

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0248(55)
vom 21.06.03**

15. Wahlperiode

Stellungnahme

des Gesamtverbandes des PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverbandes

zum

**Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen
Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG)
-Stand: 02.06.2003-**

Vorbemerkung

Der PARITÄTISCHE Wohlfahrtsverband vertritt als Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege mit rund 10.000 rechtlich selbständigen Vereinen und Organisationen ein Mitgliederspektrum, das von Gesundheitsselfhilfeinitiativen bis hin zu Krankenhäusern und stationären Rehabilitationskliniken reicht. Vor diesem Hintergrund ist der PARITÄTISCHE der Sozialanwaltschaft für Patientinnen und Patienten, insbesondere chronisch kranker und behinderter Menschen, ebenso verpflichtet wie der Interessenvertretung seiner im ambulanten und stationären Versorgungsbereich tätigen Mitgliedsorganisationen.

Der PARITÄTISCHE ist von den Krankenkassen als einer der drei für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Grund langjähriger Zusammenarbeit in Gremien auf der Bundes- und Länderebene sowie vor Ort anerkannt. Darüber hinaus ist er seit dem 12. Juli. 2002 zur Ausübung des Verbandsklagerechts nach § 13 Abs. 3 Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) anerkannt, wobei ihm vom ehemaligen BMA im Anerkennungsschreiben ausdrücklich attestiert wird, der größte Dachverband von Selbsthilfeinitiativen im Gesundheits- und Sozialbereich in Deutschland zu sein.

Gesundheit stellt für den einzelnen Menschen wie auch die Gesellschaft insgesamt ein hohes Gut dar. Investitionen in dieses Gut leisten nicht nur einen wichtigen Beitrag für das Wohlbefinden und die Lebensqualität des einzelnen, sondern auch für die Leistungsfähigkeit unserer Gesellschaft und damit zur Sicherung des Wirtschaftsstandortes Deutschland. Der Erhalt eines modernen und leistungsfähigen am Maß des medizinisch notwendigen orientierten Gesundheitswesens ist daher eine zentrale Aufgabe unseres Sozialstaates.

Eine analytische Betrachtung der empirischen Datenlage widerlegt die nun schon fast 30 Jahre vorgetragene Behauptung einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Doch obwohl es richtig ist, daß die steigenden Sozialversicherungsbeiträge in erster Linie auf die sinkende Lohnquote zurückzuführen ist, bestehen gleichwohl auch Einsparpotentiale im System selbst. Das bestehende sozialstaatliche Arrangement bietet erhebliche Rationalisierungsreserven. Ihre Erschließung bedarf einer Restrukturierung der sozialen Sicherung, keines Systemwechsels.

Langfristig ist ein Prozeß einzuleiten, in dem die demographische Entwicklung und ihre Auswirkungen auf die soziale Krankenversicherung sowie die abnehmende Rolle des Faktors Erwerbsarbeit für die Finanzierung eingehend geprüft und gegebenenfalls neue Systemelemente wie beispielsweise eine Bürgerversicherung entwickelt werden.

Zur Neuordnung der Finanzierung

Ein wesentliches Ziel des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes ist die Stärkung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung. Aus den vorgesehenen Regelungen für die gesetzlichen Krankenkassen ergibt sich im Jahre 2004 ein finanzielles Entlastungsvolumen in einer geschätzten Größenordnung von ca. 13 Milliarden €. Davon werden rund 1.9 Milliarden € durch die Neugestaltung der Zuzahlungen und der Befreiungsmöglichkeiten aufgebracht. Die Ablösung der paritätischen Finanzierung des Krankengeldes erbringt etwa 7 Milliarden €. Die Lohnnebenkosten werden somit insgesamt um ca. 20 Milliarden € entlastet. Die Arbeitgeber werden demnach erheblich entlastet, während die Belastung der Versicherten, insbesondere der chronisch kranken und behinderten Menschen, bestehen bleibt. Es fehlt dem Gesetzentwurf an sozialer Ausgewogenheit und einer sachgerechten Beteiligung aller.

Zur Neugestaltung der Zuzahlungen und Befreiungsmöglichkeiten

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 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 durch 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.

Zur Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung

Eine wichtige Grundvoraussetzung dafür ist u. a. auch der aufgeklärte Patient, dem hierfür eine unabhängige Beratung und Unterstützung zur Seite stehen muß. Mit dem Modellprogramm zur Förderung von Einrichtungen zur unabhängigen Patienten- und Verbraucherberatung nach § 65b SGB V wurde bereits vor drei Jahren ein wichtiges gesundheitspolitisches Signal in Richtung von mehr Patientensouveränität gesetzt. Nach Auffassung des PARITÄTISCHEN ist es erforderlich, die Förderung der Einrichtungen zur Verbraucher- oder Patientenberatung auf der Basis der vorliegenden Erfahrungen des PARITÄTISCHEN, der Verbraucherzentralen sowie der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte neben der Selbsthilfeförderung in die Regelversorgung aufzunehmen.

Im einzelnen nimmt der PARITÄTISCHE wie folgt Stellung:

- Nr. 5 § 20 Abs. 2a – 2c (Förderung der Prävention)

Leistungen zur Primärprävention und zur betrieblichen Gesundheitsförderung werden von den Krankenkassen bisher nur unzureichend erbracht. Die ihnen zur Wahrnehmung dieser Aufgaben jährlich vorgegebenen Budgets werden nur an-

satzweise bereitgestellt. So wird ein Großteil der Versicherten, insbesondere der Personenkreis mit sozialbedingten ungleichen Gesundheitschancen, von Präventionsmaßnahmen nicht erreicht.

Der PARITÄTISCHE unterstützt daher das Bemühen des Gesetzgebers, im jeweiligen „Setting“ durch die Bündelung von Präventionsmaßnahmen nachhaltige Strukturen zu schaffen. Die vorgesehene Verpflichtung der Krankenkassen, einen Teil der für die Prävention zu verwendenden Mittel für Gemeinschaftsprojekte aufzubringen, ist deshalb sinnvoll. In diese Gemeinschaftsprojekte müssen auch die kommunalen Gesundheitsämter einbezogen werden.

Diese Maßnahmen sind nach Auffassung des PARITÄTISCHEN zur durchgreifenden Verbesserung der Prävention und Gesundheitsförderung aber nicht ausreichend.

Die negativen Folgen individuell gesundheitsschädigenden Verhaltens auch für das Gesundheitswesen sind evident. Ihre Sanktionierung ist jedoch nur schwer umzusetzen, ohne in erheblichem Umfang bürokratische Strukturen zu generieren. Demgegenüber bietet es sich an, über die zur Finanzierung versicherungsfremder Leistungen vorgesehene Erhöhung der Tabaksteuer hinaus, die Steuermöglichkeiten im Steuerrecht stärker auszunutzen, um die Einnahmen- und Ausgabensituation im Gesundheitswesen gleichermaßen positiv zu beeinflussen.

Hierzu schlägt der PARITÄTISCHE vor, die Alkohol- und Tabaksteuern deutlich zu erhöhen und die dadurch entstehenden Mehreinnahmen zur Verbesserung der Prävention und Gesundheitsförderung sowie zur Entlastung der Gesetzlichen Krankenversicherung zu verwenden.

Zwar kann eine solche Zweckbindung nicht gesetzlich festgeschrieben werden, weil eine Zweckbindung von Steuern unzulässig ist, doch kann derselbe Effekt durch eine Selbstbindung des Parlaments erreicht werden.

Bei Einnahmen der Alkohol- und Tabaksteuern im Jahr 2002 von ca. 12,8 Milliarden € würde dies Mehreinnahmen von rund 9 Milliarden € bedeuten. Dies allein würde eine Senkung der Krankenversicherungsbeiträge um fast einen vollen Prozentpunkt ermöglichen.

Eine weitere steuerliche Maßnahme zur Entlastung der Gesetzlichen Krankenversicherung liegt in der Reduzierung des Mehrwertsteuersatzes auf Arzneimittel, die bisher mit dem vollen Steuersatz von 16 Prozent besteuert werden – im Gegensatz beispielsweise zu Fütterungsarzneimitteln, Kunstgegenständen, Kaffee und Zeitungen. Diese Maßnahme würde die gesetzlichen Krankenversicherungen um schätzungsweise 2 Milliarden € jährlich entlasten.

- Nr. 5 § 20 Abs. 4 (Selbsthilfeförderung)

Der PARITÄTISCHE begrüßt die Klarstellung, daß die Verpflichtung zur Förderung der Selbsthilfe auch auf Landes- und Bundesebene zur Unterstützung der dort tätigen Organisationen der Selbsthilfe und Selbsthilfekontaktstellen gilt. Dies dient einer gleichberechtigten Förderung aller Ebenen der Selbsthilfe.

Der PARITÄTISCHE begrüßt zudem die Einrichtung gemeinsamer kassenarten-übergreifender Fonds zur Selbsthilfeförderung, da so die engere Abstimmung der Krankenkassen erreicht, mehr Transparenz geschaffen und Verwaltungsaufwand abgebaut wird. Daß bei den Entscheidungen auf den jeweiligen Ebenen die maßgeblichen Dachverbände der Selbsthilfe künftig beteiligt werden müssen, schafft nicht nur mehr Transparenz, sondern dient auch der Stärkung der Interessenvertretung chronisch kranker und behinderter Menschen im Dialog auf gleicher Augenhöhe mit dem Leistungsträger Krankenkasse.

Damit das Ziel der Gemeinschaftsaufgabe aber auch tatsächlich erreicht wird, muß die Förderung nicht nur wie bisher nach gemeinsamen Grundsätzen, sondern zudem auch nach gemeinsamen Richtlinien erfolgen. Deshalb sollten in Satz 7 nach den Worten "in Satz 3 genannten Grundsätze" die Worte "sowie gemeinsamer einheitlicher Richtlinien." eingefügt werden.

Durch den vorgesehenen Satz 7 in Abs. 4 wird nicht eindeutig geregelt, welche Organisationen zu beteiligen sind. So wird festgeschrieben, daß die Krankenkassen über die Vergabe der Fördermittel gemeinsam u. a. nach Beratung mit den zur "Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe jeweils maßgeblichen Vertretern von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen" beschließen. Demgegenüber haben die Krankenkassen bei ihrem Beschluß gemäß dem geltenden Satz 2 in Abs. 4 die für die "Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen" zu beteiligen.

Der PARITÄTISCHE arbeitet als einer der drei für die Wahrnehmung der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen konstruktiv und erfolgreich zusammen. Zur Vermeidung von Irritationen für diese Zusammenarbeit wird deshalb vorgeschlagen, Satz 7 gleichlautend wie Satz 2 zu fassen: "... und nach Beratung mit den zur Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen ..."

In der Begründung wird ein klarstellender Hinweis empfohlen, daß die überwiegende Zahl der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen Mitgliedsorganisationen des PARITÄTISCHEN und/oder der BAGH sowie deren Untergliederungen sind.

- **Nr. 8 § 28 (Praxisgebühr)**

Es gibt ordnungspolitisch keinen vernünftigen Grund, eine Praxisgebühr einzuführen, da Berechnungen der Krankenkassen ergeben haben, daß das sogenannte „Ärztchopping“ bei weniger als einem Prozent der Versicherten auftritt. Zudem ist diese Regelung 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. Die Einführung einer Praxisgebühr wird daher abgelehnt.

- **Nr. 9 § 30 (Zahnersatz)**

Bei Zahnersatz sollen anstelle der bisherigen prozentualen Zuschüsse auf der Grundlage von Leistungskomplexen therapiebezogene Festzuschüsse als Sachleistung eingeführt werden. Ziel dabei ist die Bildung von standardisierten Therapieformen. Die abrechnungsfähigen Therapieformen werden festgelegt. Dabei ist sicherzustellen, daß die Bemessung der Festzuschüsse eine ausreichende und qualitative Versorgung gewährleistet.

- **Nr. 10 § 31 (Arzneimittelzuzahlung)**

Die drastische Erhöhung der Zuzahlungen auf je nach Packungsgröße 4,6 oder 8 € wird abgelehnt. Diese Eigenbeteiligungen 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 entweder verzögert oder gar nicht genommen werden.

- **Nr. 11 § 32 Abs. 1 (Heilmittel)**

Durch die Neufassung dieser Vorschrift wird nach Auffassung des PARITÄTISCHEN kein qualitätsorientierter Wettbewerb in Gang gesetzt. Es wird vielmehr ein Wettbewerb auf „Dumpingniveau“ begünstigt, da die Kassen bei der Inanspruchnahme eines anderen Leistungserbringers nur die Kosten des von ihnen mit Heilmittelerbringern vereinbarten niedrigsten Preises zu übernehmen haben. In diesen Fällen werden die Patienten zudem mit dem Differenzbetrag bis zur Höhe des kollektiven Vertragspreises nach § 125 Abs. 2 Satz 1 erheblich belastet. Dies trifft insbesondere chronisch kranke und behinderte Menschen, die auf Grund eines durch gute Therapieerfahrungen gewachsenen Vertrauensverhältnisses nicht zu einem für die Krankenkassen preislich günstigeren Leistungserbringer wechseln. Der Gesetzgeber schreibt vor, daß die Angebote der Krankenkassen wohnortnah sowie in zumutbarer Weise zu erbringen sind. Unabhängig von unseren vorstehend dargestellten Bedenken, muß die Zumutbarkeit zumindest in der Begründung klarstellend definiert werden. Die Zumutbarkeit darf sich nicht vorrangig an den ökonomischen Interessen der Krankenkassen orientieren, sondern muß die medizinische und soziale Situation des Patienten berücksichtigen.

- **Nr. 12 § 33 Abs. 2 ; Nr. 72 § 127 Abs. 2 (Versorgung mit Hilfsmitteln)**

Wie bei den Heilmitteln begünstigt nach Auffassung des PARITÄTISCHEN auch diese Vorschrift einen Wettbewerb auf „Dumpingniveau“. Wir verweisen hierzu auf unsere Ausführungen zu Nr. 11.

Auf dem Hilfsmittelmarkt besteht wenig Transparenz. Viele Hilfsmittel entsprechen nicht den Anforderungen sowohl in der Funktionsfähigkeit als auch der geprüften Sicherheit. Häufig werden nicht individuell angepaßte Hilfsmittel vergeben.

Der PARITÄTISCHE schlägt daher vor, § 33 Abs. 5 wie folgt zu fassen:

„Die Krankenkasse kann den Versicherten die erforderlichen Hilfsmittel auch leihweise überlassen, wenn sie über die Funktionsfähigkeit und die geprüfte Sicherheit eine Unbedenklichkeitsbescheinigung ausstellt, mit der sie auch die Haftung für Folgeschäden bei sachgemäßem Gebrauch des Hilfsmittels übernimmt. Sie kann die Bewilligung von Hilfsmitteln davon abhängig machen, daß die Versicherten sich das Hilfsmittel anpassen oder sich in seinem Gebrauch ausbilden lassen. Für die Hilfsmittel können Festbeträge vereinbart werden. Die Festbeträge für Hilfsmittel umfassen auch die geprüfte Qualitätssicherung. Für Anpassung, Schulung, Wartung und unabhängige Beratung der Hilfsmittel werden gesonderte Festbetragsregelungen vereinbart. Das Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin ist verantwortlich für die Festlegung von Qualitätsstandards. Bis zum 31. Dezember 2006 müssen alle verordnungsfähigen Hilfsmittel, die vom Deutschen Zentrum für Qualität in der Medizin festgelegten Qualitätsstandards erfüllen. Sie sind in einem von den Krankenkassen erstellten Hilfsmittelverzeichnis aufzuführen und den Versicherten zugänglich zu machen.“

Im übrigen müssen nach Auffassung des PARITÄTISCHEN die notwendigen Beratungsleistungen für Patienten durch Hilfsmittelerbringer als eindeutige Verpflichtung der Leistungserbringer gesetzlich geregelt werden. Für diese Leistungen ist unabhängig von der Hilfsmittelerbringung eine eigenständige Vergütung vorzusehen.

- **Nr. 12 § 33 Abs.1 (Leistungseinschränkung bei Sehhilfen)**

Die Regelung, daß Zuschüsse zu Brillen nur noch bei Kindern, Jugendlichen und schwer Sehbeeinträchtigten von den Kassen übernommen werden sollen, stößt auf Bedenken. Entgegen der Auffassung des Gesetzgebers, daß sich der Wettbewerb auf dem Markt für Sehhilfen durch die vorgenommene Ausgrenzung zum Vorteil für den Konsumenten intensivieren werde, erscheint ein Preisanstieg und damit eine unangemessene Belastung der Betroffenen die wahrscheinlichere Folge. Bei einer Umsetzung dieser Sparmaßnahme müßten die Sehhilfen daher zumindest in die Härtefallregelungen einbezogen werden.

- **Nr. 13 § 34 (Herausnahme nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus der Leistungspflicht)**

Trotz der vorgesehenen Ausnahmeregelungen für die Behandlung von Kindern, Jugendlichen, die behindert sind und Entwicklungsstörungen haben, besonders schwer Erkrankten sowie bei der Versorgung mit homöopathischen und anthroposophischen Arzneimitteln ohne zugelassenes Anwendungsgebiet, bestehen Bedenken gegen diese Leistungsausgrenzung. Ausgegrenzt werden nicht nur Mittel wie Hustensaft, sondern auch Arzneimittel zur Behandlung für ernste und chronische Krankheiten. Die erhofften Einsparungen in Höhe von ca. 1 Milliarde € gehen ohne Härtefallregelungen voll zu Lasten der Versicherten. Nicht bedacht wurden zudem Ausweichreaktionen, die zu höheren Kosten führen können. Der BKK-Bundesverband gibt hierfür folgendes Beispiel:

„Wäre niedrigdosierte Acetylsalicylsäure zur Thrombozytenaggregations- hemmung (Re-Infarktprophylaxe) nicht mehr verordnungsfähig und würde durch das vergleichbar wirksame Clopidrogel ersetzt, wären allein durch diese Substitution die Einspareffekte nahezu vollständig aufgezehrt (bei durchschnittlichen Tages- behandlungskosten für Acetylsalicylsäure von 0,04 € im Vergleich zu Clopidrogel von 2,86 € belief sich der Substitutionseffekt auf rund 2 Milliarden €.“

Wenn diese Leistungsausgrenzung dennoch umgesetzt werden sollte, müßte zumindest nach zwei Jahren eine Überprüfung ihrer Auswirkungen vorgesehen werden. Dabei wäre insbesondere zu prüfen, ob Ausweichreaktionen und unver- hältnismäßige Härten aufgetreten sind.

- **Nr. 14 § 35 Abs. 1a; Artikel 12 Nr. 1 und Artikel 13 (Verbesserung der Arz-
neimittelversorgung)**

Der PARITÄTISCHE begrüßt, daß patentgeschützte Arzneimittel mit phar- makologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen, insbesondere mit che- misch verwandten Wirkstoffen (Festbetragsgruppe 2) in die Festbetragsregelung einbezogen werden sollen. Wir teilen die Auffassung des Gesetzgebers, daß durch Ausnutzung des Preiswettbewerbs zwischen patengeschützten Arzneimit- teln mit vergleichbaren Wirkstoffen Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen wer- den können. Dies dient auch den Interessen der Versicherten.

Der PARITÄTISCHE begrüßt die Zulassung des Versandhandels für apotheken- pflichtige Arzneimittel unter Wahrung der Arzneimittelsicherheit. Dieser e- commerce dient insbesondere den Interessen mobilitätseingeschränkter und älter- er Patienten sowie Personen mit einer längeren Fahrtstrecke zur nächst erreich- baren Apotheke.

Im übrigen vertritt der PARITÄTISCHE zur Verbesserung der Arzneimittelversor- gung folgende Positionen:

Der Arzneimittelmarkt ist einer der ausgabenintensivsten Bereiche des Gesund- heitswesens. Er ist gleichzeitig hinsichtlich der Qualitätskontrolle nur geringfügig reguliert. Dies hat zu einem Wildwuchs des Angebots an Arzneimitteln geführt, deren Kosten in vielen Fällen ein nicht annähernd angemessener Nutzen gege- nübersteht. Insbesondere ist in diesem Zusammenhang die Behauptung einer Auszehrung der Forschung durch Einschnitte im Arzneimittelbereich zu verwer- fen, da durch Studien belegt ist, daß die forschenden Arzneimittelhersteller deut- lich mehr Geld für Marketing als für Forschung aufwenden. Selbst die For- schungsausgaben dienen oftmals mehr der Sicherung der Marktposition als dem medizinischen Fortschritt.

Der Arzneimittelmarkt in Deutschland umfaßt etwa 50.000 verschiedene Arznei- mittel. Dies ist mehr als dreimal soviel, wie in Dänemark (4030), Finnland (3984) und Frankreich (7700) zusammengenommen. Die dadurch bedingte geringe Markttransparenz überfordert Ärzte und Patienten gleichermaßen.

Hinzu kommt, daß der Verordnungsanteil an Medikamenten, deren Nutzen nicht oder nicht ausreichend belegt ist, bei über 40 % (1998) lag. Mehr als die Hälfte der auf dem Markt befindlichen Arzneien sind vor Einführung des – oberflächli-

chen – Wirksamkeitsnachweises nach dem Arzneimittelgesetz in den Markt eingeführt worden und haben keinerlei Zulassungsverfahren durchlaufen.

Aus diesem Grund muß die dauerhafte Kostenerstattung für Arzneimittel durch die gesetzliche Krankenversicherung an einen klaren Wirksamkeitsnachweis und eine positive Kosten-Nutzen-Relation gebunden sein, die wirkliche Innovation im Sinne der Lebensqualität von Patientinnen und Patienten fördert. Der PARITÄTISCHE begrüßt daher, daß die Arzneimittel-Empfehlungen des Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin auf eine Arzneimittelversorgung nach der besten, vorliegenden Evidenz mit dem Ziel, die vorhandenen finanziellen Mittel auf echte Innovationen mit therapeutischem Mehrwert zu konzentrieren, gerichtet sind.

Im Hinblick auf die Notwendigkeit, eine schärfere Zulassungskontrolle für in ihrer Wirksamkeit umstrittene Arzneimittel zu schaffen, ist jedoch vor überzogener Radikalität zu warnen. So wurde bisher allzu oft ein nicht nachgewiesener Nutzen mit einem nachgewiesenen Nicht-Nutzen verwechselt. Dies gilt insbesondere für den Bereich der seltenen Erkrankungen (orphan drugs). Der sogenannte „off-label-use“ von Medikamenten muß erhalten bleiben.

Ferner ist zu berücksichtigen, daß die Möglichkeiten der Verordnung von Generika noch lange nicht ausgeschöpft sind. So beziffert bspw. eine Kassenstudie der AOK das mögliche Einsparvolumen durch die Verschreibung von Generika auf etwa 3,7 Milliarden €, ohne daß die Qualität der Versorgung beeinträchtigt würde.

Ein Einsparpotential von gut 4 Milliarden € erscheint – ausgehend von Berechnungen des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen – als realistisch. Das entspräche einer Entlastung der GKV im Wert von einem halben Beitragspunkt, ohne daß es dabei zu Qualitätsverlusten käme.

- **Nr. 17 § 37 (Häusliche Krankenpflege)**

Der PARITÄTISCHE begrüßt ausdrücklich, daß Wohnungslosen im Rahmen eines vorübergehenden Aufenthaltes in einer Einrichtung oder in einer anderen geeigneten Unterkunft ein Leistungsanspruch auf häusliche Krankenpflege eingeräumt wird. Nach wie vor fehlt die Sicherstellung der häuslichen Krankenpflege in Behinderteneinrichtungen.

- **Nr. 18 § 39 (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. Sie wird insbesondere chronisch kranke und behinderte Menschen belasten. Der PARITÄTISCHE spricht sich daher gegen diese Erhöhung aus.

- **Nr. 20 §§ 58, 59 (Sterbegeld)**

Bereits zum 1. Januar 2003 wurde die Leistungshöhe des Sterbegeldes halbiert. Die vorgesehene Herausnahme aus der Leistungspflicht der GKV ohne Bestandsschutz würde eine einseitige Belastung darstellen. Es wäre daher sinnvoll,

das zu den versicherungsfremden Leistungen gehörende Sterbegeld über die Erhöhung der Tabaksteuer zu finanzieren.

- **Nr. 21 § 60 (Fahrtkosten)**

Die Voraussetzungen für die Übernahme von Fahrtkosten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme einer Krankenkassenleistung sollen erheblich verschärft werden. Diese Sparmaßnahme würde insbesondere mobilitätsbehinderte Menschen massiv betreffen. Zumindest sind für diesen Personenkreis Ausnahmeregelungen für die entstehenden notwendigen Fahrtkosten zu treffen.

- **Nr. 22 § 61 (Vollständige Befreiung)**

Härtefälle im Sinne dieser Vorschrift sind auch viele chronisch kranke Menschen, die zum Teil auf die tägliche Einnahme mehrerer Medikamente angewiesen sind. Durch die Herausnahme der Zuzahlungen zu Arznei- und Verbandmitteln aus der vollständigen Befreiung würden sie künftig pro Verordnung mit einer Zuzahlung von einem € belastet. Sozialhilfeempfänger müßten diese Zuzahlungen aus ihrem Regelsatz finanzieren, der schon heute 10 Prozent zu niedrig bemessen ist, um das soziokulturelle Existenzminimum abzudecken. Chronisch kranke Menschen, deren Unterbringungskosten in einem Heim von einem Träger der Sozialhilfe übernommen werden, wären verpflichtet, diese Zuzahlungen aus ihrem kärglichen Taschengeld in Höhe von 80 bis 120 € monatlich aufzubringen. Die Betroffenen würden dadurch unzumutbar belastet. Der PARITÄTISCHE fordert daher die Beibehaltung der bisherigen Regelung Darüber hinaus sind in § 61 Abs. 2 Ziffer 2. nach den Wörtern „dem BaföG“ die Wörter „Leistungen nach dem Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung“ einzufügen. Dies ist erforderlich, weil das Grundsicherungsgesetz für den dort begünstigten Personenkreis Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt ablöst.

- **Nr. 23 § 62 (Teilweise Befreiung)**

Für chronisch kranke 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. Chronisch kranke und behinderte Menschen, die in besonderer Weise auf die Leistungen der GKV angewiesen sind, werden somit massiv belastet. Der PARITÄTISCHE fordert daher eine Beibehaltung der bisherigen Befreiungsregelung.

- **Nr. 24 § 62a (Bonus für Versicherte)**

Anreizsysteme für die freiwillige Einschreibung in ein Hausarztssystem, für die Teilnahme an DMP oder der integrierten Versorgung sind sinnvoll. Eine Bonusregelung für die Einschreibung in ein Hausarztmodell setzt allerdings voraus, daß für chronisch kranke und behinderte Menschen auch Fachärztinnen und Fachärzte mit dem erforderlichen Spezialwissen die Rolle des Koordinators der Behandlungsabläufe ausüben können. Sonst wäre dieser Personenkreis, für den

häufig der Facharzt die Funktion des Hausarztes übernimmt, gegenüber anderen Versicherten benachteiligt.

- **Nr. 25 § 65a (Versichertenbonus für gesundheitsbewußtes Verhalten)**

Die Teilnahme an qualitätsgesicherten Präventionsprogrammen und Vorsorgeuntersuchungen ist wichtig. Hierfür Anreizsysteme zu schaffen, ist sinnvoll.

Erfahrungen mit bereits praktizierten Bonusmodellen zur betrieblichen Prävention sind positiv. Bei der Partizipation der Arbeitgeber am Beitragsbonus ist das Grundprinzip der Parität der Beitragstragung zu gewährleisten.

- **Nr. 26/144 §§ 68, 291a (Einführung der elektronischen Gesundheitskarte sowie der elektronischen Gesundheitsakte)**

Der PARITÄTISCHE begrüßt die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte, die folgende Elemente zusammenfaßt: Elektronisches Rezept, elektronische Gesundheitsakte, elektronischer Arztbrief und Notfallausweis.

Damit können zum Beispiel unnötige Doppeluntersuchungen vermieden, Arzneimittelunverträglichkeiten erfaßt und die Kommunikation an den Schnittstellen der Versorgung verbessert werden. Die Zusammenfassung dieser Informationen bietet die Möglichkeit, daß sich Ärzte und andere beteiligte Gesundheitsberufe sehr schnell einen umfassenden Überblick über die Krankheitsgeschichte und aktuelle Therapien eines Patienten verschaffen können, um zielgenau die anstehenden Maßnahmen einzuleiten.

Unabdingbar für die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte ist, daß der Patient Herr seiner Daten bleibt und Mißbrauchsmöglichkeiten durch Dritte (z.B. der Arbeitgeber zur Einstellungsuntersuchung) ausgeschlossen sind. Dies hat gerade für chronisch kranke und behinderte Menschen größte Bedeutung. Deshalb muß der Patient in der Lage sein, seine auf der Karte gespeicherten Daten selbst und unabhängig von Institutionen, z. B. Arztpraxis oder Krankenkasse, auszulesen.

Der PARITÄTISCHE schlägt darüber hinaus vor, auch im Beirat der Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz nach § 303b die Vertreter(innen) der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Selbsthilfe, der nach § 13 Abs. 3 BGG anerkannten Behindertenverbände sowie der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege zu beteiligen, um die Interessen chronisch kranker, behinderter und sozial benachteiligter Menschen angemessen in diesem Gremium zu vertreten

- **Nr. 26 § 67 (Hausarztsystem)**

Das vorgesehene Hausarztsystem wird grundsätzlich begrüßt. Auch in den meisten europäischen Ländern bestehen solche Systeme. Die hiermit gewonnenen Erfahrungen sind positiv. Für chronisch kranke und behinderte Menschen müssen jedoch auch Fachärztinnen und Fachärzte mit dem erforderlichen Spezialwissen

eine qualifizierte Lotsenfunktion ausüben können. Dieser Personenkreis muß daher über die in § 28 geregelten Ausnahmen hinaus grundsätzlich von der Erhebung einer Praxisgebühr bei Facharztbesuch ohne Überweisung befreit werden.

Entscheidend ist, daß an diesem System nur die Hausärzte beteiligt werden, die durch Fortbildungsmaßnahmen die Befähigung zur Lotsenfunktion nachweisen. Sie müssen für ein individuelles Case-Management qualifiziert sein. Für das intensive und anspruchsvolle Patient-Arzt-Gespräch ist eine spezielle Ausbildung notwendig. Diese Qualifikationen sind vor der Zulassung zum Hausarztssystem zu erwerben. Die Zertifizierung muß für die Patientinnen und Patienten erkennbar sein.

- **Nr. 31, 47, 48 §§ 76, 95, 95b (Gesundheitszentren)**

Der PARITÄTISCHE begrüßt, daß künftig auch Gesundheitszentren im Bereich der haus-, frauen- und augenärztlichen Versorgung als zugelassene Leistungserbringer an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Da-durch wird eine enge Kooperation unterschiedlicher ärztlicher Fachgebiete untereinander sowie mit nichtärztlichen Leistungserbringern ermöglicht.

- **Nr. 43 § 87 (Bundemantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab)**

Eine generelle Einführung von Fallpauschalen in der ambulanten Versorgung stößt auf Bedenken. So belegt das derzeitige Fallpauschalensystem in der stationären Versorgung, daß mehrere Leistungsbereiche nur unzureichend abgebildet werden. Dies gilt u.a. für die Behandlung von schwer kranken und behinderten Patienten mit besonderem Behandlungsbedarf sowie geriatrische Patienten, z.B. Demenzkranke. Es besteht die Gefahr, daß diese Probleme auf die ambulante Versorgung übertragen werden. Der PARITÄTISCHE schlägt daher vor, dieses System zunächst modellhaft zu erproben. Dabei sind die behinderungsspezifischen Belange bei den Pauschalen zu berücksichtigen.

Es wird begrüßt, daß die Vergütungspauschalen für die Behandlung von Versicherten im Hausarztssystem so ausgestaltet werden, daß sie unter Berücksichtigung von Morbiditätsaspekten dem unterschiedlichen Behandlungs-, Betreuungs- und Koordinationsaufwand für die Versicherten Rechnung tragen.

- **Nr. 45a § 90 (Landesausschüsse)**

Der PARITÄTISCHE begrüßt, daß die für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten, behinderten Menschen und der Selbsthilfe maßgeblichen Organisationen künftig an den Entscheidungen der Landesausschüsse zur bedarfsgerechten Versorgung beteiligt werden. Zur Ausgestaltung dieses Beteiligungsrechtes sowie zur notwendigen Klarstellung, welche Organisationen nach dem Willen des Gesetzgebers zu beteiligen sind, verweisen wir auf unsere Ausführungen zu Nr. 46 (§ 92).

- **Nr. 46 § 92 (Richtlinien der Bundesausschüsse)**

Der PARITÄTISCHE begrüßt, daß die maßgeblichen Organisationen der Patienten, behinderten Menschen sowie der Selbsthilfe künftig an den Entscheidungen über die Richtlinien der Bundesausschüsse beteiligt werden. Es wird allerdings bezweifelt, ob durch ein Stellungnahmerecht tatsächlich ein effektiver Beitrag zur Stärkung der kollektiven Patientenrechte erreicht wird. So zeigen die bisherigen einschlägigen Erfahrungen des PARITÄTISCHEN als bereits anhörungsberechtigte Organisation, z. B. nach § 92 Abs. 5 zu den Rehabilitations-Richtlinien, daß die beim Bundesausschuß eingebrachten Voten nur unzureichend beachtet werden. Es fehlt zumindest ein Interventionsrecht sowie die Verpflichtung der Entscheidungsgremien, eine Ablehnung der Stellungnahmen schriftlich zu begründen.

Das vorgesehene Beteiligungsrecht reicht daher für eine durchgreifende Verbesserung der Patientenbeteiligung in diesen Ausschüssen nicht aus. Hierzu bedarf es vielmehr einer direkten Einbindung der für die Wahrnehmung der Interessen maßgeblichen Spitzenorganisationen der Selbsthilfe sowie der nach § 13 Abs. 3 BGG anerkannten Behindertenverbände in die Landesausschüsse (§ 90 Abs. 2) und die Bundesausschüsse (§ 91 Abs. 2). Deshalb sind die Bundesausschüsse und der Koordinierungsausschuß mit einer offeneren Arbeitsstruktur und Beratungsweise neu einzurichten, die eine verantwortliche Mitgestaltung und Mitwirkung der Vertretungen von Patientinnen und Patienten, von chronisch kranken und behinderten Menschen mit ihrem fachlichen Sachverstand und speziellen Expertenwissen sicherstellt. Dies erfordert auch eine Verfahrensbeteiligung durch die Einbeziehung von Sachverständigen und von Experten in eigener Sache aus den jeweils betroffenen Organisationen in die für die Erarbeitung von Richtlinien zuständigen Arbeitsgremien.

Im vorliegenden Gesetzentwurf werden hinsichtlich der zu beteiligenden Organisationen neue Terminologien ohne entsprechende Erläuterung hierzu eingeführt.

So ist nach den §§ 137f und 20 Abs. 4 Satz 2 und 4 bisher ein Beteiligungsrecht der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen festgeschrieben. Gemäß § 20 Abs. 4 Satz 7 wird nun eine Beteiligung der „zur Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe jeweils maßgeblichen Vertretern von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen“ vorgesehen.

Nach § 303b ist die für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten maßgebliche Organisation auf Bundesebene zu beteiligen.

Gemäß den §§ 90, Abs. 3a, 92 Abs. 7b, 111b Satz 3, 125 Abs. 1 Satz 2, 128 Satz 4, 132a Satz 2 sowie nach der Begründung zu § 106b Abs. 5 sind die für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten, behinderten Menschen und der Selbsthilfe maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene einzubeziehen .

Um die bei der Umsetzung des SGB IX langwierigen Verhandlungen über die nach dem Willen des Gesetzgebers zu beteiligenden Organisationen zu vermeiden, schlägt der PARITÄTISCHE zur terminologischen Klarstellung vor:

In § 90 Abs. 3a sind die Wörter „ den für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten, behinderten Menschen und der Selbsthilfe maßgeblichen Organisatio-

nen auf Landesebene“ durch die Wörter „die für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten maßgebliche Organisation auf Landesebene, den Landesverbänden der nach § 13 Abs. 3 BGG anerkannten Behindertenverbände und den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Selbsthilfe auf Landesebene“ zu ersetzen.

In den §§ 92 Abs. 7b, 111b Satz 3, 125 Abs.1 Satz 2, 128 Satz 4 und 132a Abs.1 Satz 2 sowie in der Begründung zu § 106b Abs. 5 sind die Wörter „den für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten, behinderten Menschen und der Selbsthilfe maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene“ durch die Wörter „die für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten maßgebliche Organisation auf Bundesebene, den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Selbsthilfe und den nach § 13 Abs. 3 BGG anerkannten Behindertenverbänden“ zu ersetzen.

Im Hinblick auf die Beteiligung nach § 20 Abs. 4 Satz 7 verweisen wir auf unsere Ausführungen zu Nr. 6.

Für die Begründung schlägt der PARITÄTISCHE den klarstellenden Hinweis vor, daß die überwiegende Zahl der Selbsthilfegruppen, -organisationen und –kontaktstellen Mitgliedsorganisationen des PARITÄTISCHEN und/oder der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte sowie deren Untergliederungen sind. Zudem empfehlen wir einen Verweis auf das Akkreditierungsverfahren nach § 13 Abs. 3 BGG durch das BMGS, das eine hinreichende Berücksichtigung der Interessenvertretung der Verbände behinderter Menschen sicherstellt.

Wenn es wie in § 303b unterstellt zutrifft, daß für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten auf Bundesebene nur eine maßgebliche Organisation besteht, dann sollte diese zumindest in der Begründung klarstellend genannt werden.

- **Nr. 47/49 §§ 95, 95d (Verpflichtung zur fachlichen Fortbildung)**

Eine generelle vertragsärztliche Fortbildungspflicht ist eine notwendige Voraussetzung dafür, daß die Versicherten dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechend behandelt werden. Dies gilt insbesondere für die Versorgung chronisch kranker Menschen im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme sowie die besondere Rolle des Hausarztes als Koordinator der Behandlungsabläufe. Diese Regelung wird daher grundsätzlich unterstützt.

- **Nr. 55 § 106b (Einzelverträge)**

Eine rein marktwirtschaftliche Steuerungslogik muß im Gesundheitswesen versagen, da weder Konsumentensouveränität noch symmetrische Beziehungsstrukturen zwischen den Akteuren vorliegen. Während der Patient als Kunde weder über den Bedarf noch über die Nachfrage entscheidet und in der Regel auch keine Wahlmöglichkeit hat, definiert der Arzt als Dienstleister die Nachfrage und den Umfang seiner Leistung weitgehend selbst. Den Krankenkassen obliegt demgegenüber die Finanzierung, ohne daß sie über größere Spielräume bei der Vertragsgestaltung verfügen. Es wird daher begrüßt, daß durch die Flexibilisierung des Vertragsrechtes nunmehr ein qualitätsorientierter Wettbewerb entstehen kann.

Der PARITÄTISCHE begrüßt zudem die Klarstellung in der Begründung, daß dieser Wettbewerb nicht zu einer Leistungserbringung auf „Dumpingniveau“ führen darf.

Darüber hinaus wird positiv gewertet, daß dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Behinderten sowie den für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten, behinderten Menschen und der Selbsthilfe maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene jetzt zumindest in der Begründung ein Beteiligungsrecht bei den Vorgaben für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung in zumutbarer Entfernung eingeräumt wird. Zur Ausgestaltung dieses Beteiligungsrechtes sowie zur notwendigen Klarstellung, welche Verbände nach dem Willen des Gesetzgebers zu beteiligen sind, verweisen wir auf unsere Ausführungen zu Nr. 46 (§ 92).

- **Nr. 56 § 108 (Zugelassene Krankenhäuser)**

Der PARITÄTISCHE unterstützt das Bemühen des Gesetzgebers um Qualität und Wirtschaftlichkeit. Da jedoch spezialisierte Leistungen insbesondere für chronisch kranke und behinderte Menschen nach dem bisherigen Stand des neuen Vergütungssystems noch nicht ausreichend berücksichtigt sind, befinden sich Krankenhäuser zur Zeit in einer schwierigen Umstellungsphase. Der PARITÄTISCHE schlägt daher vor, eine Änderung der Krankenhausplanung zu einer Zeit vorzunehmen, in der die aktuellen Probleme adäquaten Lösungen zugeführt sind.

- **Nr. 58 § 109a (Rahmenvorgaben für Versorgungsverträge)**

Der PARITÄTISCHE unterstützt das Bemühen des Gesetzgebers, eine adäquate medizinische Versorgung sicherzustellen. Im Hinblick auf die im Rahmen des neuen Vergütungssystems schwierige Umstellungsphase schlagen wir vor, die Ermittlung des Leistungsbedarfes als Grundlage für Rahmen-vorgaben erst zu einem späteren Zeitpunkt vorzunehmen.

- **Nr. 59 § 110 (Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern)**

Im Hinblick darauf, daß zur Zeit gesicherte Zahlen über den Leistungsbedarf in den verschiedenen Leistungsbereichen fehlen und gesicherte Definitionen über die Gewähr für eine leistungsfähige, wirtschaftliche und qualitätsgesicherte Behandlung nicht verfügbar sind, hält der PARITÄTISCHE diese Regelung zum jetzigen Zeitpunkt für verfrüht.

- **Nr. 60, 71, 73, 79 §§ 111b, 125, 128, 132a (Beteiligungsrechte beim Abschluß von Rahmenempfehlungen über Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen, die Versorgung mit Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege sowie bei der Erstellung und Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses)**

Der PARITÄTISCHE begrüßt, daß die maßgeblichen Organisationen der Patienten, behinderten Menschen sowie der Selbsthilfe künftig am Abschluß von Rahmenempfehlungen nach den §§ 111b, 125 und 132a sowie an der Erstellung und Fortschreibung des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 128 beteiligt werden.

Diese Beteiligungsrechte sind für eine durchgreifende Verbesserung der Patientenbeteiligung jedoch zu schwach ausgestaltet. Der PARITÄTISCHE tritt daher für eine direkte Einbindung der Organisationen in die jeweiligen Entscheidungsgremien ein. Im einzelnen hierzu wie auch zur notwendigen Klarstellung, welche Organisationen zu beteiligen sind, verweisen wir auf unsere Ausführungen zu Nr. 46 (§ 92).

- **Nr. 63 § 115a Abs. 2 (Nachstationäre Behandlung durch das Krankenhaus)**

Der PARITÄTISCHE begrüßt die Verlängerung der Frist für nachstationäre Behandlungen als weiteren Schritt zur Entsektorisierung des Gesundheitswesens im Sinne einer integrierten Versorgung.

- **Nr. 66 § 116b (Ambulante Behandlung im Krankenhaus)**

Die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung ist ein weiterer positiver Schritt in Richtung integrierter Versorgung und zur Gewährleistung eines nahtlosen und effizienten Behandlungsablaufes, den der PARITÄTISCHE ausdrücklich begrüßt. Allerdings halten wir die hier vorgesehenen Regelungen für nicht weitgehend genug und fordern deshalb eine generelle Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung.

- **Nr. 79 §132a (Versorgung mit häuslicher Krankenpflege)**

Der PARITÄTISCHE begrüßt, daß die für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten, behinderten Menschen und der Selbsthilfe maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene an den Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege beteiligt werden. Im Hinblick auf die Ausgestaltung dieses Beteiligungsrechtes sowie zur eindeutigen Regelung, welche Organisationen zu beteiligen sind, verweisen wir auf unsere Ausführungen zu Nr. 46 (§ 92).

Die vorgesehene Verpflichtung zur Fortbildung sowie die drohende Vertragskündigung bei Nichterfüllung wird als unangemessen kritisiert. Fortbildung in der Pflege wird zwar als notwendig erachtet, vertragliche Verpflichtungen, insbesondere aber eine drohende Vertragskündigung, werden jedoch als überzogen gewertet. Insbesondere werden Vereinbarungen auf der Bundesebene - losgelöst von Vergütungsfragen - als nicht zielführend abgelehnt. Zudem werden bundeseinheitliche Festlegungen zu Fortbildungen abgelehnt, da Bildung in die Länderhoheit fällt und auf Landesebene ganz unterschiedliche Regelungen z.B. bzgl. des Bildungsurlaubs bestehen. Es wird darauf hingewiesen, daß Berufsstände, Berufsgruppen für sich reklamieren, Fortbildungserfordernisse zu definieren. Alternativ zu der Regelung wird ein Fortbildungsgesetz für alle Gesundheitsberufe als sinnvoll erachtet. Dabei wären detaillierte Festlegungen für einzelne Berufsgruppen möglich.

Die vorgesehene Regelung, daß im Falle von Vertragsstreitigkeiten eine unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt, wird als eindeutige Verbesse-

rung gegenüber der derzeitigen Situation gewertet. Dabei scheint allerdings unklar, welche Rechtsmittel gegen den Schiedsspruch bestehen.

- **Nr. 81 ff. §§ 135a ff. (Verbesserung des Qualitätsmanagements auch in der ambulanten Versorgung sowie Verbesserung der Qualitätssicherung in Kassenärztlichen Vereinigungen)**

Die Einführung eines Qualitätsmanagements für alle Leistungsbereiche ist sinnvoll. Dabei darf jedoch nicht übersehen werden, daß die Implementation eines Qualitätsmanagementsystems nicht ohne den Einsatz personeller und sächlicher Ressourcen möglich ist. Dies ist bei Vertragsgestaltungen in angemessener Weise zu berücksichtigen.

- **Nr. 89 § 137f Abs. 2 (Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten)**

Der PARITÄTISCHE begrüßt die Klarstellung, daß zur Ausgestaltung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) Anforderungen an die Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors zu benennen sind.

Um die Behandlung chronischer Erkrankungen dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechend zu gewährleisten, ist es nach Auffassung des PARITÄTISCHEN erforderlich, die leitliniengestützte Versorgung einschließlich der DMP auszubauen. Entsprechende Behandlungsprogramme sind baldmöglichst insbesondere für

- Diabetes mellitus Typ 1,
- obstruktive Atemwegserkrankungen,
- koronare Herzerkrankungen,
- Stoffwechselerkrankungen,
- Krebserkrankungen,
- Erkrankungen des Bewegungsapparates sowie
- chronische psychiatrisch-psychosomatische Krankheitsbilder

zu entwickeln.

Langfristig sollen alle – besonders auch die seltenen – chronischen Erkrankungen erfaßt werden.

DMP bieten ein erhebliches Potential für Effizienzsteigerungen in der kostenintensiven Versorgung chronisch Kranker. Sie werden jedoch nur effektiv ausgestaltet werden können, wenn die Programme einheitlich für alle Krankenkassen entwickelt werden und es gelingt, zwischen den Krankenkassen einen Wettbewerb um die beste Versorgung zu initiieren, der auch das Übertreffen der Leitlinien anhand gesicherter Erkenntnisse für eine verbesserte Versorgung attraktiv macht. Gewährleistet sein muß ebenfalls, daß neue, in Studien gesicherte Erkenntnisse bzw. von internationalen Leitlinienkommissionen verabschiedete verbesserte Leitlinien schnellstmöglich verbindlich in das entsprechende DMP aufgenommen werden.

Die Selbsthilfegruppen chronisch kranker Menschen müssen deshalb verbindlich in die Entwicklung und den Ablauf dieser Programme eingebunden werden, auch um zu gewährleisten, daß die Versorgungsqualität nicht unterschritten wird. Im einzelnen hierzu verweisen wir auf unsere Ausführungen zu Nr.46 (§ 92).

Patienten, die sich nicht in DMP einschreiben, dürfen gegenüber den beigetretenen Versicherten nicht benachteiligt werden.

Patienten, die sich in DMP einschreiben, dürfen für die Behandlung geeignete - aber nicht in dem Programm vorgesehene - Verfahren und Medikamente weder verschwiegen noch – sofern der Patient deren Anwendung wünscht – vorenthalten werden.

Bei der Durchführung der DMP ist die Erfassung sowie die Übermittlung und Nutzung von Behandlungsdaten zur Gewährleistung des Vertrauensschutzes zwischen Patient und Arzt und der Wahrung der Persönlichkeitsrechte der Versicherten soweit als möglich pseudonym zu regeln. Dabei muß dem Patienten offengelegt werden, welche seiner Daten an welche Stelle weitergeleitet werden.

- Nr. 91 ff. §§ 139a – 139I (Errichtung eines Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin)

Qualitäts- und Versorgungsziele sind derzeit den bestehenden Strukturen des Gesundheitswesens unter-, nicht übergeordnet. Dieser Zustand muß umgekehrt werden. Nur unter der Voraussetzung, daß keine Doppelzuständigkeiten, weitere Schnittstellenprobleme geschaffen und damit verbundener Bürokratieaufwand vermieden wird, kann das Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin als fachlich unabhängige Institution ein Schritt zur Förderung der Transparenz und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen sein, wenn die Rahmenbedingungen angemessen ausgestaltet werden.

Die Aufgabenstellung des Zentrums nach § 139 b erstreckt sich weitgehend auf die Leistungen der medizinischen Diagnostik und Therapie. Die für chronisch kranke und behinderte Menschen ebenso wichtigen Bereiche der Prävention, der Rehabilitation und der Nachsorge werden nur unzureichend berücksichtigt. Im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtung der Lebenssituation behinderter und chronisch kranker Menschen ist deshalb der Aufgabenbereich des Zentrums entsprechend zu erweitern. Dies erscheint auch deshalb sinnvoll, weil die Bestrebungen des Gesetzgebers, mit dem SGB IX eine bessere und engere Vernetzung von Akutmedizin, Rehabilitation und Pflege zu erreichen, von den Trägern der medizinischen Rehabilitation aufgrund trägerspezifischer Eigeninteressen nicht hinreichend umgesetzt werden. In das Aufgabenspektrum sollte auch die Qualitätsüberprüfung und -sicherung von Hilfsmitteln einbezogen werden.

Der PARITÄTISCHE spricht sich zudem dafür aus, die bislang den Rehabilitationsträgern im Sinne des § 6 SGB IX übertragene Aufgabe, im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) gemeinsame Empfehlungen gemäß § 13 SGB IX zu vereinbaren, aufzuheben und dem Zentrum als weiteren Aufgabenbereich zuzuweisen. Damit wird nicht nur eine zeit- und kostenintensive Arbeitsstruktur aufgelöst, ein sonst erforderliches aufwendiges Abstimmungsverfahren zwischen den Empfehlungen des Zentrums und den gemeinsamen Emp-

fehlungen im Rahmen der BAR vermieden, sondern gleichzeitig mehr Transparenz für das Gesundheitssystem geschaffen.

- Nr. 92 – 96 §§ 140a – 140h (Integrierte Versorgung)

Der PARITÄTISCHE begrüßt ausdrücklich die vorgesehene Weiterentwicklung der integrierten Versorgung. Sie steigert die Behandlungsqualität und eröffnet die Chance, effizientere und innovative Versorgungsformen zu fördern.

Begrüßt wird insbesondere, daß die bisherige Verschränkung zwischen dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen und der einzelvertraglichen Vereinbarung als ein wesentliches Hindernis für den Abschluß von Verträgen zur integrierten Versorgung aufgelöst wird.

Über die integrierte Versorgung im Rahmen der §§ 140a ff. hinaus sind leistungsträgerübergreifende Versorgungsstrukturen zu entwickeln, die eine ganzheitliche Leistungsgewährung durch Komplexleistungen ermöglichen. Mehr medizinische und soziale Effektivität und ökonomische Effizienz ist durch eine bessere Verzahnung der ambulanten und stationären Versorgung, sowie von Prävention, medizinischer, sozialer und beruflicher Rehabilitation und Pflege zu erreichen. Die sektorübergreifenden und sektorinternen Strukturen der Regelversorgung müssen hinsichtlich Organisation und Finanzierung besser aufeinander abgestimmt sein. Gleiches gilt für den Informations- und Datenaustausch.

- Nr. 99 ff. §§ 144 Abs.1 ff.; Artikel 23 § 6 (Reform des Organisationsrechtes der Krankenkassen)

Trotz des Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleiches in der GKV bestehen in der gesetzlichen Krankenversicherung nach wie vor erhebliche Wettbewerbsungleichgewichte. So ermöglichen organisationsrechtliche Privilegien einigen Kassenarten eine Risikoselektion im Hinblick auf gesunde Versicherte. Die dadurch bedingte Risikoentmischung bedroht die Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese Schieflage geht vor allem zu Lasten der auf Solidarität besonders angewiesenen kranken Versicherten. Die Abschaffung dieser Privilegien ist daher längst überfällig. Der PARITÄTISCHE begrüßt insbesondere, daß

- Arbeitgeber nicht mehr die Kosten des für die Führung einer Betriebskrankenkasse erforderlichen Personals übernehmen können,
- die bestehenden Anhörungsrechte der betroffenen Krankenkassenverbände bei Errichtung, Vereinigung, Auflösung und Schließung von Krankenkassen um die Öffnung von Betriebs- oder Innungskrankenkassen erweitert werden.
- eine Entscheidung zur Öffnung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse für betriebs- oder innungsfremde Versicherte nicht widerrufen werden kann.

Der PARITÄTISCHE begrüßt zudem, daß ab dem 01. Januar 2007 auch kassenartenübergreifende Fusionen ermöglicht werden. Auch dies trägt dazu bei, daß im Rahmen einer solidarischen Wettbewerbsordnung meßbare Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitserfolge und nicht „Rosinenpickerei“ belohnt werden.

- **Nr. 119 § 197a; Nr. 137 §§ 247 a – 274c; Artikel 15 (Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen)**

Das Ausmaß an Mißbrauch und Korruption im Gesundheitswesen belegt, daß diese Mißstände durch ein freiwilliges Handeln der Selbstverwaltung nicht ausreichend bekämpft werden. Der PARITÄTISCHE begrüßt daher die Einführung einer/eines unabhängigen Beauftragten zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen. Über ihre/seine Tätigkeit muß die Öffentlichkeit im Rahmen einer regelmäßigen Berichterstattung informiert werden.

Positiv wird zudem gewertet, daß die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet werden, verselbständigte Ermittlungs- und Prüfungseinrichtungen zur Korruptionsbekämpfung einzurichten, die auch Kontrollfunktionen nach § 67c Abs. 3 SGB X wahrzunehmen haben.

Darüber hinaus sind die Krankenkassen bei rechtswidrigem Verhalten zu Lasten der Versicherten gesetzlich zu verpflichten, den Betroffenen auf deren Wunsch hin Hilfestellung bei der schadensersatzrechtlichen Durchsetzung von Ansprüchen zu leisten.

- **Nr. 123 § 221 (Versicherungsfremde Leistungen)**

Es wird nachdrücklich begrüßt, daß versicherungsfremde Leistungen, die keinen Bezug zu Krankheit haben, als gesamtgesellschaftliche Aufgaben nicht mehr durch die GKV, sondern aus Steuermitteln finanziert werden sollen. Die hierzu vorgesehene Erhöhung der Tabaksteuer ist auch unter Präventionsgesichtspunkten sinnvoll. Im übrigen verweisen wir auf unsere Ausführungen zu Nr. 5 (§ 20 Abs. 2a-2c).

- **Nr. 128 § 248 (Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen aus selbständiger Tätigkeit)**

Die vorgesehene Regelung, alle Versorgungsbezüge und Alterseinkommen aus selbständiger Tätigkeit von in der GKV versicherten Rentnerinnen und Rentnern ohne Übergangsfrist mit dem vollen Beitragssatz heranzuziehen, wäre für die Betroffenen eine nicht vertretbare Belastung. Die Alterssicherung erfordert im Interesse der Lebensplanung der Betroffenen Berechenbarkeit und Zuverlässigkeit. Die Berücksichtigung der Versorgungsbezüge und Alterseinkommen aus selbständiger Tätigkeit bei der Beitragsbemessung kann daher nur im Rahmen einer angemessenen Übergangsregelung umgesetzt werden.

- **Nr. 129, 132 §§ 249, 257 (Krankengeld)**

Positiv ist, daß es nunmehr bei einer solidarischen Absicherung des Krankengeldes im Rahmen der GKV bleiben soll. Die vorgesehene Ablösung der paritätischen Finanzierung lehnt der PARITÄTISCHE jedoch ab. Die Versicherten würden dadurch jährlich mit rund 3,5 Milliarden € massiv belastet. Damit wäre ordnungspolitisch der Weg beschritten, je nach Kassenlage der GKV immer mehr Leistungen rein versichertenbezogen zu finanzieren. Viele Beschäftigte werden im Laufe ihres Erwerbslebens durch die Arbeit krank. Mit der Beteiligung an der Finanzierung des Krankengeldes nehmen die Arbeitgeber bisher ihre hieraus re-

sultierende Verantwortung wahr. Durch die Herausnahme des Krankengeldes aus der paritätischen Finanzierung kann der Anreiz für die Arbeitgeber, vorbeugend durch betriebliche Gesundheitsförderung tätig zu werden, geschmälert werden.

- **Nr. 134 § 264 (Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung)**

Ein großer Teil der Sozialhilfeempfänger ist noch immer nicht gesetzlich krankenversichert. Dies belastet die Kommunen unangemessen hoch und führt auch zu Unwillen in der Bevölkerung, da die Behandlung von Sozialhilfeempfängern durch Ärzte wegen der nicht vorhandenen Deckelung sowie wegen der Anwendung der Gebührenordnung für Ärzte(GOÄ) wie die Behandlung von Privatpatienten honoriert wird.

Der PARITÄTISCHE begrüßt daher, daß die Sozialhilfeempfänger mit den GKV-Versicherten leistungsrechtlich gleichgestellt werden.

- **Nr. 159 § 305 (Patientenquittung)**

Der PARITÄTISCHE begrüßt, daß die Patientinnen und Patienten künftig eine Quittung über die vom Vertragsarzt/Zahnarzt abgerechneten Leistungen und deren Kosten verlangen können. Damit werden ärztliche Leistungen für die Versicherten nachvollziehbar und kontrollierbar. Dies ist ein wichtiger Beitrag zur Stärkung der Patientensouveränität.

Die Einführung einer Aufwandspauschale für das Ausstellen der Patientenquittung ist nach Auffassung des PARITÄTISCHEN jedoch nicht sachgerecht. Dies kann dazu führen, daß insbesondere Versicherte mit niedrigem Einkommen auf diese Nachweise verzichten.