



Deutscher  
Caritasverband

---

(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0248(51)  
vom 21.06.03  
  
15. Wahlperiode

## ***Stellungnahme***

# **Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitssystems**

**Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz  
(GMG)**

**Fraktionsentwurf vom 16. Juni 2003**

**BT-Drucksache 15/1170**

Verantwortlich: Theresia Wunderlich, Abteilungsleitung  
Soziales und Gesundheit, Tel. 0761/200-190

---

Stellungnahme

- 1. Hauptanliegen des Deutschen Caritasverbandes (DCV)**
- 2. Beurteilungskriterien aus dem Selbstverständnis des Deutschen Caritasverbandes**
- 3. Maßnahmen zur Qualitätssteigerung und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen**
  - 3.1. Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin
  - 3.2. Weiterentwicklung der integrierten Versorgung
  - 3.3. Teilöffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung
  - 3.4. Einführung des Hausarzt systems
  - 3.5. Verpflichtung zur Fortbildung, Qualitätsmanagement in den Praxen
  - 3.6. Kassenärztliche Vereinigung/Kollektiv- und Einzelverträge
- 4. Stärkung der Patientensouveränität**
  - 4.1. Beteiligungsrechte/Patientenbeauftragter
  - 4.2. Förderung der Prävention
  - 4.3. Bonus für Versicherte
  - 4.4. Verbesserung der Transparenz für Versicherte
- 5. Finanzierungsneuordnungen**
  - 5.1. Versicherungsfremde Leistungen
  - 5.2. Krankengeld
  - 5.3. Beitragzahlung während des Bezugs von Mutterschafts- oder Erziehungsgeld
  - 5.4. Herausnahme nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus der Leistungspflicht
  - 5.5. Beitragserhebung auf Versorgungsbezüge und Alterseinkommen
  - 5.6. Einbeziehung von Sozialhilfeempfängern in die Gesetzliche Krankenversicherung
- 6. Neugestaltung der Zuzahlungen und Befreiungsmöglichkeiten**
  - 6.1. Arzneizuzahlung, Praxisgebühr, Zuzahlungen bei Krankenhausaufenthalt, Fahrtkosten
  - 6.2. Einheitliche Überforderungsklausel für chronisch kranke und behinderte Menschen
- 7. Eine neue solidarische Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung aufbauen**

## **1. Hauptanliegen des Deutschen Caritasverbandes (DCV)**

Der Deutsche Caritasverband befürwortet eine Neuorientierung der Gesundheitspolitik und die Bemühungen Gesundheitsleistungen mit hoher Qualität anzubieten und sie gleichzeitig finanzierbar zu halten. Für die Beurteilung der aktuellen gesundheitspolitischen Reformvorschläge, insbesondere wie sie im Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) formuliert sind, ist das entscheidende Kriterium die Auswirkung auf einkommensschwache Personen sowie chronisch kranke und behinderte Menschen. Sie dürfen nicht zusätzlich benachteiligt werden.

## **2. Beurteilungskriterien aus dem Selbstverständnis des Deutschen Caritasverbandes**

Als Anwalt von kranken, armen und armutsgefährdeten Menschen, fordert die Caritas eine armutsfeste Ausgestaltung des Gesundheitswesens. Einschnitte in das bestehende System dürfen nicht dazu führen, dass Menschen durch Krankheit sozialhilfebedürftig werden. Außerdem dürfen die Reformen Familien nicht zusätzlich belasten.

Als Träger von Einrichtungen und Diensten der Gesundheitshilfe muss der Deutsche Caritasverband darauf bestehen, dass auch in Zukunft qualitativ hochwertige medizinische und pflegerische Leistungen in gesicherten Strukturen möglich ist.

Die Caritas will in unserer Gesellschaft nicht nur für Benachteiligte eintreten sowie ihnen soziale Dienstleistungen anbieten, sondern es ist ihre genuine Aufgabe, in der Gesellschaft Solidaritas zu stiften und ein soziales Bewusstsein zu schaffen. Deshalb tritt der Deutsche Caritasverband entschieden für eine solidarische Absicherung des Krankheitsrisikos ein.

## **3. Maßnahmen zur Qualitätssteigerung und Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen**

### **3.1. Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin**

Im GMG wird die Gründung eines Zentrums für Qualität in der Medizin vorgeschlagen (Artikel 1 Ziffer 91 (§ 139 a SGB V neu)). Das Zentrum soll mit weitreichenden Kompetenzen ausgestattet werden und die alleinige Definitionsmacht der Ärzte- und Krankenkassengremien ablöse.

Der Deutsche Caritasverband unterstützt die Schaffung eines unabhängigen Instituts, das grundlegend in die Allokation von Leistungen eingreift. Es ist schon seit Jahren abzusehen, dass die bisherigen Entscheidungsgremien ihrer Aufgabe nicht mehr gewachsen sind.

### **3.2. Weiterentwicklung der integrierten Versorgung**

Die integrierte Versorgung soll weiterentwickelt werden (Artikel 1 Ziffern 92 bis 97 (§ 140 a bis e SGB V neu)).

Der Deutsche Caritasverband begrüßt es, dass die Trennung von ambulant, stationär und teilstationär aufgehoben wird und vernetzte Strukturen geschaffen werden, die die wesentlichen Bereiche der Gesundheitsversorgung wie Krankenhaus, Behindertenhilfe, Rehabilitation und ambulante Versorgungsstrukturen einschließen. Die integrierte Versorgung ist die beste Lösung für Patienten. Denn sie reduziert Mehrfachbehandlungen und -untersuchungen. Den Ausbau der Krankenhäuser zu integrierten Kompetenzzentren hält der Deutsche Caritasverband im Interesse der ökonomischen Nutzung der vorhandenen Ressourcen wie auch im Interesse der besseren Versorgung der Patienten für wünschenswert. Gerade nach der Entlassung des Patienten ist eine enge Anbindung an das Krankenhaus die beste Gewähr für eine fachlich korrekte und für den Patienten überschaubare Weiterbehandlung. Die nahtlose Weiterleitung in eine bedarfsgerechte Anschlussheilbehandlung ist damit gewährleistet.

Der Gesetzentwurf sieht vor, vermehrt Eigeneinrichtungen der Krankenkassen (Änderung des § 140 SGB V) zu fördern. Dies führt nicht zu mehr Wettbewerb, sondern zum Aufbau von Doppelstrukturen. Denn es besteht die Gefahr, dass nur noch die Krankenkassen bestimmen, welche Leistungen den Patienten budgetabhängig zur Verfügung gestellt werden. Dies lehnt der Deutsche

Caritasverband ab. Der Deutsche Caritasverband fordert vom Gesetzgeber eine Klarstellung, dass die Krankenkassen eine gleichberechtigte Beteiligung aller Leistungspartner und relevanter Patientenvertreter bei der Entwicklung integrierter Versorgungsmodelle berücksichtigen müssen.

Bisher als integrierte Versorgung bezeichnete Konzepte beruhen nicht auf der alten Fassung des § 140 a ff. Auch in der neuen Fassung wird die Absicherung des Morbiditätsrisikos durch Nicht-Krankenkassen als Netzbetreiber noch nicht mit strukturellen Mitteln behoben. Im Gesetzentwurf wird deswegen der § 140 (Eigeneinrichtungen) geöffnet, weil mit der Budgetübernahme Verpflichtungen entstanden. In der Konsequenz geht die Absicherung des Morbiditätsrisikos der an der Versorgung teilnehmenden Versicherten auf die Netzbetreiber über. Dies ist für Netzbetreiber eine unkalkulierbare Größe, da keine empirischen Daten zur Verfügung stehen. Eine einseitige Verlagerung des Risikos auf die Netzbetreiber lehnt der Deutsche Caritasverband aus systematischen Gründen ab. Er sieht dringenden Klärungsbedarf, wie dieses Risiko für potentielle Netzbetreiber kalkuliert und ausgeglichen werden soll.

Für ein verbessertes Schnittstellenmanagement zur Optimierung der integrierten Versorgung fordert der Deutsche Caritasverband:

- Anspruch des Patienten auf häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V

Durch die Verkürzung der Liegezeiten im Krankenhaus wegen der Einführung der Fallpauschalen wird sich die Dauer der Pflege im ambulanten Bereich voraussichtlich verlängern. Deshalb muss der Anspruch auf eine Pflege zur Vermeidung oder Verkürzung des Krankenhausaufenthaltes von derzeit 4 Wochen auf 6 Wochen erhöht werden.

- Anspruch auf Haushaltshilfe nach § 38 Abs.1 und 2 SGB V

Immer mehr, insbesondere ältere Menschen, leben allein in einem Haushalt und haben niemanden, der sie im Krankheitsfall nach einer früheren Entlassung aus dem Krankenhaus unterstützt. Deshalb muss Haushaltshilfe, wenn keine Person im Haushalt lebt, die eine Versorgung gewährleisten kann, eine Leistung der Krankenkassen werden. Haushaltshilfe muss von einer „Kann-“ in eine „Muss-“ Leistung der GKV überführt werden.

### **3.3. Teilöffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung**

Die Teilöffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung wird im GMG ermöglicht (Artikel 1 Ziffer 66 GMG (§§ 116a und 116b SGB V neu)).

Der Deutsche Caritasverband begrüßt dies. Neben der im GMG vorgesehenen Erarbeitung eines gemeinsamen Kataloges ist zusätzlich die Vergütung der festgelegten Leistungen zu überprüfen, da der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) bei nicht abgebildeten oder nicht sachgerecht bewerteten Maßnahmen an methodische Grenzen stößt. Daher müssen in Artikel 1 Ziffer 66 GMG zusätzlich alternative Vergütungsmöglichkeiten vorgesehen werden.

### **3.4. Einführung des Hausarzt systems**

Die Einführung des Hausarzt systems (Artikel 1 Ziffer 26 GMG (§ 67 und § 87Abs. 2a Satz 4 neu)) ist ein zentraler Punkt im vernetzten System.

Der Deutsche Caritasverband spricht sich für eine Qualifizierung und Stärkung der Hausärzte als künftige Lotsen im Gesundheitssystem unter Beibehaltung der freien Arztwahl des Patienten aus. International gibt es aber auch alternative Modelle des Case Management von Patienten. Eine Übertragbarkeit auf Deutschland ist vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels in Medizin und Pflege dringend zu prüfen.

### **3.5. Verpflichtung zur Fortbildung, Qualitätsmanagement in den Praxen**

Die Vertragsärzte werden zur fachlichen Fortbildung verpflichtet (Artikel 1 Ziffer 49).

Die Neugestaltung der Fortbildung ist ohne Einschränkungen zu unterstützen. Es fehlt jedoch eine klare Beziehung zu den neuen Anforderungen, die sich aus der Lotsenfunktion, der Integrierten Versorgung und der Umsetzung der Disease-Management-Programme (DMP) ergibt. Die Lotsenfunktion ist eine Leistung, die nicht zu dem üblichen Repertoire der Therapie und Behandlung eines Arztes gehört. Die Integrierte Versorgung wird im GMG bisher nur unter vertragsrechtlichen Gesichtspunkten betrachtet. In der konkreten Praxis muss sich Integrierte Versorgung aber als Teamarbeit zwischen Medizinern und medizinischen Heilberufen erweisen. Für diese Art der Zusammenarbeit sind die Ausbildung kommunikativer und sozialpsychologischer Kompetenzen vorrangig.

### **3.6. Kassenärztliche Vereinigung/Kollektiv- und Einzelverträge**

Die kollektivvertraglich organisierte Sicherstellungsverpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen soll künftig nur noch für die hausärztliche und kinderärztliche Versorgung sowie für die durch Augenärzte und Gynäkologen erbrachte fachärztliche Versorgung gelten. Die Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung soll – zunächst neben dem kollektivvertraglichen System, langfristig jedoch ausschließlich – durch die Krankenkassen erfolgen, die hierzu Einzelverträge mit Fachärzten oder Psychotherapeuten sowie Gesundheitszentren und - soweit erforderlich - mit geeigneten Krankenhausärzten schließen. Damit erhalten die (einzelnen) Krankenkassen langfristig äußerst wirksame Möglichkeiten der Steuerung des Angebots an fachärztlicher Behandlung (vgl. § 106 b SGB V neu).

Aus Sicht der Versicherten kommt einer bedarfsgerechten fachärztlichen Versorgung große Bedeutung zu. Nur wenn ausreichend Fachärzte zur Verfügung stehen, ist gewährleistet, dass der Anspruch auf ärztliche Behandlung nach § 28 SGB V im Einzelfall erfüllt wird. Langfristig werden Versicherte nur noch Fachärzte in Anspruch nehmen können, die einen Vertrag mit ihrer Kasse geschlossen haben. Eine Begrenzung des Angebots durch einzelne Kassen könnte so im Extremfall sogar dazu führen, dass das Recht der Versicherten auf freie Arztwahl mangels Auswahlmöglichkeiten leer läuft (z.B. in ländlichen Regionen). Angesichts dieser Bedeutung des Sicherstellungsauftrags ist es nicht sachgerecht, dass der Gesetzgeber auf nähere Regelungen ganz verzichtet und die Festlegung von Vorgaben für eine bedarfsgerechte Versorgung ausschließlich den Spitzenverbänden der Krankenkassen überlässt (§ 106 b Abs. 5 SGB V neu). Entsprechende Vorgaben müssen insbesondere die fachärztliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten im Blick haben und eine Verzahnung mit den Krankenhäusern, damit die überproportionalen Kosten durch das doppelte Facharztsystem abgebaut werden.

Bisher wird der unstreitig erforderliche Mehraufwand für die Behandlung von Menschen mit (geistiger) Behinderung und chronischen Krankheiten im vertragsärztlichen Vergütungs- und Abrechnungssystem nur unzureichend erfasst. Richtgrößen und mögliche Regresse stellen Ärzte vor große Schwierigkeiten, wenn sie überdurchschnittlich viele Menschen mit Behinderungen und chronischen Krankheiten betreuen (z.B. in Orten mit großen stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe im ländlichen Raum).

Wenn in Zukunft für hausärztliche Leistungen in Hausarztssystemen Pauschalvergütungen vorgesehen werden (§ 87 Abs. 2 a SGB V neu), könnten sich diese Problem sogar noch verschärfen. Der Entwurf sieht lediglich vor, dass bei der Festlegung der Pauschalen die mit dem Gesundheitszustand verbundenen Unterschiede im Betreuungsaufwand der Versicherten sowie der erhöhte Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsaufwand berücksichtigt werden können. Diese Regelung muss als verbindliche Vorschrift ausgestaltet werden („ist zu berücksichtigen“). Es darf nicht nur auf den Gesundheitszustand abgestellt werden.

Zu begrüßen ist die Möglichkeit, bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen von Vertragsärzten individuelle Richtgrößen zu vereinbaren (§ 106 Abs. 5 d SGB V neu). Solche individuellen Richtgrößen sollten allerdings nicht nur aus Anlass von Wirtschaftlichkeitsprüfungen vereinbart werden können, sondern auch wenn Praxisbesonderheiten vorliegen. Nur so lässt sich vermeiden, dass Versicherten aus Angst vor Regressen Leistungen vorenthalten werden.

## **4. Stärkung der Patientensouveränität**

### **4.1. Beteiligungsrechte/Patientenbeauftragter**

Die Stärkung der Patientensouveränität wird vom Deutschen Caritasverband unterstützt. Die Beteiligungsrechte und Verfahrensweisen müssen jedoch schon im Gesetz genauer festgelegt werden.

### **4.2. Förderung der Prävention**

Der Deutsche Caritasverband begrüßt ausdrücklich die politische Zielsetzung zur Stärkung der Prävention. Die vorgeschlagenen Änderungen in § 20 SGB V lassen einen Ausbau der Prävention allerdings nicht erkennen. Es ist vorgesehen, lediglich ein Viertel der bisherigen Ausgaben in einem Gemeinschaftsfond zusammenzufassen. Damit wird lediglich eine neue Verteilungsstruktur für einen Teil der bisher bereits eng budgetierten Ausgaben geschaffen.

Unter der Annahme, dass sich durch eine zielgerichtete Stärkung der Prävention mittel- und langfristig deutliche Einspareffekte in den Ausgaben des Gesundheitswesens erzielen lassen, fordert



der Deutsche Caritasverband, mit der Änderung des § 20 eine Erhöhung der Ausgaben in diesem Bereich, mindestens um die 25 % Kosten zur Einlage in den „Gemeinschaftsfonds Prävention und Gesundheitsförderung“ zu verbinden.

#### **4.3. Bonus für Versicherte**

Die Teilnahme am Hausarztmodell ist mit einem Bonussystem verbunden (Artikel 1 Ziffer 24 GMG). Das im Entwurf vorgeschlagene Verfahren ist sehr bürokratisch und mit einem höheren Verwaltungsaufwand verbunden.

Behinderte und chronisch kranke Patienten, bei denen die Teilnahme nicht sinnvoll ist, können auf Antrag bei der Krankenkasse davon ausgenommen werden und trotzdem am Bonussystem teilnehmen. Hoch problematisch ist die eventuelle Prüfung durch den MDK. Die Bedeutungsausweitung des MDK in diesem so zentralen Punkt lehnt der Deutsche Caritasverband ab, da der MDK wegen seiner Abhängigkeit zu den Krankenkassen befangen ist. Derartige Investitionen in bürokratische Verfahren, die qualifizierte Ärzte und Fachkräfte binden, die der Patientenversorgung fehlen, lehnt der Deutsche Caritasverband entschieden ab.

#### **4.4. Verbesserung der Transparenz für Versicherte**

Ärzte sollen künftig auf Verlangen der Versicherten in einer Leistungsaufstellung im Anschluss an die Behandlung schriftlich ihre Patientinnen und Patienten in einer für diese verständlichen Form unterrichten. Die elektronische Gesundheitskarte soll sukzessive bis 2006 allen Patientinnen und Patienten einen sicheren Zugang zu deren Gesundheitsdaten ermöglichen.

Der Deutsche Caritasverband begrüßt diese Maßnahme. Jedoch sollte die Leistungsaufstellung unaufgefordert mindestens vierteljährlich durch den behandelnden Arzt dem Patienten zur Verfügung gestellt werden. Darin sollten nicht nur die Leistungen, sondern auch die abgerechneten Kosten aufgeführt sein.

Unverzichtbar für die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte ist, dass alle Informationen verständlich formuliert und insbesondere der Patient Herr seiner Daten bleibt und Missbrauchsmöglichkeiten ausgeschlossen sind.

## 5. Finanzierungsneuordnungen

### 5.1. Versicherungsfremde Leistungen

Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass die familienunterstützende Leistungen in der GKV als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gewertet und somit über Steuern refinanziert werden sollen.

Die Klassifizierung als versicherungsfremde Leistung ohne Krankheitsbezug trifft jedoch nicht für die Haushaltshilfe zu. Diese sieht in einem anderen Kontext als die Aufwendungen für Mutterschaftsgeld, Entbindungsgeld und die sonstigen Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§§ 13 Abs. 1 und 15 des Mutterschutzgesetzes). Für die Haushaltshilfe ist das Vorliegen einer Erkrankung essentielle Voraussetzung. Sie sichert, dass die haushaltsführende Person alle Maßnahmen in Anspruch nehmen kann, die zur Genesung und Linderung dieser Krankheit notwendig sind. Leistungen nach § 38 SGB V sind unverzichtbar vor allem für Mütter und Väter mit kleineren Kindern, die schwer und/oder dauerhaft erkrankt sind.

Leistungen nach § 38 SGB V sind nur in Verbindung mit einem stationären Aufenthalt der haushaltsführenden Person bzw. in Verbindung mit häuslicher Krankenpflege Pflichtleistungen der GKV. Im Unterschied dazu können die Krankenkassen bei einer Erkrankung, die zuhause kuriert wird, über die Leistung und deren Umfang nach freiem Ermessen entscheiden. Diesen Spielraum haben viele Krankenkassen gerade in der jüngeren Vergangenheit genutzt, um durch eine restriktive Genehmigungspraxis, die zu vielen Härten geführt hat, Ausgaben einzusparen. Hier fordert der Deutsche Caritasverband gerade auch im Hinblick auf den angestrebten Ausbau von ambulanten Behandlungen auch Leistungen nach § 38 Abs. 2 SGB V bei Vorliegen der Voraussetzungen als Pflichtleistungen auszugestalten.

### 5.2. Krankengeld

Das Krankengeld soll zukünftig allein durch die Versicherten finanziert werden. Es soll bei einer solidarischen Absicherung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung bleiben. Der Arbeitgeberanteil entfällt und damit werden die Lohnnebenkosten gesenkt.

Die Belastung der Versicherten durch die alleinige Finanzierung des Krankengeldes ist für den weitaus überwiegenden Teil der Versicherten verkraftbar. Zu beachten ist dabei, dass infolge der Bemessung der Krankenversicherungsbeiträge auf der Grundlage des Arbeitsentgelts niedrigere Einkommen deutlich geringer belastet würden. Schließlich sieht der Gesetzesentwurf Beitragsfreiheit für Bezieher von Krankengeld vor.

Dennoch fordert der Deutsche Caritasverband, dass für untere Einkommensgruppen eine Kompensation vorgesehen wird, dies vor allem deshalb, weil damit zu rechnen ist, dass weitere Auslagerungen sozialer Risiken aus der sozialen Sicherung nach dem Sozialgesetzbuch in die private Vorsorge erfolgen werden. Naheliegend ist die Gewährung von öffentlichen Zuschüssen an die Betroffenen, was aber mit erheblichem Verwaltungsaufwand verbunden sein kann. Um insoweit kostenaufwändigen Verwaltungsaufwand niedrig zu halten, sollte bei lohnsteuerabhängigen Personen geklärt werden, inwieweit die Kompensation durch Anhebung des steuerrechtlichen Existenzminimumgarantiebetrages erfolgen kann.

Leistungsrechtlich sieht der Arbeitsentwurf keine Änderungen vor. Dies bedeutet, dass die Höhe des Krankengeldes weiterhin 70% des Regelentgeltes, höchstens jedoch 90% des Nettoarbeitsentgeltes beträgt. Die prozentual bemessene Leistung hat wie bei anderen prozentual bemessenen Sozialleistungen den Nachteil, dass das Existenzminimum nicht gesichert wird. Dies bedeutet, dass Menschen unterer Einkommensschichten, die mehr als 6 Wochen krank sind, gegebenenfalls in die Sozialhilfe fallen und Leistungen des Sozialamtes in Anspruch nehmen müssen, um trotz ihrer Krankheit ein menschenwürdiges Leben führen zu können. Gegebenenfalls. müssen sie in diesem Fall zunächst ihr Vermögen bis zum kleinen Barbetrag nach § 88 Abs. 2 Nr. 8 BSHG aufbrauchen. Es war immer ein Hauptanliegen des Deutschen Caritasverbandes, besonders verdeckte Armut zu vermeiden. Wenn nun in ein der Sozialhilfe vorgelagertes soziales Sicherungssystem derart eingegriffen wird, fordert der Deutsche Caritasverband, das Krankengeld der gesetzlichen Krankenversicherung mindestens in der Höhe des durch die Sozialhilfe garantierten Existenzminimums auszustatten.

### **5.3. Beitragzahlung während des Bezugs von Mutterschafts- und Erziehungsgeld**

Der Deutsche Caritasverband begrüßt die Beseitigung der Schlechterstellung freiwillig Versicherter, die bisher schon während des Bezugs von Mutterschaftsgeld oder Erziehungsgeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit Beiträge entrichten mussten, weil sie entweder nicht oder nicht mit einem gesetzlich krankenversicherten Ehegatten verheiratet waren und somit nicht familienversichert sein konnten. Da nach den Neuregelungen in § 251 Abs. 4 und § 258 Abs. 2 der neu zu entrichtende Beitrag für die Pflichtversicherten vom Bund getragen wird und freiwillig Versicherte einen Beitragszuschuss des Bundes in Höhe des von ihnen zu tragenden Mindestbeitrags erhalten, ändert sich durch die Neuregelung in § 10 Abs. 1 Satz 4 an der bisherigen „Beitragsfreiheit“ für die Versicherten jedoch nichts. Zu begrüßen ist, dass diese familienpolitische Leistung nicht mehr allein von der Versichertengemeinschaft aufzubringen ist, sondern gesamtgesellschaftlich über Steuermittel finanziert wird.

### **5.4. Herausnahme nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus der Leistungspflicht**

Die Herausnahme nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus der Leistungspflicht (Artikel 1 Ziffer 13 (Änderung des § 34 SGB V) und Ziffer 46 (Änderung des § 92 SGB V)) birgt die Gefahr, dass aufgrund der Budgetierung zukünftig vermehrt nicht verschreibungspflichtige Arznei-, Heil- und Hilfsmittel statt verschreibungspflichtige verordnet werden, um das Budget zu entlasten. Einer solchen Gefahr sollte zum Wohle der Versicherten ein Riegel vorgeschoben werden, indem auch nicht verschreibungspflichtige verordnete Medikamente nur bis zu einer Höchstgrenze vom Versicherten selbst bezahlt werden müssen. Diese Höchstgrenze für Zahlungen für nicht verschreibungspflichtige Medikamente sollte am Einkommen orientiert festgelegt werden, damit Sozialhilfeempfänger und Familien im prekären Wohlstand nicht zusätzlich belastet werden.

Auch wenn die Eigenverantwortung und Entscheidungsfreiheit der Patienten nach Auffassung des Deutschen Caritasverbandes gestärkt werden muss, ist die Herabsetzung der Altersgrenze von 18 auf 12 bzw. 17 Jahre für die Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes nicht akzeptabel. Kinder sind bis zum 18. Lebensjahr und häufig noch darüber hinaus finanziell von ihren Eltern abhängig. Gerade auch kinderreiche Familien sollten nicht durch eine solche Regelung zusätzlich belastet werden. Die Versorgung mit allen Medikamenten für Kinder bis zum 18. Lebensjahr muss erhalten bleiben.

Im Zusammenhang mit einer wirkstoffbezogenen Liste, die vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für die Definition des Ausschlusses von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln erstellt werden soll, merkt der Deutsche Caritasverband folgendes an:

- Der allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse sollte klar definiert werden und mit einem Verfahren zu Messung des Behandlungserfolges hinterlegt werden.
- Diese Verfahren des Nachweises und der Anerkennung gilt es zu regeln, damit an dieser Stelle nicht einer Beliebigkeit Tür und Tor geöffnet wird.
- Bei der Erstellung dieser wirkstoffbezogenen Liste sollten ebenfalls Patientenvertreter und Leistungserbringer miteinbezogen werden.

## **5.5. Beitragserhebung auf Versorgungsbezüge und Alterseinkommen**

Der Deutsche Caritasverband begrüßt, dass künftig auch auf Versorgungsbezüge und Alterseinkünfte aus selbständiger Tätigkeit der volle Beitragssatz erhoben werden soll. Zusätzlich fordert der Deutsche Caritasverband, auch Einnahmen wie aus Vermietung und aus Kapitalanlagen der Krankenversicherungspflicht zu unterziehen (siehe Solidarische Finanzierung)).

## **5.6. Einbeziehung von Sozialhilfeempfängern in die Gesetzliche Krankenversicherung**

Der Gesetzesentwurf nimmt zwar die Sozialhilfeempfänger nicht in die GKV auf. Aber er trägt dem heutigen Missstand Rechnung, in dem die Krankenkassen künftig auch für die Sozialhilfeempfänger die Aufwendungen für Krankenbehandlung in dem Rahmen übernehmen, als seien sie gesetzlich krankenversichert. Damit erstreckt sich die Wirkung des Budgets auch auf Sozialhilfeempfänger und Asylsuchende. Die Sozialhilfeträger müssen zwar künftig den Kassen die entsprechenden Aufwendungen plus einer Verwaltungskostenpauschale ersetzen. Dennoch werden sie spürbar entlastet werden.

Trotz dieser Verbesserung weist der Deutsche Caritasverband weiterhin auf die längst fällige Umsetzung des Art. 28 des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 hin, wonach die noch nicht krankenversicherten Sozialhilfeempfänger in die gesetzliche Sozialversicherung aufgenommen werden sollen.

## **6. Neugestaltung der Zuzahlungen und Befreiungsmöglichkeiten**

### **6.1. Arzneimittelzuzahlung, Praxisgebühr, Zuzahlungen bei Krankenhausaufenthalt, Fahrtkosten**

Zuzahlungen werden in Deutschland schon heute in großem Umfang geleistet. Das Volumen der Zuzahlungen der Versicherten hat sich dabei von ca. 6,6 Milliarden € im Jahre 1992 über 8,6 Milliarden € im Jahre 1996 auf 9,8 Milliarden € im Jahre 2000 erhöht. Eine noch weitere Erhöhung der Zuzahlungen für Niedrigeinkommensbezieher erscheint als unangemessen, als medizinisch fragwürdig und als wirtschaftlich schädlich. Eine Erhöhung der Zuzahlungen würde insbesondere auch chronisch kranke Menschen treffen. Ihre Belastungen werden durch Härtefallregelungen nicht aufgefangen, da dieser Personenkreis auf weitergehende, nicht auf das SGB V abgedeckte Leistungen angewiesen ist, die überwiegend selbst finanziert werden. Als bloße Verschiebung von Kostenlasten wäre damit auch kein Beitrag zur Sicherung der Nachhaltigkeit erreicht.

#### **Arzneimittelzuzahlung**

Die drastische Erhöhung der Zuzahlungen auf je nach Packungsgröße 4, 6 oder 8 € und die unzureichende Abschwächung bei Teilnahme am Hausarztssystem, an strukturierten Behandlungsprogrammen oder an der integrierten Versorgung haben gravierende Auswirkungen für finanzschwache Versicherte, da die Härtefallregelungen ebenfalls zu Lasten der Betroffenen neu geregelt werden. Es kommt hinzu, dass für die Einschreibung in die obengenannten Behandlungsprogramme nun nicht mehr 1 € je Verordnungsblatt zugezahlt werden soll, sondern jede einzelne Verordnung auf einem Verordnungsblatt mit Selbstbeteiligungen belastet wird. Es besteht so die Gefahr, dass wegen zu hoher Belastungen Medikamente nicht gekauft werden.

#### **Praxisgebühr**

Versicherte, die ohne Überweisung einen Facharzt aufsuchen, sollen in Zukunft für den ersten Praxisbesuch je Quartal eine Praxisgebühr in Höhe von 15 € zahlen. Ausgenommen sind Notfälle, Besuche bei Augen- und Frauenärzten sowie Praxisbesuche im Rahmen von Behandlungsprogrammen oder integrierter Versorgung. Diese Regelung ist für chronisch kranke und behinderte Menschen, die nicht an DMP oder an einer integrierten Versorgung teilnehmen, äußerst problematisch, da für sie häufig der Facharzt der Hausarzt ist. Diese Gebühr führt zudem zu unnötigem

Verwaltungsaufwand. In Österreich wird gerade eine solche (Ambulanz) Gebühr wieder abgeschafft, da ihr Aufwand den Ertrag nicht lohnt.

## **Zuzahlungen bei Krankenhausaufenthalt**

Auch diese Erhöhung der Zuzahlungen von bisher 9 € auf 12 € je Tag für höchstens 14 Tage muss im Zusammenwirken mit den übrigen von den Versicherten zu tragenden Kosten als überproportionale Belastung eingestuft werden. Da von diesen Zuzahlungen keine steuernde Wirkung ausgeht bzw. ausgehen kann, lehnt der Deutsche Caritasverband die Anhebung ab.

## **Zuzahlungen und Fahrtkosten bei Sozialhilfeempfängern**

Die Voraussetzungen für die Übernahme von Fahrtkosten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme einer Krankenkassenleistung sollen erheblich verschärft werden. Bislang sind Sozialhilfeempfänger gänzlich von einer Zuzahlung befreit. Für Arznei- und Verbandmittel soll dies künftig nicht mehr gelten. Vielmehr soll auch hier für Sozialhilfeempfänger wie für alle anderen die Überforderungsklausel greifen, wonach erst bei Überschreitung einer Belastungsgrenze in Höhe von 2 % der jährlichen Brutto-Einnahmen zum Lebensunterhalt eine Kostenbefreiung beantragt werden kann.

Hier widerstreiten das Interesse der GKV an der Ausdehnung der Steuerungswirkung auch auf die Sozialhilfeempfänger mit dem Grundsatz der Sicherung des Existenzminimums für Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt. Konkret bedeutet diese Neuregelung, dass erwachsene Sozialhilfeempfänger künftig aus ihrem sozio-kulturellen Existenzminimum Zuzahlungen zu Arzneimitteln in Höhe von 2 % ihrer jährlichen Hilfe zum Lebensunterhalt leisten müssen. Konsequenterweise fordert der Deutsche Caritasverband deshalb, die Regelsätze für erwachsene Haushaltsvorstände bzw. Haushaltsmitglieder um 2 % zu erhöhen.

## **6.2. Überforderungsklausel für chronisch kranke und behinderte Menschen**

Für chronisch kranke und behinderte Menschen gilt bei Fahrtkosten und bei Zuzahlungen für Arznei-, Verband- und Heilmittel weiterhin eine Belastungsgrenze in Höhe von 1 Prozent des Bruttoeinkommens. Allerdings sollen sie nicht mehr vollständig von den Selbstbeteiligungen befreit werden, wenn sie ein Jahr lang Zuzahlungen in Höhe dieser Belastungsgrenze geleistet haben. Diese

zusätzliche Belastung chronisch kranker und behinderter Menschen, die in besonderer Weise auf die Leistungen der GKV angewiesen sind, kann nicht akzeptiert werden.

Gegenwärtig werden häufig nicht individuell angepasste Hilfsmittel vergeben. Darum sollte bei der Versorgung mit Hilfsmitteln auch die Lebenssituation und der Lebensort des Antragstellers berücksichtigt werden. Nach dem Entwurf wird die Position der Krankenkassen hinsichtlich der Einflussnahme auf die Vergabe von Hilfsmitteln allein unter ökonomischem Aspekt verstärkt. Die Verschlechterung der Versorgung für chronisch Kranke und behinderte Menschen ist vorprogrammiert. Man wird die Behinderung dem Hilfsmittel anpassen statt umgekehrt. Wir weisen noch einmal auf die Problematik des Hilfsmittelverzeichnisses der Krankenkassen hin. Hilfsmittel, die dort aufgeführt werden, unterliegen nicht immer einer kritischen Vergabe, während es andererseits schwierig oder unmöglich ist, sinnvolle neuere Hilfsmittel zu erhalten, nur weil sie nicht oder noch nicht im Hilfsmittelverzeichnis stehen. Daher halten wir dieses Verzeichnis für nicht mehr zeitgemäß und stellen seine Existenzberechtigung infrage.

Bei der Gewährung von Heilmitteln gilt ebenfalls die hohe Einflussnahme der Krankenkassen unter rein finanziellem Aspekt. Was für Patienten zumutbar ist und was nicht, bestimmen die Kassen. Die Frage der Definition des zumutbaren Vorschlags, den die Krankenkasse den Versicherten machen kann, muss klar beantwortet werden. Die Zumutbarkeit darf sich nicht vorrangig an ökonomischen Erwägungen orientieren, sondern muss die medizinische und soziale Situation des behinderten und/oder chronisch kranken Menschen berücksichtigen. Hier sehen wir eine ganze Reihe von Rechtsstreitigkeiten entstehen.

Wir schlagen für die Behandlung chronisch kranker und behinderter Menschen vor:

1. Für alle verordnungsfähigen Heil- und Hilfsmittel werden Qualitätsstandards bezogen auf Funktionsfähigkeit, geprüfte Sicherheit eingeführt.
2. Das Deutsche Zentrum für Qualität soll die Qualitätsfestlegungen und die Qualitätsprüfungen einheitlich für alle Sozialversicherungsträger festlegen, damit im Interesse der gewünschten Transparenz sowie der Verbesserung der Versorgung betroffener Patienten nur noch solche Heil- und Hilfsmittel verordnet werden, die den festgelegten Kriterien entsprechen.
3. In die Beratungen über die Festlegung der Standards sind die Verbände der chronisch kranken und behinderten Menschen mit einzubeziehen.



4. Bei der Festlegung qualitätsgeprüfter und gesicherter Heil- und Hilfsmittel muss sichergestellt werden, dass individuell auf die Bedürfnisse des Betroffenen angepasste Mittel verordnet werden. Im Sinne der effektiven Nutzung erscheint dies sinnvoll und ist kostensparend.
5. Es muss anbieterunabhängige Beratungsstellen geben, die über qualitätsgeprüfte Heil- und Hilfsmittel informieren und beraten. Beispielsweise können die orthopädischen Versorgungstellen, die über entsprechenden Sachverstand verfügen, mit einbezogen werden.

## **7. Eine neue solidarische Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung aufbauen**

Der Deutsche Caritasverband fordert die Einführung einer solidarischen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung durch folgende Maßnahmen auszubauen:

Nach Ansicht des Deutschen Caritasverbandes werden bei der Diskussion über die Konsolidierung des Gesundheitssystems bislang fast ausschließlich die Ausgaben diskutiert. Entscheidend ist aber auch die Einnahmenpolitik. Die Erweiterung des Kreises der solidarisch Versicherten durch die Aufnahme von bisher privat Versicherten in die Gesetzliche Krankenversicherung muss konsequent in Angriff genommen werden. Neu in den Beruf eintretende Beamte und Unternehmer sollen direkt in die gesetzliche Krankenversicherung eingegliedert werden.

Das Prinzip der Solidarität macht es außerdem unausweichlich, in die künftige Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung auch weitere Einkommensarten wie Einkünfte aus Kapitalvermögen, Vermietung oder Verpachtung einzubeziehen.

Der Deutsche Caritasverband gibt zu überlegen, ob nicht die Bemessung des Arbeitgeberbeitrages an der Bruttowertschöpfung (Einbeziehung des Produktionsfaktors Kapital) erfolgen sollte. Im jetzigen System leisten personalintensive Unternehmen über ihren Arbeitgeberanteil einen hohen Beitrag für das Sozialsystem und kapitalintensive, mit wenig Beschäftigten geführte Unternehmen werden geringer belastet. Die Einbeziehung des Produktionsfaktors Kapital würde personalintensive Unternehmen entlasten.