer Stellungnahme haben wir bereits darauf hingewiesen, dass wir Maßnahmen, mit denen der Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung noch weiter eingeschränkt bzw. die Eigenbeteiligung der Versicherten erhöht wird, grundsätzlich aufs schärfste ablehnen. Der Entwurf eines GMG sieht Mehrbelastungen der Versicherten in vielen Bereichen vor. Neben unserer grundsätzlichen Kritik möchten wir zu den einzelnen vorgesehenen Maßnahmen noch spezielle Bedenken äußern:

a. Hilfsmittelversorgung – Sehhilfen

Wir befürchten, dass durch die Neuregelung zur Vergabe von Hilfsmitteln die Versorgung der Patientinnen und Patienten verschlechtert wird. Denn die Position der Krankenkassen im Vergabesystem wurde allein unter wirtschaftlichen Aspekten gestärkt. Notwendige Regelungen zur Qualitätssicherung wurden im GMG-Entwurf nicht aufgenommen. Es muss stets gesichert sein, dass bei der Vergabe von Hilfsmitteln in erster Linie den individuellen Anforderungen des Patienten bzw. der Patientin an das Hilfsmittel entsprochen wird.

Weiterhin muss den Versicherten die Möglichkeit gegeben werden, sich für Hilfsmittel zu entscheiden, die nicht im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt werden. Ihnen sollte dann der entsprechende Festbetrag erstattet werden.

Die Einschränkungen bei der Kostenerstattung bei Sehhilfen lehnen wir strikt ab. Schon die jetzigen Zuschüsse zu den Kosten von Brillen reichen nicht aus, um die Versicherten angemessen mit dem, was medizinisch notwendig ist, zu versorgen. Weitere Einschränkungen dahingehend, dass nur noch Kinder und Jugendliche sowie Personen mit schweren Sehbehinderungen Anspruch auf Kostenerstattung in Höhe des Festbetrags haben, überschreiten die Grenze des Zumutbaren.

Dies gilt insbesondere deshalb, weil eine Härtefallregelung nicht vorgesehen ist.

Des Weiteren befürchten wir, dass infolge dieser Regelung die Preise für Brillen stark ansteigen und die Versicherten dadurch doppelt belastet werden.

b. Zahnersatz

Mit der Regelung, dass die Krankenkassen künftig lediglich Zuschüsse zum Zahnersatz leisten, wird der Anspruch der Versicherten auf medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz grundlegend beseitigt. Das Sachleistungsprinzip, mit dem eine qualitativ hochwertige Versorgung mit dem medizinisch Notwendigen sichergestellt werden soll, wird durch die vorgesehene Regelung aufgegeben.

Äußerst bedenklich erscheint dem SoVD, dass die Höhe der Zuschüsse im Gesetzentwurf nicht bestimmt wird. Damit ist völlig unbestimmt, zu welchen Anteilen die Krankenkassen künftig Leistungen zum Zahnersatz gewähren.

Aufgrund dieser Unsicherheiten werden sich viele Versicherte gezwungen sehen, sich zusätzlich privat zu versichern; für andere wird in Zukunft die Versorgung mit Zahnersatz nicht mehr finanzierbar sein. Damit wird eindeutig dem Sinn und Zweck der Gesetzlichen Krankenversicherung zuwider gehandelt, nämlich die Versicherten mit dem medizinisch Notwendigen zu versorgen.

Der Ersatz von Zähnen bedeutet weit mehr als eine kosmetische Maßnahme: Da die Verdauung von Nahrung bereits im Mund beginnt, wird eine schlechte Versorgung mit Zahnersatz auch Auswirkungen auf den gesamten Körper haben (Schwächung des Immunsystems, Magen-Darm-Erkrankungen, usw.).

c. Sterilisation

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Ausnahmeregelung ist zu erweitern auf Fälle von sozialer Indikation und Verhütungsmittelunverträglichkeiten.

d. Arzneimittel

Mit der Neuregelung, dass künftig verschreibungsfreie Arzneimittel grundsätzlich nicht mehr erstattet werden, wird das Prinzip der Versorgung mit medizinisch Notwendigem verlassen.

Wir befürchten, dass in Folge dieser Regelung viele Patientinnen und Patienten die erforderliche Arzneimitteltherapie nicht durchführen, weil sie die notwendigen Medikamente nicht finanzieren können. Eine Verschlimmerung der Erkrankung und weitere Kosten für die Krankenkassen sind die Folge.

Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass Ärzte so oft wie möglich teurere verschreibungspflichtige Arzneimittel verordnen, um ihren Patientinnen und Patienten die Kostentragung der verschreibungsfreien Medikamente zu ersparen.

e. Arzneimittelzuzahlung

Die drastische Erhöhung der Zuzahlung auf 4, 6, und 8 EURO pro Arzneimittel ist den Versicherten nicht zuzumuten und kann gerade von Menschen mit geringem Einkommen nicht mehr aufgebracht werden. Dies gilt umso mehr, als auch die Regelungen zur Zuzahlungsbefreiung zu Lasten der Patientinnen und Patienten geändert werden.

f. Neuregelung Zuzahlungsbefreiungen

Die Möglichkeit einer vollständigen Befreiung von der Zuzahlungspflicht für Arznei-, Verband- und Heilmittel wird im GMG abgeschafft. Damit werden chronisch kranke und behinderte Menschen, die in besonderer Weise auf die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung angewiesen sind, massiv belastet. Vielen Menschen mit geringem Einkommen wird mit einer solchen Maßnahme der Zugang zur Versorgung mit notwendigen Arzneimitteln versperrt.

g. Zuzahlung Krankenhaus

Der vorgesehene Betrag von 12,- EURO täglich als Selbstbeteiligung der Versicherten an den Krankenhauskosten ist erheblich zu hoch. Gerade für Menschen mit geringem Einkommen ist dieser Betrag kaum aufzubringen. Die 12,- EURO sind wesentlich mehr als im Rahmen der laufenden Hilfe zum Lebensunterhalt durch die Sozialämter täglich für laufende Leistungen gewährt werden.

Wir geben zu bedenken, dass die laufenden Kosten im häuslichen Bereich wie z.B. Miete, Heizung, usw. auch bei einem Krankenhausaufenthalt weiter anfallen. Auch die Einweisung in ein Krankenhaus ist für den Patienten bzw. die Patientin mit höheren Kosten verbunden.

Da die Zuzahlung für manche Versicherten nicht aufzubringen ist, werden nötige Krankenhausaufenthalte hinausgeschoben werden. Es werden aufgrund der Krankheitsverschlimmerung erhöhte Folgekosten auf die Solidargemeinschaft zukommen.

h. Fahrt- und Transportkosten

Es besteht keine Notwendigkeit, die Voraussetzungen für die Übernahme der Fahrtkosten bzw. für die Gewährung eines Zuschusses zu verschärfen. Auch bei dieser Regelung handelt es sich um eine reine Sparmaßnahme zu Lasten der Versicherten, die keinerlei strukturellen Veränderungen mit sich bringt.

Überaus fraglich erscheint dem SoVD, nach welchen Kriterien und von wem darüber entschieden wird, wann der Transport aus „zwingenden medizinischen Gründen notwendig“ ist. Da es sich bei der vorgesehenen Regelung um eine Sparmaßnahme handelt, wird die „zwingende medizinische Notwendigkeit“ voraussichtlich wohl nicht aus der Sicht des Versicherten unter Berücksichtigung seines individuellen Bedarfs erfolgen.

Der SoVD unterstützt zwar die Absicht des Gesetzgebers, die Krankenkassen von hohen Kosten zu entlasten, die dadurch entstehen, dass Krankenhäuser mit hohem Leistungsangebot ihre Patientinnen und Patienten z.B. nach Operationen zur Nachbehandlung in kostengünstigere Krankenhäuser verlegen. In diesem Zusammenhang stellt sich für den SoVD die Frage nach der praktischen Umsetzung dieser Regelung. Falls bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus die Versicherten zunächst in Vorkasse treten müssen, um sich die – in vielen Fällen sehr hohen - Transportkosten dann von den Krankenkassen erstatten zu lassen, so lehnen wir dies als unzumutbar ab.

i. Beiträge von Rentnern

Die geplante Belastung der Versorgungsbezüge der Rentner mit dem vollen Krankenversicherungsbeitrag kritisieren wir aufs Schärfste. Bei dem niedrigen Rentenniveau und den Entwicklungen der letzten Jahre kann niemand mehr darauf vertrauen, dass sein Lebensunterhalt künftig durch die Sozialrente gesichert ist. Private Zusatzvorsorge und Betriebsrenten bekommen für den einzelnen eine immer größere Bedeutung. Daher wird private Eigenvorsorge für das Alter von der Bundesregierung propagiert und gefördert.

Diesen Bestrebungen läuft die Erhebung eines vollen Beitragssatzes auf Betriebsrenten vollkommen zuwider. Die Erhebung des vollen Beitragssatzes ist ein willkürlicher Akt zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, der nicht zu rechtfertigen ist.

Sofern in der Begründung zu dem Entwurf eines GMG darauf verwiesen wird, die Rentner und Rentnerinnen würden mittels ihrer Beiträge die durch sie verursachten Kosten nicht aufbringen, so verweisen wir auf den Sinn und Zweck eines solidarischen Systems: Es bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die übrigen Beitragszahler mit ihren Beiträgen auch für die Ausgaben durch die Rentner aufkommen. Im Übrigen machen wir darauf aufmerksam, dass die jetzigen Rentenbezieher aus ihren Arbeitseinkünften jahrzehntelang hohe Beiträge in die Gesetzliche Krankenversicherung eingezahlt haben.

j. Finanzierung des Krankengelds

Auch die Regelung, nach der die Arbeitnehmer künftig 53 % des Beitrags zur Gesetzlichen Krankenversicherung durch Ausgrenzung des Krankengeldes aufbringen sollen, können wir nur als völlig unsolidari-

sche Maßnahme ablehnen. Arbeitnehmer und Arbeitgeber tragen zu gleichen Teilen die Gesamtverantwortung für den wichtigen Sozialversicherungszweig Gesetzliche Krankenversicherung. Dies muss sich in der Finanzierung widerspiegeln.

Mit der vorgesehenen Verschiebung der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung wird der weiteren Auflösung der Parität Tür und Tor geöffnet. Wir befürchten, dass sich innerhalb von kurzer Zeit die beiden Anteile noch weiter zu Lasten der Arbeitnehmer verschieben werden.

Darüber hinaus bitten wir dringend zu berücksichtigen, dass die vorgesehene Entlastung der Arbeitgeber, die mit einer völlig unzumutbaren Belastung der Arbeitnehmer einhergeht, Signalwirkung hat und den Anstoß gibt für weitere Entsolidarisierungsmaßnahmen in anderen Sozialversicherungssystemen.

k. Herausnahme des Sterbegelds

Bereits mit Inkrafttreten des Beitragssicherungsgesetzes am 01.01.03 wurde das Sterbegeld um die Hälfte gekürzt. Aus Gründen des Vertrauensschutzes ist es den Versicherten nicht zuzumuten, diese Leistung vollkommen aus dem Katalog des SGB V herauszunehmen. Ältere Menschen haben nun keine Möglichkeit mehr, eine private Sterbegeldversicherung abzuschließen. Sinnvoll wäre es, das Sterbegeld als versicherungsfremde Leistung über Steuern zu finanzieren.

8) In vollem Umfang unterstützen wir folgende Vorschläge:

- Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen aus Steuermitteln,
- Einführung eines Qualitätsmanagements in Arztpraxen,
- Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen,
- finanzielle Unterstützung des Forums Prävention und Gesundheitsförderung,
- verfahrensrechtliche Einbeziehung von Empfängern und Empfängerinnen von Sozialhilfe in die Gesetzliche Krankenversicherung,
- Einrichtung von Gesundheitszentren.

III. Gesamtbewertung

Trotz einiger positiver Ansätze zur Strukturveränderung gehen die meisten Regelungen des Entwurfs eines GMG zu Lasten der Versicherten. Durch Zuzahlungserhöhungen und Leistungseinschränkungen werden diejenigen Menschen außerordentlich stark belastet, die in hohem Maße auf die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung angewiesen sind, nämlich die kranken, chronisch kranken und behinderten Menschen. Wir bewerten den Entwurf eines GMG und die darin neu geregelten Belastungen für chronisch kranke und behinderte Menschen als zutiefst unsozial und unsolidarisch.

Berlin, den 17. Juni 2003

Gabriele Hesseken
Referentin Abteilung Sozialpolitik