

(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0248(67 A)  
vom 23.06.03  
  
15. Wahlperiode

**Stellungnahme  
der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V. (BAGH)**

**zum Entwurf  
für das Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitssystems  
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz)**

**Hier: Änderungen bei der Arzneimittelversorgung**

Anhörung am 25.06.2003  
9.00 Uhr bis 12.30 Uhr

## I. Einleitung

Die Bundesregierung verfolgt mit dem Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz das Ziel, die Effektivität und Qualität der Leistungserbringung im Gesundheitswesen zu verbessern und die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern.

Die Bundesregierung folgt bei der Analyse des Regelungsbedarfs dieses Gesetzes weitgehend den Feststellungen des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, der in seinen letzten Gutachten aufgezeigt hat, dass es infolge einer mangelhaften Bürgerorientierung des Gesundheitswesens und infolge einer zu starken Ausrichtung des Gesundheitssystems an der Behandlung Akutkranker zu erheblichen Fehlversorgungen vieler chronisch kranker und behinderter Menschen gekommen ist.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V. (BAGH) teilt als Dachverband von derzeit 86 Bundesorganisationen der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen und von 14 Landesarbeitsgemeinschaften ausdrücklich diese Problemsicht und begrüßt den Grundansatz des Gesetzentwurfs, auf dem Boden des Solidarprinzips der Krankenversicherung die Qualität, Wirtschaftlichkeit, Transparenz und Bürgerorientierung des Gesundheitswesens zu stärken.

Auch angesichts der berechtigten Diskussionen zur künftigen Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme darf nicht verkannt werden, dass die solidarische Absicherung der Krankheitsrisiken die Basis des deutschen Gesundheitswesens und eines der charakteristischen Merkmale einer sozialen und solidarischen Gesellschaft ist.

Leistungsausgrenzungen, Privatversicherungsmodelle, Kopfpauschalen und Selbstbehalte führen zu einer systematischen Benachteiligung chronisch kranker und behinderter Menschen und sind daher mit dem Solidarprinzip nicht vereinbar.

Leider wird in der allgemeinen Finanzierungsdebatte und teilweise auch im vorliegenden Gesetzentwurf häufig verkannt, dass chronisch kranke und behinderte Menschen in der Regel gar nicht die Möglichkeit haben, private Zusatzversicherungen abzuschließen und dass Zuzahlungen, Selbstbehalte und Kopfpauschalen bei chronisch kranken und behinderten Menschen keinerlei Steuerungseffekte, sondern lediglich Diskriminierungseffekte haben können, da diese Menschen auf die gebotene Versorgung schlicht angewiesen sind.

Viel zu kurzfristig sind daher Ansätze, nach denen eine Leistungsausgrenzung pauschal die Finanzierungsproblematik der gesetzlichen Krankenversicherung lösen könne. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat in seinen Gutachten mehrfach dargelegt, dass die zentrale Aufgabe des Gesundheitswesens die Versorgung der wachsenden Zahl chronisch kranker und behinderter Menschen ist. Nur über eine möglichst optimale Versorgung dieser Menschen können die bestehenden Fehlsteuerungen im System und massiven Ressourcenverschwendungen behoben werden. Nur über integrative Programme für chronisch kranke und behinderte Menschen kann langfristig eine Reduzierung der Krankheitskosten erreicht und bei vielen Menschen unnötiges Leid verhindert werden.

Solange Präventions- und Rehabilitationsprogramme in völlig unzureichendem Umfang durchgeführt werden, solange es in großem Umfang aufgrund der mangelnden Bürgerbeteiligung an den Systemscheidungen im Gesundheitswesen zu Fehlversorgungen kommt und solange auf der Anbieterseite nach wie vor teilweise erhebliche Gewinnsteigerungen zu ver-

zeichnen sind, besteht aus Sicht der BAGH kein Anlass, die solidarisch finanzierte medizinische Versorgung der Bürgerinnen und Bürger einzuschränken oder gar teilweise aufzugeben.

## **II. Allgemeine Einschätzung zum Gesetzentwurf**

Die BAGH begrüßt das Anliegen der Bundesregierung, mit dem geplanten Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz eine Strukturreform anzugehen.

Grundpfeiler dieser Strukturreform müssen

1. die verstärkte Patientenorientierung des Systems,
2. die Schaffung integrierter Versorgungssysteme,
3. die Aufwertung der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen gegenüber der bislang vorherrschenden Ausrichtung an der Behandlung Akutkranker und
4. die Optimierung der Versorgungsqualität, d. h. der Abbau von Fehlversorgungen, sein.

### **1. Patientenorientierung**

Ausdrücklich zu begrüßen ist aus Sicht der BAGH, dass im Gesetzentwurf zum Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz eine Stärkung der kollektiven Patientenrechte an vielen zentralen Stellen vorgesehen ist.

- a) Dies betrifft insbesondere die Beteiligung der Selbsthilfeorganisationen der chronisch kranken und behinderten Menschen im Bundesausschuss (§ 92 Abs. 7 b SGB V), in den Gremien, die die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege regeln (§ 132 b SGB V), in der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung (§ 137 SGB V), im vorgesehenen Deutschen Zentrum für Qualitätssicherung in der Medizin (§ 139 a SGB V), im vorgesehenen Steuerungsausschuss für Telematik im Gesundheitswesen (§ 291 b SGB V) und im Beirat der vorgesehenen Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz (§ 303 a SGB V).

Die Schaffung dieser kollektiven Patientenrechte ist längst überfällig und ein wichtiger Baustein zur Modernisierung des Gesundheitssystems.

Wie der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen bereits in seinem Gutachten „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ festgestellt hat, muss sich die Rolle der Patienten im Gesundheitssystem dahingehend wandeln, dass von den Patienten künftig ein verstärkter Einfluss auf die Zielorientierung, die Prozesse und die Strukturen des Versorgungssystems ausgeht (vgl. Sachverständigenrat, Gutachten 2001 „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“, Kurzfassung, Bd. I, S. 40).

- b) Um die erforderliche Neuausrichtung des Systems tatsächlich realisieren zu können und um nicht auf halbem Wege stehen zu bleiben, muss die Stärkung der kollektiven Patientenrechte konsequent durchgeführt werden.

- bb) Ergänzungsbedürftig ist daher aus Sicht der BAGH im vorliegenden Gesetzentwurf vor allem das noch nicht vorgesehene Antragsrecht der Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen nach § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

Außerdem muss aus Sicht der BAGH in den o. g. Vorschriften zur Patientenbeteiligung ausdrücklich bestimmt werden, dass es sich nicht nur um rein formale Verfahrensbeteiligungen handelt, sondern um echte Mitwirkungsrechte, die es zumindest erforderlich machen, dass die Sachargumente der Betroffenenorganisationen inhaltlich diskutiert werden und Eingang in die jeweiligen Entscheidungen finden. Dies betrifft insbesondere die Beteiligung im Bundesausschuss nach § 92 SGB V, da die Vertretung der Interessen der Betroffenen anderenfalls nur eine Feigenblattfunktion hätte. Eine echte Entscheidungsbeteiligung der Betroffenenorganisationen setzt im übrigen voraus, dass auch die hierfür notwendigen Rahmenbedingungen in den Verfahren geschaffen werden. Dies betrifft vor allem Bearbeitungszeiten, die Verständlichkeit und Transparenz der Sachdiskussionen und die Möglichkeit, Minderheitenvoten kenntlich zu machen.

- cc) Die BAGH weist darauf hin, dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf noch nicht alle Möglichkeiten genutzt wurden, um die Patientenorientierung breitflächig im System zu verankern.

Wünschenswert wäre aus Sicht der BAGH eine Beteiligung der Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen über die im Gesetzentwurf vorgesehenen Fälle hinaus in den Gremien zur Regelung der stationären Versorgung (§ 109 a SGB V), der ambulanten Operationen (§ 115 b SGB V), des Arzneimittelversandhandels (§ 129 Abs. 5 a SGB V) und der Krankenhausapotheken (§ 129 a SGB V). Wünschenswert wäre aber beispielsweise auch die Beteiligung in den Gremien zur Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge/Rehabilitation (§ 137 d SGB V). Dringend notwendig ist die Beteiligung der Betroffenenorganisationen an den Vertragsverhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, die Heil- und Hilfsmittel und Transportleistungen „zu niedrigen Preisen“ anbieten sollen (§§ 32 Abs. 1, 33, 60 Abs. 2). Ohne eine Beteiligung der Betroffenenorganisationen an diesen Vertragsverhandlungen (§§ 125 Abs. 2, 127 Abs. 2, 133) wird es zu Vertragsabschlüssen zu Lasten Dritter, nämlich zu Lasten der Betroffenen kommen.

- c) Rein terminologisch ist darauf hinzuweisen, dass die im Gesetzentwurf verwendeten Begriffe „Selbsthilfe“ und „Patientenvertretung“ nicht nebeneinander stehen oder sich gar ausschließen sollten (z.B. in § 92 Abs. 7 b SGB V).

Die Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen sind die Interessenvertretung chronisch kranker und behinderter Patienten. Die Selbsthilfe ist somit die einzige Form der demokratisch legitimierten Selbstvertretung der Patienten, weshalb die Selbsthilfe auch die maßgebliche Form der Patientenvertretung im Gesundheitssystem ist. Dies insbesondere auch deshalb, weil die Versorgung der chronisch kranken und behinderten Menschen künftig mehr denn je zur zentralen Aufgabe des Gesundheitswesens werden wird (vgl. hierzu unten 2.).

- d) Zu begrüßen ist aus Sicht der BAGH die im Gesetzentwurf vorgesehene Schaffung eines sog. Patientenbeauftragten der Bundesregierung. Dieser Patientenbeauftragte würde nämlich gewährleisten, dass die Patientenorientierung des Gesundheitswesens nachhaltig als fortlaufende Reformaufgabe der Bundesregierung begriffen würde. Außerdem wäre es

wünschenswert, wenn die Selbsthilfeorganisationen der Betroffenen einen direkten Ansprechpartner auf höchster Ebene hätten, um auf akute Problemfelder hinzuweisen und um gemeinsam mit der Bundesregierung Lösungsansätze zu erarbeiten. Andererseits ist jedoch zu betonen, dass ein solcher Patientenbeauftragter nicht die Selbstvertretung der Betroffenen durch die Selbsthilfeorganisationen ersetzen kann. Nur die Selbsthilfeorganisationen der Betroffenen sind die legitimierte Vertretung chronisch kranker und behinderter Menschen.

- e) Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass die Stärkung der kollektiven Patientenrechte auch immer im Zusammenhang mit der Stärkung der Ressourcen der Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen zu sehen ist.

Ausdrücklich zu begrüßen ist daher die im Gesetzentwurf vorgesehene Neufassung des § 20 Abs. 4 SGB V.

Aus Sicht der BAGH ist diese Neuregelung dringend erforderlich, da die gesetzlichen Krankenkassen die im Gesetz vorgesehene Fördersumme von € 0,52 pro Versicherten pro Jahr für die Selbsthilfe seit Jahren mehr als zur Hälfte gesetzwidrig zurückbehalten und teilweise durch ebenso zweckwidrige wie intransparente „Förderpolitiken“ den staatlichen Förderauftrag unterlaufen.

Die BAGH begrüßt ausdrücklich, dass diesem unhaltbaren Zustand nun ein Ende bereitet werden soll. Es sollte in diesem Zusammenhang darüber hinaus noch gesetzlich sichergestellt werden, dass der personelle und finanzielle Aufwand der Selbsthilfeorganisationen, der durch die Gremienarbeit im Gesundheitswesen erforderlich wird, angemessen unterstützt wird. Dies wird von den gesetzlichen Krankenkassen bislang in Abrede gestellt, ist aber ein unabdingbarer Baustein einer effektiven Patientenorientierung im Gesundheitswesen.

## **2. Integrierte Versorgung**

Die BAGH begrüßt das Anliegen der Bundesregierung, dass künftig verstärkt integrierte Versorgungssysteme eingeführt werden sollen. Dabei muss jedoch dafür Sorge getragen werden, dass funktionierende vorhandene Strukturen nicht abgebaut werden.

- a) Die im Gesetzentwurf vorgesehene Einschränkung des Kollektivvertragssystems, die vorgesehene Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung im Bereich hochspezialisierter Leistungen und die Einbeziehung von Gesundheitszentren in die Versorgungsstrukturen können sicherlich mit dazu beitragen, die derzeitigen Versorgungsstrukturen sinnvoll zu ergänzen.

Gerade aus Sicht chronisch kranker und behinderter Menschen ist jedoch zu bemängeln, dass die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen auch die Gefahr eines erheblichen Abbaus von niedergelassenen fachärztlichen Versorgungsstrukturen in sich bergen und dass keine Regelungen getroffen werden, die eine rein ökonomisch orientierte Gestaltung der Versorgung durch die gesetzlichen Krankenkassen ausschließen. Dringend erforderlich sind effiziente Regelungen, die sicherstellen, dass beim Wettbewerb der Krankenkassen die Qualität der Versorgung sichergestellt und nicht im Konsens der Wettbewerber abgesenkt wird.

Außerdem ist nicht recht nachvollziehbar, warum manche Facharztgruppen von den Neuregelungen zu den Einzelverträgen zwischen Ärzten und Krankenkassen ausgenommen sind, andere jedoch nicht.

- b) Was die Schaffung integrierter Versorgungssysteme anbelangt, so überlassen die vorgesehenen Regelungen der §§ 140 a ff. SGB V des vorliegenden Gesetzentwurfs weitgehend den gesetzlichen Krankenkassen die Initiative.

Angesichts der Erfahrungen mit den bisherigen Regelungen hegt die BAGH Zweifel, ob dies ausreichend ist. Wünschenswert wären einerseits konkretere Vorgaben für die Schaffung neuer integrierter Versorgungsstrukturen und andererseits Anreize nach dem Vorbild des DMP-bezogenen Risikostrukturausgleichs (§§ 137 ff. SGB V).

Auch in diesem Bereich ist es im Übrigen an der Zeit, die Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen an den strukturbildenden Entscheidungen im System zu beteiligen. Wünschenswert wäre beispielsweise ein Initiativrecht zum Abschluss von Zielvereinbarungen, vergleichbar zu den entsprechenden Regelungen im Bundesgleichstellungsgesetz.

- c) Im Mittelpunkt der Reformbemühungen zur integrierten Versorgung muss immer das Wohl der Patientinnen und Patienten stehen. Daher muss gesetzgeberisch insbesondere auch die Abspaltung der Rehabilitation von der Kuration in die Regelungsbereiche der Sozialgesetzbücher V und IX überwunden werden. Dies wird beispielsweise hinsichtlich der Disease-Management-Programme nach § 137 ff. SGB V nicht hinreichend beachtet: Diese Programme sind aus Sicht der BAGH als systemübergreifende integrierte Versorgungssysteme zu begreifen und nicht allein der Kuration nach dem SGB V zuzuschlagen.

### **3. Aufwertung der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen gegenüber der akutmedizinischen Behandlung**

- a) Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten zur „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ (Sachverständigenrat, Gutachten 2001, „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“, Bd. III, S. 62 f., Kurzfassung) im Einzelnen aufgezeigt, dass unser gegenwärtiges Gesundheitssystem in vielfältiger Weise nur unzureichend an die Erfordernisse der Behandlung chronisch kranker und behinderter Menschen angepasst ist.

„Diese Fehladaptation lässt sich im Wesentlichen auf die dem akutmedizinischen Paradigma verhafteten Strukturen der Gesundheitsversorgung, der Qualifikation und der Sozialisation der Leistungserbringer zurückführen“ (Sachverständigenrat, a.a.O., S. 65).

Dies ist deshalb für das deutsche Gesundheitswesen fatal, weil in den fortgeschrittenen Industrienationen die angemessene Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen die wichtigste und größte Herausforderung für das Gesundheitswesen ist (Sachverständigenrat, a.a.O., S. 62). Außerdem wird in Zukunft die Bedeutung dieser Patienten für die Versorgungsstrukturen rein zahlenmäßig noch weiter zunehmen.

Die Aufwertung der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen gegenüber der akutmedizinischen Behandlung ist daher erwiesenermaßen dringend erforderlich, auch um Ressourcenverschwendungen in diesem Bereich durch Fehlversorgungen abzubauen. spezifische Regelungen zur Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen im SGB V sind zur Überwindung der strukturellen Mängel unbedingt notwendig.

- b) Der vorliegende Gesetzentwurf lässt den dringend erforderlichen Paradigmenwechsel hin zu einer integrationsorientierten Ausrichtung des Gesundheitswesens im Bereich des SGB V vermissen.

Die BAGH setzt sich deshalb dafür ein, dass ein gesonderter Abschnitt in das SGB V aufgenommen wird, in dem die Grundprinzipien der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen auf der Grundlage des im SGB IX bereits etablierten Versorgungsverständnisses niedergelegt werden.

Elementare Grundpfeiler dieses Verständnisses sind die Abkehr vom rein somatisch orientierten Gesundheitsbegriff, die volle Teilhabe chronisch kranker und behinderter Menschen am gesellschaftlichen Leben und die volle Selbstbestimmung der Betroffenen. In jedem Fall ist ein eigenständiger integrierter Versorgungsstrang zu schaffen, der auch den Regelungsbereich des SGB V mit umfasst.

- c) Das stattdessen im Entwurf für das Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz vorgesehene Hausarztssystem (§ 65 SGB V) ist nach Auffassung der BAGH hingegen aus mehreren Gründen nicht geeignet, eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen.

Zum einen wird der grundlegende Unterschied zwischen der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen und der akutmedizinischen Behandlung von diesem Ansatz nicht erfasst. Zwar teilt die BAGH die Auffassung, dass die Patientinnen und Patienten gerade bei Einführung neuer Versorgungsstrukturen Ansprechpartner ihres besonderen Vertrauens benötigen, die sie durch die immer komplexer werdenden Strukturen des Gesundheitswesens begleiten. Gerade bei der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen sind es aber in der Regel gerade nicht die Allgemeinmediziner, die diese Schlüsselstellung einnehmen können. Behinderte und chronisch kranke Menschen sind typischerweise auf ein enges Vertrauensverhältnis mit dem Facharzt des betroffenen medizinischen Fachgebiets angewiesen, weshalb vor allem Fachärzte bei behinderten und chronisch kranken Menschen als „Lotsen“ des Patienten prädestiniert sind.

Zwar sind im geplanten Hausarztssystem Ausnahmeregelungen für chronisch kranke Menschen in Dauerbehandlung vorgesehen. Dies allein wird aber den besonderen Versorgungsbedürfnissen dieser Menschen nicht gerecht. Außerdem ist es unhaltbar, dass die Ausnahmeregelung nur unter der Bedingung greift, dass man sich nicht in Disease-Management-Programme oder integrierte Versorgungssysteme einschreiben kann. Eine solche „Ausnahmeregelung“ ist mit dem Leitbild des mündigen Patienten unvereinbar und wird von den Betroffenen als Nötigung zur Einschreibung in bestimmte Versorgungsstrukturen angesehen. Der Qualitätswettbewerb der Versorgungsstrukturen setzt jedoch voraus, dass der mündige Patient durch seine freiwillige Entscheidung für oder gegen Versorgungsangebote im Mittelpunkt der Versorgungsanstrengungen steht. Der Gesetzentwurf verkennt schon vom Grundsatz her, dass ein

eigenständiger integrativer Ansatz im SGB V zur Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen erforderlich ist. Bei der nun vorgesehenen Lösung ist es im Übrigen nicht haltbar, dass der Facharztzugang für Neuerkrankte eingeschränkt werden soll.

Unabhängig von den besonderen Problemen der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen ist zum Hausarztssystem zu sagen, dass die derzeitigen Defizite in der hausärztlichen Versorgung es nicht zulassen, hieraus eine Regelversorgung im Sinne eines Hausarztssystems zu machen. Es ist ein grober Mangel, dass die Betroffenenorganisationen nach dem vorliegenden Entwurf noch nicht einmal an der Definition der Qualitätsstandards beteiligt werden sollen.

Festzuhalten ist somit, dass die Grundkonzeption des Gesetzentwurfs zu den künftigen Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen in vielerlei Hinsicht verbesserungsbedürftig ist.

#### **4. Optimierung der Versorgungsqualität**

Oberstes Ziel der Gesundheitspolitik muss es stets sein, die medizinische und pflegerische Versorgung der Betroffenen qualitativ möglichst optimal zu gestalten.

Die BAGH begrüßt daher das Anliegen der Bundesregierung, die Qualität der Versorgung durch verschiedene Maßnahmen zu verbessern, da hierin nicht zuletzt der Schlüssel für die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitswesens liegt.

Solange es gerade bei der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen erwießenermaßen in großem Umfang zu Fehlsteuerungen kommt, die bei vielen Menschen unnötiges Leid verursachen, die aber auch zu enormen Ressourcenverschwendungen führen, besteht kein Anlass, die solidarisch finanzierte medizinische Versorgung der Bürgerinnen und Bürger durch Leistungsausgrenzungen, Rationierungen oder Ähnliches ohne Not zu verschlechtern.

- a) Vor diesem Hintergrund begrüßt die BAGH grundsätzlich das Vorhaben der Bundesregierung, ein koordinierendes Zentrum für Qualitätssicherung in der Medizin (§§ 139 a ff SGB V) zu schaffen.

Es ist nämlich durchaus sinnvoll, die verschiedenen Ansätze zur Qualitätssicherung in der Medizin zu bündeln, da Qualitätssicherung bislang aufgrund verschiedenster gesetzlicher Regelungen durch die verschiedensten Institutionen betrieben wird, ohne dass diese Ansätze miteinander vernetzt sind.

Eine integrierte Versorgung bedingt im Übrigen auch eine integrierte Qualitätssicherung.

Die BAGH begrüßt auch grundsätzlich die im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehenen Beteiligungsrechte der Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen in den Gremien des geplanten Instituts für Qualitätssicherung in der Medizin. Die Einbindung der Betroffenenkompetenz ist nämlich eine unabdingbare Voraussetzung für eine adäquate Qualitätssicherung im Gesundheitswesen.

Trotzdem sind die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen zum Institut für Qualitätssicherung in der Medizin auch kritisch zu betrachten. So bleiben Fragen der Zusam-



mensetzung der Gremien, der Arbeitsaufträge und der Arbeitsweise des Instituts völlig unklar. Aus Sicht der BAGH sind dringend zusätzliche Regelungen im Gesetzentwurf erforderlich, die verhindern, dass das Institut zu einer praxisfernen und innovationshemmenden Zentralbehörde wird.

- b) Soweit im Gesetzentwurf eine Verpflichtung der Ärzte zur regelmäßigen Fortbildung vorgesehen ist, findet auch dies im Sinne einer verbesserten Qualitätssicherung die Zustimmung der BAGH.

Allerdings ist in diesem Zusammenhang hervorzuheben, dass es für die Qualitätssicherung der Behandlung der Patientinnen und Patienten besonders wichtig ist, das Element der „sprechenden Medizin“ in der Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte zu stärken. Daher sollte hier ein Schwerpunkt bei den Fortbildungspflichten gesetzlich festgelegt werden.

- c) Als Bedrohung für die Versorgungsqualität im Gesundheitswesen sind aus Sicht der BAGH hingegen die vielfältigen Leistungsbeschneidungen zu sehen, die im Gesetzentwurf vorgesehen sind.

Beispielhaft zu nennen ist insoweit die Herausnahme der nicht verschreibungspflichtigen Medikamente aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen (§ 34 Abs. 1) und die Neuregelung zum Zahnersatz (§ 30). Hier kommt es zum elementaren Bruch mit dem Grundsatz, dass für alle Bürgerinnen und Bürger im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung das medizinisch Notwendige finanzierbar sein muss – dies ist mit einer qualitativ hochwertigen Versorgung schlichtweg unvereinbar.

## **5. Keine einseitige Belastung der Patientinnen und Patienten**

Vom Ansatz her verfehlt ist schließlich das Vorhaben der Bundesregierung, zur Senkung der Kosten in der Krankenversicherung einseitig die Patienten durch Praxisgebühren (§ 28 Abs. 4) oder Ähnliches zu belasten.

Derartige Maßnahmen stützen nur eine ineffiziente Mittelverwendung im System und stabilisieren so diejenigen Strukturen, die gerade zu kostenträchtigen Fehlsteuerungen führen. Völlig verkannt wird in der allgemeinen Debatte hingegen, dass chronisch kranke und behinderte Menschen schon jetzt ein besonders hohes Armutrisiko tragen, was wissenschaftlich belegt ist (vgl. z.B. Hanesch u.a., Armut und Ungleichheit in Deutschland, Reinbek, 2000, Kap. 3.4.5 und 3.4.6).

Chronisch kranke und behinderte Menschen sind im Übrigen nicht im üblichen Sinne „heilbar“, sondern auf eine dauernde und umfassende Versorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung angewiesen. Angebliche Steuerungseffekte sind bei diesen Patienten durch Zuzahlungsverpflichtungen, Eigenanteile oder Praxisgebühren nicht zu erreichen. Klar abzulehnen ist daher insbesondere die im Gesetzentwurf vorgesehene Neugestaltung der Zuzahlungs- und Befreiungsregelungen der §§ 61 ff. SGB V, wengleich anzuerkennen ist, dass auch nach der Neuregelung nun Ausnahmenvorschriften für chronisch kranke Menschen vorgesehen sind (§ 62 a SGB V). Wie bereits aufgeführt wurde, sind diese Ausnahmenvorschriften aber an Bedingungen geknüpft, die aus Sicht chronisch kranker Menschen als Nötigung zur Einschreibung in vorgegebene Versorgungsstrukturen anzusehen sind.

## 6. Wettbewerb und Organisationsstrukturen

Was schließlich die Reform der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen anbelangt, so ist sicherlich im Sinne einer Verbesserung des Wettbewerbs die Ermöglichung der Einzelverträge zwischen Fachärzten und Krankenkassen (§ 106 b SGB V) zu begrüßen.

Auch die Ermöglichung kassenartenübergreifender Fusionen (§ 171 a SGB V) geht aus Sicht der BAGH in die richtige Richtung, um Synergien zu nutzen und um die Effizienz auch auf Seiten der gesetzlichen Krankenkassen zu verbessern.

Allerdings fehlt es bei dem vorliegenden Gesetzentwurf an einer Reform des Risikostrukturausgleichs, da trotz der Gutschriften für chronisch kranke Patienten in Disease-Management-Programmen unter den gesetzlichen Krankenkassen nach wie vor ein Wettbewerb um die sog. „guten Risiken“ stattfindet. Nach einer solchen Wettbewerbslogik besteht keinerlei Anreiz, eine qualitativ hochwertige Versorgung gerade derjenigen Patienten zu gewährleisten, die in besonderem Maße auf das Gesundheitssystem angewiesen sind.

Es ist daher dringend erforderlich, dass für chronisch kranke und behinderte Menschen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung stärkere Ausgleichsmechanismen, wie etwa der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich, gefunden werden.

Eine Wettbewerbsorientierung auf der Basis des jetzigen Risikostrukturausgleichs führt nämlich zur systematischen Benachteiligung derjenigen chronisch kranken und behinderten Menschen, die sich nicht in Disease-Management-Programme einschreiben können. Eine solche Art der Wettbewerbsorientierung ist aus Sicht der BAGH abzulehnen.

### III. Zu den Regelungen, die die Änderungen bei der Arzneimittelversorgung betreffen, ist im Einzelnen Folgendes auszuführen:

- 1.) Die BAGH begrüßt grundsätzlich das Vorhaben der Bundesregierung, eine gesonderte **Nutzenbewertung für die vertragsärztliche Arzneimittelversorgung (sog. „4. Hürde“)** einzuführen (§ 35 b SGB V). Da das Arzneimittelzulassungsrecht im Arzneimittelgesetz eine solche Nutzenbewertung nicht verfolgen kann, eine solche Bewertung aber unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten sinnvoll ist, ist es aus Sicht der BAGH sinnvoll, ein entsprechendes Verfahren im SGB V vorzusehen.

Allerdings ist die in § 35 b SGB V vorgesehene Regelung noch in mehrererlei Hinsicht konkretisierungsbedürftig:

- a) In der Regelung der Nutzenbewertung muss sichergestellt werden, dass die Betroffenenperspektive hinreichend berücksichtigt wird. Für chronisch kranke und behinderte Menschen stellt unter Umständen bereits ein kleiner Zusatznutzen eine wesentliche Verbesserung der Therapie dar, wenn die Selbständigkeit des Betroffenen länger erhalten, die gesellschaftliche Teilhabe verbessert oder Leben verlängert werden kann. Bei der Nutzenbewertung handelt es sich nämlich nicht um einen rein wissenschaftlich entscheidenden Tatbestand. Aus diesen Gründen ist für die BAGH eine Entscheidungsbeteiligung der Betroffenenorganisationen bei der Nutzenbewertung und eine ausdrückliche Regelung dieses Beteiligungsrechts unbedingt erforderlich.
  - b) Ferner muss sichergestellt werden, dass das Bewertungsverfahren nach § 35 b SGB V bei der Zahlung innovativer Medikamente nicht zur Verfügung hinsichtlich der Verordnungsmöglichkeit führen kann. Daher muss zwingend eine vorläufige Verordnungsmöglichkeit und die kassenrechtliche Erstattungsfähigkeit für die Dauer des Bewertungsverfahrens vorgesehen werden. Hierdurch würde bei den Bewertungsgremien auch ein wichtiger Anreiz für eine beschleunigte und effiziente Arbeit gesetzt.
  - c) Schließlich muss sichergestellt sein, dass auch für Arzneimittel, die bei seltenen Erkrankungen zur Therapie benötigt werden und bei denen Effektivität naturgemäß nicht anhand von Studien mit hohen Evidenzstufen belegt werden kann, eine Verordnung weiter möglich ist.  
Hier fehlt bislang die gebotene Sonderregelung in § 35 b SGB V.
- 2.) Demgegenüber begrüßt die BAGH ausdrücklich die in § 35 b Abs. 9 SGB V vorgesehene Einrichtung einer Expertengruppe, die den **Off-Label-Use von Arzneimitteln** insbesondere bei seltenen Erkrankungen bewerten und die dann Anwendungsempfehlungen abgeben sollen. Aus Sicht der BAGH wäre es

wünschenswert, wenn in dieser Vorschrift ergänzend klargestellt würde, dass eine positive Anwendungsempfehlung zur kassenrechtlichen Erstattungsfähigkeit der Arzneimittel führt.

- 3.) Als unsozial abzulehnen ist hingegen der Vorschlag zu § 34 Abs. 1 SGB V, wonach **nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel** von der Erstattungsfähigkeit künftig ausgeschlossen sein sollen. Dieser Vorschlag ist mit dem Grundsatz der Versorgung der Versicherten mit dem medizinisch Notwendigen unvereinbar und belastet gerade sozial schwache Patienten und insbesondere chronisch kranke und behinderte Menschen unangemessen hart.

Außerdem besteht die Gefahr, dass künftig in der ärztlichen Praxis verstärkt auf verschreibungspflichtige Arzneimittel „ausgewichen“ wird, was nicht nur zu unnötigen Risiken für den Patienten, sondern zu unnötigen Zusatzkosten für die GKV führt.

Gerade absurd ist der Umstand, dass viele nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel in der sog. Positivliste aufgeführt wurden. Dies bedeutet, dass diese Arzneimittel für eine zweckmäßige und ausreichende Behandlung in der vertragsärztlichen Versorgung notwendig sind, nun aber nach § 34 Abs. 1 SGB V doch nicht erstattungsfähig sein sollen.

Auch die im Gesetzentwurf vorgesehene Ausnahmeregelungen lassen aus Sicht der BAGH eine sachliche Rechtfertigung vermissen, weshalb die geplante Neuregelung insgesamt gegen Art. 3 I GG verstoßen dürfte.

- 4.) Besonders ungerecht ist die vorgesehene Regelung durch das geplante **Drehen der Arzneimittelpreisverordnung**. Da die verschreibungsfreien Arzneimittel vorrangig im unteren Preissegment angesiedelt sind, während die teuren Produkte so gut wie ausschließlich von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden, führt das Drehen der Arzneimittelpreisverordnung zur Verteuerung vor allem der verschreibungsfreien Arzneimittel und über die geplante Neufassung des § 34 SGB V zur erheblichen Mehrbelastung der Patienten, ohne dass Kostendruck auf das System ausgeübt wird. Dies ist aus Sicht der BAGH der falsche Weg.
- 5.) Was die **Aufhebung der Mehrbesitzverbote für Apotheken und die Zulassung von Versandapotheken** anbelangt (§§ 2 und 11 a ApoG), so werden diese Maßnahmen zur Liberalisierung des Arzneimittelvertriebs von der BAGH grundsätzlich begrüßt.

Allerdings ist die Abgabe von Arzneimitteln nicht mit der Abgabe sonstiger Waren zu vergleichen. Es muss daher dafür Sorge getragen werden, dass die Beratung der Patienten und die Sicherheit der Arzneimittelabgabe nach wie vor sichergestellt bleibt.

Die BAGH tritt dafür ein, dass unter Beteiligung der Betroffenenorganisationen hier strenge Auflagen und hohe Qualitätsstandards erarbeitet werden müssen.

**Stellungnahme  
der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für  
Behinderte e.V. (BAGH)**

**zum Entwurf  
für das Gesetz zur Modernisierung des  
Gesundheitssystems**

**(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz)**

**Hier: Neuordnung der Finanzierung**

**Anhörung am 25.06.2003  
13.00 – 15.30 Uhr**

## I. Einleitung

Die Bundesregierung verfolgt mit dem Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz das Ziel, die Effektivität und Qualität der Leistungserbringung im Gesundheitswesen zu verbessern und die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern.

Die Bundesregierung folgt bei der Analyse des Regelungsbedarfs dieses Gesetzes weitgehend den Feststellungen des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, der in seinen letzten Gutachten aufgezeigt hat, dass es infolge einer mangelhaften Bürgerorientierung des Gesundheitswesens und infolge einer zu starken Ausrichtung des Gesundheitssystems an der Behandlung Akutkranker zu erheblichen Fehlversorgungen vieler chronisch kranker und behinderter Menschen gekommen ist.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V. (BAGH) teilt als Dachverband von derzeit 86 Bundesorganisationen der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen und von 14 Landesarbeitsgemeinschaften ausdrücklich diese Problemsicht und begrüßt den Grundansatz des Gesetzentwurfs, auf dem Boden des Solidarprinzips der Krankenversicherung die Qualität, Wirtschaftlichkeit, Transparenz und Bürgerorientierung des Gesundheitswesens zu stärken.

Auch angesichts der berechtigten Diskussionen zur künftigen Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme darf nicht verkannt werden, dass die solidarische Absicherung der Krankheitsrisiken die Basis des deutschen Gesundheitswesens und eines der charakteristischen Merkmale einer sozialen und solidarischen Gesellschaft ist.

Leistungsausgrenzungen, Privatversicherungsmodelle, Kopfpauschalen und Selbstbehalte führen zu einer systematischen Benachteiligung chronisch kranker und behinderter Menschen und sind daher mit dem Solidarprinzip nicht vereinbar.

Leider wird in der allgemeinen Finanzierungsdebatte und teilweise auch im vorliegenden Gesetzentwurf häufig verkannt, dass chronisch kranke und behinderte Menschen in der Regel gar nicht die Möglichkeit haben, private Zusatzversicherungen abzuschließen und dass Zuzahlungen, Selbstbehalte und Kopfpauschalen bei chronisch kranken und behinderten Menschen keinerlei Steuerungseffekte, sondern lediglich Diskriminierungseffekte haben können, da diese Menschen auf die gebotene Versorgung schlicht angewiesen sind.

Viel zu kurzfristig sind daher Ansätze, nach denen eine Leistungsausgrenzung pauschal die Finanzierungsproblematik der gesetzlichen Krankenversicherung lösen könne. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat in seinen Gutachten mehrfach dargelegt, dass die zentrale Aufgabe des Gesundheitswesens die Versorgung der wachsenden Zahl chronisch kranker und behinderter Menschen ist. Nur über eine möglichst optimale Versorgung dieser Menschen können die bestehenden Fehlsteuerungen im System und massiven Ressourcenverschwendungen behoben werden. Nur über integrative Programme für chronisch kranke und behinderte Menschen kann langfristig eine Reduzierung der Krankheitskosten erreicht und bei vielen Menschen unnötiges Leid verhindert werden.

Solange Präventions- und Rehabilitationsprogramme in völlig unzureichendem Umfang durchgeführt werden, solange es in großem Umfang aufgrund der mangelnden Bürgerbeteiligung an den Systementscheidungen im Gesundheitswesen zu Fehlversorgungen kommt und solange auf der Anbieterseite nach wie vor teilweise erhebliche Gewinnsteigerungen zu ver-

zeichnen sind, besteht aus Sicht der BAGH kein Anlass, die solidarisch finanzierte medizinische Versorgung der Bürgerinnen und Bürger einzuschränken oder gar teilweise aufzugeben.

## **II. Allgemeine Einschätzung zum Gesetzentwurf**

Die BAGH begrüßt das Anliegen der Bundesregierung, mit dem geplanten Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz eine Strukturreform anzugehen.

Grundpfeiler dieser Strukturreform müssen

5. die verstärkte Patientenorientierung des Systems,
6. die Schaffung integrierter Versorgungssysteme,
7. die Aufwertung der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen gegenüber der bislang vorherrschenden Ausrichtung an der Behandlung Akutkranker und
8. die Optimierung der Versorgungsqualität, d. h. der Abbau von Fehlversorgungen, sein.

### **1. Patientenorientierung**

Ausdrücklich zu begrüßen ist aus Sicht der BAGH, dass im Gesetzentwurf zum Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz eine Stärkung der kollektiven Patientenrechte an vielen zentralen Stellen vorgesehen ist.

- a) Dies betrifft insbesondere die Beteiligung der Selbsthilfeorganisationen der chronisch kranken und behinderten Menschen im Bundesausschuss (§ 92 Abs. 7 b SGB V), in den Gremien, die die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege regeln (§ 132 b SGB V), in der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung (§ 137 SGB V), im vorgesehenen Deutschen Zentrum für Qualitätssicherung in der Medizin (§ 139 a SGB V), im vorgesehenen Steuerungsausschuss für Telematik im Gesundheitswesen (§ 291 b SGB V) und im Beirat der vorgesehenen Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz (§ 303 a SGB V).

Die Schaffung dieser kollektiven Patientenrechte ist längst überfällig und ein wichtiger Baustein zur Modernisierung des Gesundheitssystems.

Wie der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen bereits in seinem Gutachten „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ festgestellt hat, muss sich die Rolle der Patienten im Gesundheitssystem dahingehend wandeln, dass von den Patienten künftig ein verstärkter Einfluss auf die Zielorientierung, die Prozesse und die Strukturen des Versorgungssystems ausgeht (vgl. Sachverständigenrat, Gutachten 2001 „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“, Kurzfassung, Bd. I, S. 40).

- b) Um die erforderliche Neuausrichtung des Systems tatsächlich realisieren zu können und um nicht auf halbem Wege stehen zu bleiben, muss die Stärkung der kollektiven Patientenrechte konsequent durchgeführt werden.

- bb) Ergänzungsbedürftig ist daher aus Sicht der BAGH im vorliegenden Gesetzentwurf vor allem das noch nicht vorgesehene Antragsrecht der Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen nach § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

Außerdem muss aus Sicht der BAGH in den o. g. Vorschriften zur Patientenbeteiligung ausdrücklich bestimmt werden, dass es sich nicht nur um rein formale Verfahrensbeteiligungen handelt, sondern um echte Mitwirkungsrechte, die es zumindest erforderlich machen, dass die Sachargumente der Betroffenenorganisationen inhaltlich diskutiert werden und Eingang in die jeweiligen Entscheidungen finden. Dies betrifft insbesondere die Beteiligung im Bundesausschuss nach § 92 SGB V, da die Vertretung der Interessen der Betroffenen anderenfalls nur eine Feigenblattfunktion hätte. Eine echte Entscheidungsbeteiligung der Betroffenenorganisationen setzt im Übrigen voraus, dass auch die hierfür notwendigen Rahmenbedingungen in den Verfahren geschaffen werden. Dies betrifft vor allem Bearbeitungszeiten, die Verständlichkeit und Transparenz der Sachdiskussionen und die Möglichkeit, Minderheitenvoten kenntlich zu machen.

- cc) Die BAGH weist darauf hin, dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf noch nicht alle Möglichkeiten genutzt wurden, um die Patientenorientierung breitflächig im System zu verankern.

Wünschenswert wäre aus Sicht der BAGH eine Beteiligung der Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen über die im Gesetzentwurf vorgesehenen Fälle hinaus in den Gremien zur Regelung der stationären Versorgung (§ 109 a SGB V), der ambulanten Operationen (§ 115 b SGB V), des Arzneimittelversandhandels (§ 129 Abs. 5 a SGB V) und der Krankenhausapotheken (§ 129 a SGB V). Wünschenswert wäre aber beispielsweise auch die Beteiligung in den Gremien zur Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge/Rehabilitation (§ 137 d SGB V). Dringend notwendig ist die Beteiligung der Betroffenenorganisationen an den Vertragsverhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, die Heil- und Hilfsmittel und Transportleistungen „zu niedrigen Preisen“ anbieten sollen (§§ 32 Abs. 1, 33, 60 Abs. 2). Ohne eine Beteiligung der Betroffenenorganisationen an diesen Vertragsverhandlungen (§§ 125 Abs. 2, 127 Abs. 2, 133) wird es zu Vertragsabschlüssen zu Lasten Dritter, nämlich zu Lasten der Betroffenen kommen.

- c) Rein terminologisch ist darauf hinzuweisen, dass die im Gesetzentwurf verwendeten Begriffe „Selbsthilfe“ und „Patientenvertretung“ nicht nebeneinander stehen oder sich gar ausschließen sollten (z.B. in § 92 Abs. 7 b SGB V).

Die Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen sind die Interessenvertretung chronisch kranker und behinderter Patienten. Die Selbsthilfe ist somit die einzige Form der demokratisch legitimierten Selbstvertretung der Patienten, weshalb die Selbsthilfe auch die maßgebliche Form der Patientenvertretung im Gesundheitssystem ist. Dies insbesondere auch deshalb, weil die Versorgung der chronisch kranken und behinderten Menschen künftig mehr denn je zur zentralen Aufgabe des Gesundheitswesens werden wird (vgl. hierzu unten 2.).

- d) Zu begrüßen ist aus Sicht der BAGH die im Gesetzentwurf vorgesehene Schaffung eines sog. Patientenbeauftragten der Bundesregierung. Dieser Patientenbeauftragte würde nämlich gewährleisten, dass die Patientenorientierung des Gesundheitswesens nachhaltig als fortlaufende Reformaufgabe der Bundesregierung begriffen würde. Außerdem wäre es



wünschenswert, wenn die Selbsthilfeorganisationen der Betroffenen einen direkten Ansprechpartner auf höchster Ebene hätten, um auf akute Problemfelder hinzuweisen und um gemeinsam mit der Bundesregierung Lösungsansätze zu erarbeiten. Andererseits ist jedoch zu betonen, dass ein solcher Patientenbeauftragter nicht die Selbstvertretung der Betroffenen durch die Selbsthilfeorganisationen ersetzen kann. Nur die Selbsthilfeorganisationen der Betroffenen sind die legitimierte Vertretung chronisch kranker und behinderter Menschen.

- e) Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass die Stärkung der kollektiven Patientenrechte auch immer im Zusammenhang mit der Stärkung der Ressourcen der Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen zu sehen ist.

Ausdrücklich zu begrüßen ist daher die im Gesetzentwurf vorgesehene Neufassung des § 20 Abs. 4 SGB V.

Aus Sicht der BAGH ist diese Neuregelung dringend erforderlich, da die gesetzlichen Krankenkassen die im Gesetz vorgesehene Fördersumme von € 0,52 pro Versicherten pro Jahr für die Selbsthilfe seit Jahren mehr als zur Hälfte gesetzwidrig zurückbehalten und teilweise durch ebenso zweckwidrige wie intransparente „Förderpolitiken“ den staatlichen Förderauftrag unterlaufen.

Die BAGH begrüßt ausdrücklich, dass diesem unhaltbaren Zustand nun ein Ende bereitet werden soll. Es sollte in diesem Zusammenhang darüber hinaus noch gesetzlich sichergestellt werden, dass der personelle und finanzielle Aufwand der Selbsthilfeorganisationen, der durch die Gremienarbeit im Gesundheitswesen erforderlich wird, angemessen unterstützt wird. Dies wird von den gesetzlichen Krankenkassen bislang in Abrede gestellt, ist aber ein unabdingbarer Baustein einer effektiven Patientenorientierung im Gesundheitswesen.

## **2. Integrierte Versorgung**

Die BAGH begrüßt das Anliegen der Bundesregierung, dass künftig verstärkt integrierte Versorgungssysteme eingeführt werden sollen. Dabei muss jedoch dafür Sorge getragen werden, dass funktionierende vorhandene Strukturen nicht abgebaut werden.

- a) Die im Gesetzentwurf vorgesehene Einschränkung des Kollektivvertragssystems, die vorgesehene Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung im Bereich hochspezialisierter Leistungen und die Einbeziehung von Gesundheitszentren in die Versorgungsstrukturen können sicherlich mit dazu beitragen, die derzeitigen Versorgungsstrukturen sinnvoll zu ergänzen.

Gerade aus Sicht chronisch kranker und behinderter Menschen ist jedoch zu bemängeln, dass die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen auch die Gefahr eines erheblichen Abbaus von niedergelassenen fachärztlichen Versorgungsstrukturen in sich bergen und dass keine Regelungen getroffen werden, die eine rein ökonomisch orientierte Gestaltung der Versorgung durch die gesetzlichen Krankenkassen ausschließen. Dringend erforderlich sind effiziente Regelungen, die sicherstellen, dass beim Wettbewerb der Krankenkassen die Qualität der Versorgung sichergestellt und nicht im Konsens der Wettbewerber abgesenkt wird.

Außerdem ist nicht recht nachvollziehbar, warum manche Facharztgruppen von den Neuregelungen zu den Einzelverträgen zwischen Ärzten und Krankenkassen ausgenommen sind, andere jedoch nicht.

- b) Was die Schaffung integrierter Versorgungssysteme anbelangt, so überlassen die vorgesehenen Regelungen der §§ 140 a ff. SGB V des vorliegenden Gesetzentwurfs weitgehend den gesetzlichen Krankenkassen die Initiative.

Angesichts der Erfahrungen mit den bisherigen Regelungen hegt die BAGH Zweifel, ob dies ausreichend ist. Wünschenswert wären einerseits konkretere Vorgaben für die Schaffung neuer integrierter Versorgungsstrukturen und andererseits Anreize nach dem Vorbild des DMP-bezogenen Risikostrukturausgleichs (§§ 137 ff. SGB V).

Auch in diesem Bereich ist es im Übrigen an der Zeit, die Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen an den strukturbildenden Entscheidungen im System zu beteiligen. Wünschenswert wäre beispielsweise ein Initiativrecht zum Abschluss von Zielvereinbarungen, vergleichbar zu den entsprechenden Regelungen im Bundesgleichstellungsgesetz.

- c) Im Mittelpunkt der Reformbemühungen zur integrierten Versorgung muss immer das Wohl der Patientinnen und Patienten stehen. Daher muss gesetzgeberisch insbesondere auch die Abspaltung der Rehabilitation von der Kuration in die Regelungsbereiche der Sozialgesetzbücher V und IX überwunden werden. Dies wird beispielsweise hinsichtlich der Disease-Management-Programme nach § 137 ff. SGB V nicht hinreichend beachtet: Diese Programme sind aus Sicht der BAGH als systemübergreifende integrierte Versorgungssysteme zu begreifen und nicht allein der Kuration nach dem SGB V zuzuschlagen.

### **3. Aufwertung der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen gegenüber der akutmedizinischen Behandlung**

- a) Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten zur „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ (Sachverständigenrat, Gutachten 2001, „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“, Bd. III, S. 62 f., Kurzfassung) im Einzelnen aufgezeigt, dass unser gegenwärtiges Gesundheitssystem in vielfältiger Weise nur unzureichend an die Erfordernisse der Behandlung chronisch kranker und behinderter Menschen angepasst ist.

„Diese Fehladaptation lässt sich im Wesentlichen auf die dem akutmedizinischen Paradigma verhafteten Strukturen der Gesundheitsversorgung, der Qualifikation und der Sozialisation der Leistungserbringer zurückführen“ (Sachverständigenrat, a.a.O., S. 65).

Dies ist deshalb für das deutsche Gesundheitswesen fatal, weil in den fortgeschrittenen Industrienationen die angemessene Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen die wichtigste und größte Herausforderung für das Gesundheitswesen ist (Sachverständigenrat, a.a.O., S. 62). Außerdem wird in Zukunft die Bedeutung dieser Patienten für die Versorgungsstrukturen rein zahlenmäßig noch weiter zunehmen.

Die Aufwertung der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen gegenüber der akutmedizinischen Behandlung ist daher erwiesenermaßen dringend erforderlich, auch um Ressourcenverschwendungen in diesem Bereich durch Fehlversorgungen abzubauen. spezifische Regelungen zur Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen im SGB V sind zur Überwindung der strukturellen Mängel unbedingt notwendig.

- b) Der vorliegende Gesetzentwurf lässt den dringend erforderlichen Paradigmenwechsel hin zu einer integrationsorientierten Ausrichtung des Gesundheitswesens im Bereich des SGB V vermissen.

Die BAGH setzt sich deshalb dafür ein, dass ein gesonderter Abschnitt in das SGB V aufgenommen wird, in dem die Grundprinzipien der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen auf der Grundlage des im SGB IX bereits etablierten Versorgungsverständnisses niedergelegt werden.

Elementare Grundpfeiler dieses Verständnisses sind die Abkehr vom rein somatisch orientierten Gesundheitsbegriff, die volle Teilhabe chronisch kranker und behinderter Menschen am gesellschaftlichen Leben und die volle Selbstbestimmung der Betroffenen. In jedem Fall ist ein eigenständiger integrierter Versorgungsstrang zu schaffen, der auch den Regelungsbereich des SGB V mit umfasst.

- c) Das stattdessen im Entwurf für das Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz vorgesehene Hausarztssystem (§ 65 SGB V) ist nach Auffassung der BAGH hingegen aus mehreren Gründen nicht geeignet, eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen.

Zum einen wird der grundlegende Unterschied zwischen der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen und der akutmedizinischen Behandlung von diesem Ansatz nicht erfasst. Zwar teilt die BAGH die Auffassung, dass die Patientinnen und Patienten gerade bei Einführung neuer Versorgungsstrukturen Ansprechpartner ihres besonderen Vertrauens benötigen, die sie durch die immer komplexer werdenden Strukturen des Gesundheitswesens begleiten. Gerade bei der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen sind es aber in der Regel gerade nicht die Allgemeinmediziner, die diese Schlüsselstellung einnehmen können. Behinderte und chronisch kranke Menschen sind typischerweise auf ein enges Vertrauensverhältnis mit dem Facharzt des betroffenen medizinischen Fachgebiets angewiesen, weshalb vor allem Fachärzte bei behinderten und chronisch kranken Menschen als „Lotsen“ des Patienten prädestiniert sind.

Zwar sind im geplanten Hausarztssystem Ausnahmeregelungen für chronisch kranke Menschen in Dauerbehandlung vorgesehen. Dies allein wird aber den besonderen Versorgungsbedürfnissen dieser Menschen nicht gerecht. Außerdem ist es unhaltbar, dass die Ausnahmeregelung nur unter der Bedingung greift, dass man sich nicht in Disease-Management-Programme oder integrierte Versorgungssysteme einschreiben kann. Eine solche „Ausnahmeregelung“ ist mit dem Leitbild des mündigen Patienten unvereinbar und wird von den Betroffenen als Nötigung zur Einschreibung in bestimmte Versorgungsstrukturen angesehen. Der Qualitätswettbewerb der Versorgungsstrukturen setzt jedoch voraus, dass der mündige Patient durch seine freiwillige Entscheidung für oder gegen Versorgungsangebote im Mittelpunkt der Versorgungsanstrengungen steht. Der Gesetzentwurf verkennt schon vom Grundsatz her, dass ein

eigenständiger integrativer Ansatz im SGB V zur Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen erforderlich ist. Bei der nun vorgesehenen Lösung ist es im Übrigen nicht haltbar, dass der Facharztzugang für Neuerkrankte eingeschränkt werden soll.

Unabhängig von den besonderen Problemen der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen ist zum Hausarztssystem zu sagen, dass die derzeitigen Defizite in der hausärztlichen Versorgung es nicht zulassen, hieraus eine Regelversorgung im Sinne eines Hausarztssystems zu machen. Es ist ein grober Mangel, dass die Betroffenenorganisationen nach dem vorliegenden Entwurf noch nicht einmal an der Definition der Qualitätsstandards beteiligt werden sollen.

Festzuhalten ist somit, dass die Grundkonzeption des Gesetzentwurfs zu den künftigen Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen in vielerlei Hinsicht verbesserungsbedürftig ist.

#### **4. Optimierung der Versorgungsqualität**

Oberstes Ziel der Gesundheitspolitik muss es stets sein, die medizinische und pflegerische Versorgung der Betroffenen qualitativ möglichst optimal zu gestalten.

Die BAGH begrüßt daher das Anliegen der Bundesregierung, die Qualität der Versorgung durch verschiedene Maßnahmen zu verbessern, da hierin nicht zuletzt der Schlüssel für die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitswesens liegt.

Solange es gerade bei der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen erwießenermaßen in großem Umfang zu Fehlsteuerungen kommt, die bei vielen Menschen unnötiges Leid verursachen, die aber auch zu enormen Ressourcenverschwendungen führen, besteht kein Anlass, die solidarisch finanzierte medizinische Versorgung der Bürgerinnen und Bürger durch Leistungsausgrenzungen, Rationierungen oder Ähnliches ohne Not zu verschlechtern.

- a) Vor diesem Hintergrund begrüßt die BAGH grundsätzlich das Vorhaben der Bundesregierung, ein koordinierendes Zentrum für Qualitätssicherung in der Medizin (§§ 139 a ff SGB V) zu schaffen.

Es ist nämlich durchaus sinnvoll, die verschiedenen Ansätze zur Qualitätssicherung in der Medizin zu bündeln, da Qualitätssicherung bislang aufgrund verschiedenster gesetzlicher Regelungen durch die verschiedensten Institutionen betrieben wird, ohne dass diese Ansätze miteinander vernetzt sind.

Eine integrierte Versorgung bedingt im Übrigen auch eine integrierte Qualitätssicherung.

Die BAGH begrüßt auch grundsätzlich die im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehenen Beteiligungsrechte der Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen in den Gremien des geplanten Instituts für Qualitätssicherung in der Medizin. Die Einbindung der Betroffenenkompetenz ist nämlich eine unabdingbare Voraussetzung für eine adäquate Qualitätssicherung im Gesundheitswesen.

Trotzdem sind die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen zum Institut für Qualitätssicherung in der Medizin auch kritisch zu betrachten. So bleiben Fragen der Zusam-

mensetzung der Gremien, der Arbeitsaufträge und der Arbeitsweise des Instituts völlig unklar. Aus Sicht der BAGH sind dringend zusätzliche Regelungen im Gesetzentwurf erforderlich, die verhindern, dass das Institut zu einer praxisfernen und innovationshemmenden Zentralbehörde wird.

- b) Soweit im Gesetzentwurf eine Verpflichtung der Ärzte zur regelmäßigen Fortbildung vorgesehen ist, findet auch dies im Sinne einer verbesserten Qualitätssicherung die Zustimmung der BAGH.

Allerdings ist in diesem Zusammenhang hervorzuheben, dass es für die Qualitätssicherung der Behandlung der Patientinnen und Patienten besonders wichtig ist, das Element der „sprechenden Medizin“ in der Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte zu stärken. Daher sollte hier ein Schwerpunkt bei den Fortbildungspflichten gesetzlich festgelegt werden.

- c) Als Bedrohung für die Versorgungsqualität im Gesundheitswesen sind aus Sicht der BAGH hingegen die vielfältigen Leistungsbeschneidungen zu sehen, die im Gesetzentwurf vorgesehen sind.

Beispielhaft zu nennen ist insoweit die Herausnahme der nicht verschreibungspflichtigen Medikamente aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen (§ 34 Abs. 1) und die Neuregelung zum Zahnersatz (§ 30). Hier kommt es zum elementaren Bruch mit dem Grundsatz, dass für alle Bürgerinnen und Bürger im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung das medizinisch Notwendige finanzierbar sein muss – dies ist mit einer qualitativ hochwertigen Versorgung schlichtweg unvereinbar.

## **5. Keine einseitige Belastung der Patientinnen und Patienten**

Vom Ansatz her verfehlt ist schließlich das Vorhaben der Bundesregierung, zur Senkung der Kosten in der Krankenversicherung einseitig die Patienten durch Praxisgebühren (§ 28 Abs. 4) oder Ähnliches zu belasten. Hierauf ist sogleich im Einzelnen noch einzugehen (Punkt III.).

Derartige Maßnahmen stützen nur eine ineffiziente Mittelverwendung im System und stabilisieren so diejenigen Strukturen, die gerade zu kostenträchtigen Fehlsteuerungen führen. Völlig verkannt wird in der allgemeinen Debatte hingegen, dass chronisch kranke und behinderte Menschen schon jetzt ein besonders hohes Armutsrisiko tragen, was wissenschaftlich belegt ist (vgl. z.B. Hanesch u.a., Armut und Ungleichheit in Deutschland, Reinbek, 2000, Kap. 3.4.5 und 3.4.6).

Chronisch kranke und behinderte Menschen sind im Übrigen nicht im üblichen Sinne „heilbar“, sondern auf eine dauernde und umfassende Versorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung angewiesen. Angebliche Steuerungseffekte sind bei diesen Patienten durch Zahlungsverpflichtungen, Eigenanteile oder Praxisgebühren nicht zu erreichen.

## 6. Wettbewerb und Organisationsstrukturen

Was schließlich die Reform der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen anbelangt, so ist sicherlich im Sinne einer Verbesserung des Wettbewerbs die Ermöglichung der Einzelverträge zwischen Fachärzten und Krankenkassen (§ 106 b SGB V) zu begrüßen.

Auch die Ermöglichung kassenartenübergreifender Fusionen (§ 171 a SGB V) geht aus Sicht der BAGH in die richtige Richtung, um Synergien zu nutzen und um die Effizienz auch auf Seiten der gesetzlichen Krankenkassen zu verbessern.

Allerdings fehlt es bei dem vorliegenden Gesetzentwurf an einer Reform des Risikostrukturausgleichs, da trotz der Gutschriften für chronisch kranke Patienten in Disease-Management-Programmen unter den gesetzlichen Krankenkassen nach wie vor ein Wettbewerb um die sog. „guten Risiken“ stattfindet. Nach einer solchen Wettbewerbslogik besteht keinerlei Anreiz, eine qualitativ hochwertige Versorgung gerade derjenigen Patienten zu gewährleisten, die in besonderem Maße auf das Gesundheitssystem angewiesen sind.

Es ist daher dringend erforderlich, dass für chronisch kranke und behinderte Menschen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung stärkere Ausgleichsmechanismen, wie etwa der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich, gefunden werden.

Eine Wettbewerbsorientierung auf der Basis des jetzigen Risikostrukturausgleichs führt nämlich zur systematischen Benachteiligung derjenigen chronisch kranken und behinderten Menschen, die sich nicht in Disease-Management-Programme einschreiben können. Eine solche Art der Wettbewerbsorientierung ist aus Sicht der BAGH abzulehnen.

### III. Zu den Regelungen des Gesetzentwurfes, die die Neuordnung der Finanzierung betreffen, ist im Einzelnen Folgendes auszuführen:

1. Im vorliegenden Gesetzentwurf sind umfangreiche Änderungen im Hinblick auf die **Zuzahlung** von Arzneimitteln (§ 31 SGB V) und Krankenhausaufenthalten (§ 39 Abs. 4 SGB V) sowie zu den Befreiungsregelungen für Zuzahlungen (§ 61 ff SGB V) vorgesehen.
  - a) Die BAGH begrüßt, dass im Gesetzentwurf nach wie vor Ausnahmegesetze vorgesehen sind, die auch für chronisch kranke und behinderte Menschen gelten, die sich nicht in Disease-Management-Programme einschreiben können und für die keine integrierte Versorgungsstrukturen zur Verfügung stehen (§ 62 a Abs. 2 SGB V).
  - b) Grundsätzlich ist zu betonen, dass Zuzahlungsregelungen bei der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen insgesamt fehl am Platze sind, da diese Regelungen bei diesen Patienten keine Steuerungseffekte, sondern nur Diskriminierungseffekte entfalten können. Chronisch kranke und behinderte Menschen sind auf eine dauernde und umfassende Versorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung angewiesen und können nicht einfach auf Versorgungselemente verzichten. Sonderregelungen für chronisch kranke und behinderte Menschen bei Zuzahlungen sind daher sachlich geboten und keine „Privilegierungen“, wie dies fälschlicherweise zuweilen behauptet wird.
  - c) Was die konkrete Ausgestaltung der Ausnahmeregelungen in den §§ 62 und 62 a SGB V für chronisch kranke und behinderte Menschen anbelangt, so ist zunächst kritisch zu sehen, dass eine vollständige Zuzahlungsbefreiung nach § 62 SGB V zukünftig nicht mehr vorgesehen ist, sondern nur noch eine Befreiung der Ausgaben, die 1 % der Bruttoeinnahmen pro Jahr übersteigen. Dies wird für viele Betroffene zu einer inakzeptablen Mehrbelastung führen, zumal ja auch die Zuzahlungsbefreiung nach § 64 SGB V für einkommensschwache Personen wegfallen soll. Die Neuregelung des § 62 SGB V ist daher aus Sicht der BAGH abzulehnen.
  - d) Auch die in § 62 a SGB V vorgesehene Verringerung der Zuzahlungshöhe für chronisch kranke Menschen ist aus Sicht der BAGH zu kritisieren. Während in Abs. 1 des § 62 a SGB V festgelegt ist, dass nur Versicherte im Hausarztssystem, in Disease-Management-Programmen oder in integrierten Versorgungssystemen sind, bestimmt Absatz 2, dass die übrigen chronisch kranken Menschen die Zuzahlungsverringerung nur dann erhalten können, wenn die genannten Systeme bzw. Programme nicht verfügbar sind. Aus Sicht der BAGH untergräbt diese Regelung die Freiwilligkeit der Teilnahme am Hausarztssystem, an den Disease-Management-Programmen und an der integrierten Versorgung. Dies ist mit dem Leitbild des mündigen Patienten unvereinbar und höhlt das Recht auf freie Arztwahl nach § 76 SGB V für chronisch kranke und behinderte

Menschen massiv aus.

- e) Ebenfalls nicht sachgerecht ist es, dass die Zuzahlungsregelungen für Arzneimittel sich nach wie vor an der Packungsgröße orientieren (§ 31 Abs. 3 SGB V).

Bei den meisten Produkten für chronisch kranke und behinderte Menschen, bei denen die Kosten einer Zählleinheit bei größerer Packung abnehmen, ist diese Form der Zuzahlung eine Bestrafung von wirtschaftlicher Verordnungsweise, die jetzt noch verschärft wird. Auch insoweit führt der Gesetzentwurf zu einer nicht hinnehmbaren Belastung chronisch kranker und behinderter Menschen.

Ingesamt ist zu den geplanten Änderungen der Zuzahlungsregelungen festzustellen, dass sie chronisch kranke und behinderte Menschen, die in der Regel auf eine fachärztliche Behandlung angewiesen sind, gezielt benachteiligen.

Beim Hausarztpatienten, der ggf. noch zusätzlich die Bonusregelung des § 65 a SGB V für sich geltend machen kann, führt die geplante Neuregelung nämlich zu einer Zuzahlungssenkung auf breiter Front. Die finanziellen Auswirkungen der Gesamtregelung dürften daher zumindest mittelfristig, nach der Anpassung des Verhaltens der Versicherten und Ärzte an die neue Rechtslage, die Budgets eher be- als entlasten.

Es kann also auch keine Rede davon sein, dass finanzielle „Opfer“ der chronisch kranken und behinderten Menschen zu einer besseren Finanzierungssituation der GKV beitragen können. Vielmehr geht es um eine Diskriminierung dieser Menschen, wogegen sich die BAGH massiv zur Wehr setzt.

- f) Die **Anhebung der Eigenbeteiligung im Krankenhaus** nach § 39 Abs. 4 SGB V wird von der BAGH abgelehnt, da diese Zuzahlung ohnehin keinerlei Steuerungseffekte hat und da eventuelle Mehreinnahmen durch den großen Verwaltungsaufwand bei der Abwicklung der Zuzahlung aufgehoben werden.

2. Das im Gesetzentwurf vorgesehene Hausarztssystem (§ 65 SGB V) soll ferner durch eine **Praxisgebühr** (§ 28 Abs. 4 SGB V) attraktiver gemacht werden.

Wie bereits aufgeführt wurde, wird das Hausarztssystem den besonderen Erfordernissen der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen nicht gerecht, da eine hinreichende Qualität der hausärztlichen Versorgung bislang nicht durchgängig sicher gestellt ist und da die meisten chronisch kranken und behinderten Menschen auf eine fachärztliche Behandlung angewiesen sind.

Die BAGH begrüßt es daher grundsätzlich, dass in § 28 Abs. 4 Nr. eine Sonderregelung zur Praxisgebühr für chronisch kranke Menschen vorgesehen ist. Inhaltlich ist an dieser Sonderregelung



jedoch zu kritisieren, dass die Befreiung von der Praxisgebühr nur dann in Betracht kommen soll, wenn Disease-Management-Programme oder integrierte Versorgungssysteme nicht zur Verfügung stehen und wenn die Weiterbehandlung wegen der Erkrankung gegenüber der Krankenkasse nachgewiesen wird.

Auch insoweit ist hervorzuheben, dass die Teilnahme an Disease-Management-Programmen und integrierten Versorgungssystemen **freiwillig** sein muss, weshalb die Ausnahmeregelung des § 28 Abs. 4 Nr. 2 SGB V für alle chronisch kranken und behinderten Menschen gelten muss.

Auch die Nachweispflicht gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen ist aus Sicht der BAGH abzulehnen, da das Erfordernis einer Weiterbehandlung ausschließlich von Ärzten und Patienten im Wege des shared-decision-makings festzustellen ist.

3. Die **Bonusregelung** des § 65 a SGB V findet grundsätzlich die Zustimmung der BAGH. Ergänzend sollte allerdings eine Regelung aufgenommen werden, wonach die Mitgliedschaft in einer Selbsthilfeorganisation chronisch kranker und behinderter Menschen ebenfalls zu einem Bonus führt, da die großen präventiven Effekte der Selbsthilfearbeit erwiesen sind.
4. Was die **Kostenerstattung bei Leistungen im europäischen Ausland** anbelangt, so wird die Neuregelung in § 13 SGB V von der BAGH begrüßt, zumal damit die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes umgesetzt wird.
5. Die BAGH wendet sich hingegen gegen die Aufhebung der §§ 58, 59 SGB V, da die **Abschaffung des Sterbegeldes** bei vielen Betroffenen zu massiven Belastungen in einer äußerst schwierigen Gesamtsituation führt und da mit dieser Maßnahme kaum relevante Einspareffekte für das Gesamtsystem erzielt werden können.
6. Auch die Verschiebung der paritätischen Finanzierung des **Krankengeldes** zu Lasten der Arbeitnehmer (§ 249 SGB V) wird von der BAGH abgelehnt, da durchaus gangbare Alternativen für eine nachhaltige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung und zur Senkung der Lohnnebenkosten existieren. Ein Bruch mit dem Grundprinzip der paritätischen Finanzierung der Krankenversicherung ist mit der geringfügigen Entlastung des Systems in keiner Weise zu rechtfertigen. Verfassungsrechtlich fragwürdig ist überdies, ob die paritätische Besetzung der Selbstverwaltung der Krankenkassen bei einem Bruch mit der paritätischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung überhaupt noch haltbar ist.

7. Ebenfalls verfassungsrechtlich bedenklich ist die in § 248 SGB V vorgesehene **Beitragshebung auf Versorgungsbezüge und Alterseinkommen** aus selbständiger Tätigkeit, da hiermit Rentner einseitig belastet werden.
  
8. Die in § 264 SGB V vorgeschlagene **Einbeziehung von Sozialhilfe-Empfängern** in die GKV wird hingegen von der BAGH begrüßt, da diese Regelung Ungleichbehandlungen abbaut und die Kommunen entlastet.

Insgesamt ist zu den Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung nochmals zu betonen, dass es wesentlich zielführender ist, die bestehenden Ressourcenverschwendungen im System abzubauen und die Strukturen effizienter und patientenorientierter auszugestalten als nach und nach die solidarische Krankenversicherung zu demontieren.

Leider gehen viele Regelungsvorschläge des vorliegenden Gesetzentwurfs in diese Richtung. Dies ist aus Sicht der BAGH fatal, da so die Entsolidarisierung in der Gesellschaft gefördert wird, ohne dass ein nicht hinreichend ineffizientes Gesundheitssystem optimiert wird.

\*\*\*