

B.A.G. HILFE FÜR BEHINDERTE e.V.

Kirchfeldstr. 149, 40215 Düsseldorf
Tel. 0211/31006-0
Email: info@bagh.de

Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V. (BAGH) zu den Anträgen

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0831(14)
vom 11.03.05**

15. Wahlperiode

- „Altersgrenzen für Vertragsärzte beseitigen“ (BT-Drs 15/940)
- Freie Wahl der Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung (BT-Drs. 15/3511)
- Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel wieder als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung verankern. (BT-Drs. 15/3995)
- Wirkungen und Nebenwirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes -Kritische Bestandsaufnahme (BT-Drs. 15/4135)

**- Anhörung des Ausschusses für
Gesundheit und Soziale Sicherung am 16.03.2005 -**

I. Allgemeine Einschätzung zum gesundheitspolitischen Handlungsbedarf aus Sicht der BAGH:

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz wurde versucht, über die Praxisgebühr, über eine Ausweitung von Zuzahlungsbestimmungen und über eine Ausgrenzung von Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung eine kurzfristige Senkung der Krankenkassenbeiträge zu erreichen. Dieser Versuch ist nicht nur erfolglos geblieben, sondern hat zu einer empfindlichen Schwächung des Solidarprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung geführt.

Gerade die Schwächsten in der Gesellschaft, chronisch kranke und behinderte Heimbewohner, Patienten mit Mobilitätseinschränkungen, Menschen die von seltenen Erkrankungen betroffen sind, werden über die Maßnahmen belastet, während gesunde Versicherte über Bonustarife und Privatversicherungsmodelle begünstigt würden.

Als Dachverband von derzeit 97 Bundesorganisationen der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen lehnt die BAGH ein solches Gesetzgebungskonzept nach wie vor strikt ab.

Demgegenüber finden diejenigen Reformansätze des GKV-Modernisierungsgesetzes die volle Zustimmung der BAGH, die darauf ausgerichtet sind, Fehlsteuerungen im Gesundheitswesen abzubauen.

Die BAGH wendet sich mit Nachdruck gegen eine Betrachtungsweise, wonach man die Finanzierungsproblematik der gesetzlichen Krankenversicherung nur mittels einer Beschränkung von Leistungen oder einer unverträglichen Erhöhung von Beiträgen begegnen könne.

Solange ein sequentielles Versorgungsverständnis vorherrscht, das geradezu zwangsläufig ineffizient ist, solange es in großem Umfang aufgrund einer mangelnden Patientenorientierung zu Fehlversorgungen kommt, solange Präventions- und Rehabilitationsprogramme nur in völlig unzureichendem Umfang durchgeführt werden und solange auf der Anbieterseite nach wie vor teilweise erhebliche

Gewinnsteigerungen zu verzeichnen sind, besteht kein Anlass, die solidarisch finanzierte medizinische Versorgung der Bürgerinnen und Bürger zu verschlechtern.

Die BAGH unterstützt daher insbesondere

- **das Anliegen, mit den neu geschaffenen §§ 140 a ff SGB V integrierte Versorgungsformen zu fördern.** Dabei wäre es wünschenswert, wenn künftig die Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen verstärkt in die Aushandlung von Versorgungsverträgen eingebunden würden. Bislang fehlt hierzu die gesetzliche Grundlage.
- **die Stärkung der Patientenorientierung im Gesundheitswesen durch die neu geschaffenen Beteiligungsvorschriften der §§ 140 f ff SGB V.** Diese Beteiligungsmöglichkeiten sind ein wichtiger Baustein der Patientenorientierung, da die Systementscheidungen im Gesundheitswesen bislang nur unter Beteiligung von Kostenträger und Leistungserbringern getroffen wurden, während die Patienten und Patienten lediglich als Objekte dieser Entscheidungen angesehen wurden. Die jüngsten Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zeigen, dass die Beteiligung von Patientenvertretern patientenfreundlichere Entscheidungen ermöglicht hat, wenngleich die gesetzlichen Vorgaben teilweise von vorne herein eine aus Patientensicht sachgerechte Lösung erheblich erschwert haben.
Verbesserungsbedarf besteht nach wie vor im Hinblick auf die finanzielle Ausstattung der beteiligten Patientenorganisationen. Im ersten Jahr der Patientenbeteiligung ist es zwar mit viel ehrenamtlichem Engagement gelungen, das aufwändige gesetzlich vorgesehene Benennungsverfahren für Patientenvertreter umzusetzen, ein Informationssystem zwischen den Patientenvertretern aufzubauen und die Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses entscheidend mitzuprägen. Das ungleiche Kräfteverhältnis, das sich aus der ungleich besseren finanziellen Ausstattung der übrigen Akteure beim Gemeinsamen Bundesausschuss ergibt, beeinträchtigt jedoch die vom Gesetzgeber gewollte effektive Wahrnehmung der Patienteninteressen. Geboten ist daher die Einführung einer Aufwandsentschädigung für Patientenvertreter und die strukturelle

Förderung der Koordinierung der Beteiligung, die maßgeblich von der BAGH übernommen wird. Hierzu sind die Vorschriften zur Systemumlage für die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschuss zeitnah abzuändern.

- **das Vorhaben, die Prävention über ein sog. Präventionsgesetz als weitere echte Säule des Gesundheitswesens auszubauen.**

Gerade die Selbsthilfeorganisationen behinderter und chronisch kranker Menschen bieten eine wichtige soziale Struktur, die es erlaubt, Präventionsprogramme auch nachhaltig im Lebensalltag der Bürgerinnen und Bürger umzusetzen.

Unbefriedigend ist, dass im vorliegenden Gesetzentwurf der wichtige Bereich der Tertiär-Prävention nur in völlig unzureichender Art und Weise geregelt wird.

- **die verstärkte Verzahnung von Prävention, Kuration und Rehabilitation.**

Die BAGH weist darauf hin, dass der hier gegebene Reformbedarf unbedingt aufgegriffen werden muss. Insbesondere die Einführung der DRG's in der stationären Versorgung darf nicht dazu führen, dass faktische Rehabilitationszeiträume zur Kuration genutzt werden müssen. Auch im Bereich der Disease Management Programme (DMP) führt die fehlende Einbringung der Rehabilitation zu einer unvollständigen Versorgungssituation. Dies muss dringend aufgearbeitet werden.

die verstärkte Nutzenbewertung von Behandlungsmethoden, Heil- und Hilfs- und Arzneimitteln. Die BAGH tritt dafür ein, dass die Erbringung von Leistungen mit zweifelhaftem Nutzen bzw. zweifelhafter Qualität im Gesundheitswesen kritisch hinterfragt wird und das hierbei maßgeblich die Patientensicht berücksichtigt wird. Das Finanzierungsproblem der gesetzlichen Krankenversicherung darf nicht dadurch gelöst werden, dass zwar Leistungen mit zweifelhaftem Nutzen bzw. zweifelhafter Qualität auf Kosten der Versicherten weiterhin erbracht werden, dass aber andererseits ganze Leistungsbe- reiche aus dem Leistungsrahmen der gesetzlichen Krankenkasse herausge- nommen werden.

Die BAGH begrüßt daher die Schaffung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin, mahnt aber gleichzeitig zweierlei an. Das Institut muss effizient arbeiten und darf zu keinem Nadelöhr für die Versorgung werden. Die Patientenbeteiligung im Institut muss auf allen Ebenen sichergestellt werden. Die BAGH hat insoweit die Schaffung eines Patientenbeirates analog zum Wissenschaftlichen Beirat gefordert und dabei Unterstützung seitens der Politik erhalten. Leider sind die Partner der Selbstverwaltung diesem Vorschlag bislang nicht näher getreten. Ein deutlicher Hinweis der Politik an die Selbstverwaltung wäre daher wünschenswert.

II. Zu den vorliegenden Anträgen ist im Einzelnen folgendes auszuführen:

1. Antrag „Altersgrenze für Vertragsärzte beseitigen“ (BT-Drs. 15/940)

Die BAGH teilt die Einschätzung, dass es in einigen Landstrichen bereits heute aufgrund fehlender Ärzte schwierig ist, eine flächendeckende fachlich differenzierte Gesundheitsversorgung sicherzustellen und dass sich diese Situation in den nächsten Jahren insbesondere in den neuen Bundesländern noch verschärfen wird.

Daher begrüßt die BAGH grundsätzlich den Vorschlag, § 95 Abs. 7 Satz 2 bis 4 SGB V zu ändern. Allerdings hält die BAGH es für vorzugswürdig, dass die Anhebung der Altersgrenze von der Feststellung einer regionalen Unterversorgung abhängig gemacht wird. Hier sollte die Expertise des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen genutzt werden.

2. Antrag „Freie Wahl der Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (BT-Dr. 15/3511)

Aus Sicht der BAGH zählt das Sachleistungsprinzip nach wie vor zu den wichtigen Errungenschaften der gesetzlichen Krankenversicherung. Das Sachleistungsprinzip hat für die Patientinnen und Patienten nämlich zahlreiche Vorteile:

Sie erhalten unabhängig von ihrer aktuellen finanziellen Leistungsfähigkeit die erforder-

derlichen Versicherungsleistungen ohne Vorauszahlungen und Vorfinanzierung. Gerade für chronisch kranke und behinderte Menschen sowie für Arbeitslose und Kleinrentner ist dies von erheblicher Bedeutung. Die Patientinnen und Patienten sind ferner der Notwendigkeit enthoben, für die finanzielle Abwicklung ihrer Behandlung zu sorgen. Sie brauchen keine Rücklagen zu bilden oder Kredite aufzunehmen. Weiterhin entlastet das Sachleistungsprinzip den Versicherten von der Aufgabe, die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlung zu beurteilen und die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnung zu prüfen.

Dies alles sind Gründe, warum die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz geschaffene Möglichkeit zur Wahl der Kostenerstattung nur in geringem Umfang genutzt wurde. Aus Sicht der BAGH ist es nicht angezeigt, die Wahlmöglichkeiten noch auszuweiten. Generell ist hervorzuheben, dass das System der Kostenerstattung eigentlich voraussetzt, dass der Patient sich einen umfassenden Überblick über die Qualität der Leistungen, deren Wirtschaftlichkeit und Verfügbarkeit verschaffen kann und dass auch vollständige Transparenz hinsichtlich des Abrechnungsgeschehens erzielt wird. Eine solche Transparenz ist im deutschen Gesundheitswesen noch längst nicht realisiert. Überdies bedarf es zusätzlich zu den reinen Informationen auch unabhängiger Beratungs- und Unterstützungseinrichtungen, die dem Patienten bei der Auswertung der vielen Informationen helfen können.

Auch ein solches flächendeckendes Netz unabhängiger Beratungs- und Unterstützungsstellen fehlt bislang (§ 65 b SGB V). Insofern ist die Ausweitung von Möglichkeiten der Kostenerstattung immer davon abhängig werden, ob den Patientinnen und Patienten gleichzeitig eine ausreichende Informationsgrundlage sowie unabhängig Unterstützungsstellen bereitgestellt werden.

3. Antrag „Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel wieder als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung verankern“ (BT-Drs. 15/3995)

Die BAGH unterstützt in vollem Umfang den Antrag der FDP-Bundestagsfraktion, die nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimittel wieder in den Leistungskatalog

der gesetzlichen Krankenversicherung mit aufzunehmen.

Es war ein schwerer Fehler des Gesetzgebers, die Erstattungsfähigkeit der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel bis auf wenige Ausnahmen aus dem GKV-Leistungskatalog herauszunehmen:

- a) Der Begriff der „Nicht-Verschreibungspflichtigkeit“ bezieht sich auf den Aspekt der Sicherheit von Arzneimitteln, nicht aber auf die Notwendigkeit oder den Nutzen.

Daher war es verfehlt, die fehlende Verschreibungspflicht mit der fehlenden Erstattungsfähigkeit gleichzusetzen. Für viele Patientengruppen sind nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel die einzige Therapieoption und müssen in erheblichem Umfang angewendet werden. Für diese Patientengruppen hat das GKV-Modernisierungsgesetz zu unzumutbaren Belastungen geführt. Besonders sozial schwache Familien mit Kindern, die an Allergien oder Neurodermitis leiden, sind finanziell im Übermaß belastet.

- b) Erschwerend kommt hinzu, dass der Gesetzgeber es versäumt hat, die Belastungsgrenze des § 62 SGB V auf die Zahlungen für nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel zu erstrecken. Die BAGH fordert den Gesetzgeber auf, zumindest dieses gravierende Versäumnis umgehend zu beheben. Da gerade chronisch kranke und behinderte Menschen in der Regel neben nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimitteln auf weitere zuzahlungspflichtige Leistungen angewiesen sind, müssen diese Patienten oftmals selbst dann noch in erheblichem Umfang finanzielle Belastungen durch den Kauf von nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimitteln hinnehmen, obwohl die Belastungsgrenze bereits überschritten ist. Gerade in diesen Fällen liegt die Überbelastung der Betroffenen auf der Hand.

- c) Auch die Ausnahmeliste nach § 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V ist kein geeignetes Mittel, Abhilfe zu schaffen. Zum einen bezieht sich die Ausnahmeliste nur auf die Behandlung schwerwiegender Erkrankungen, was vom Gemeinsamen

Bundesausschuss sehr restriktiv ausgelegt wird. Auch bei der Behandlung von Allergien beispielsweise können aber sehr hohe Belastungen für die Patientinnen und Patienten durch die Notwendigkeit nicht-verschreibungspflichtiger Arzneimittel entstehen.

Zum anderen ist der Gemeinsame Bundesausschuss damit überfordert, den sicherheitsrechtlichen Begriff der „Nicht-Verschreibungspflichtigkeit“ mit der Frage der Erstattungsfähigkeit in eine sachgerechte Beziehung zu setzen. Derartige ökonomische Überlegungen übersteigen die Möglichkeiten dieses Gremiums. Nur so ist es zu erklären, dass der Antrag der Patientenvertreter beim Gemeinsamen Bundesausschuss auf Aufnahme von Harnstoffpräparaten in die Ausnahmeliste abgelehnt wurde, obwohl diese Präparate bspw. für Ichthyose-Patienten Therapiestandard sind und nun jährlich mehrere Hundert Euro Kosten für diese Präparate auf die Betroffenen zukommen.

Mit Nachdruck fordert die BAGH daher, die Erstattung nicht-verschreibungspflichtiger Arzneimittel umgehend wieder in vollem Umfang in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufzunehmen.

4. Antrag „Wirkungen und Nebenwirkungen des GKV-Modernisierungs-gesetzes – Kritische Bestandsaufnahme“ (BT-Drs. 15/4135)

Die BAGH unterstützt den Vorschlag eines umfassenden Berichtes der Bundesregierung zu den finanziellen und strukturellen Wirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes auf Patienten, Leistungserbringen und Krankenkassen.

Die BAGH hält es auch für erforderlich, dass umfassend geprüft wird, welche gesetzlichen Änderungen erforderlich sind, um getroffene Fehlentscheidungen zu korrigieren.

Im Einzelnen ist zu den im Antrag aufgeworfenen Fragestellungen aus Sicht der BAGH auf folgendes hinzuweisen:

a) **Finanzierungsproblematik des GKV-Systems**

Die BAGH teilt die Auffassung, dass die Finanzierungsproblematik des GKV-Systems vor allem durch die verringerten Einnahmen und nicht etwa durch überproportional angestiegene Ausgaben hervorgerufen wird. Die BAGH weist jedoch darauf hin, dass es viel zu kurzfristig wäre, diese Finanzierungsproblematik über Leistungsausgrenzungen lösen zu wollen. Stattdessen müssen vor allem die kostenträchtigen Fehlversorgungen bei der Behandlung chronisch kranker und behinderter Menschen abgestellt werden.

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.

Zwar wurde mit dem GKV-Modernisierungsgesetz in das SGB V mit § 2 a eine Norm eingefügt, die den besonderen Stellenwert der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen betont. Das übrige Regelungsgefüge des SGB V ist aber nach wie vor viel zu stark auf die akutmedizinische Versorgung zugeschnitten.

Die BAGH teilt in diesem Zusammenhang die Kritik an den überhöhten Verwaltungsausgaben für die Durchführung der Disease-Management-Programme (DMP) für chronisch kranke Menschen und hebt hervor, dass es nach wie vor an einer sektorübergreifenden Ausrichtung der DMP mangelt.

b) Zahnersatz

Die BAGH hält es nach wie vor für verfehlt, dass im Bereich des Zahnersatzes ein für den versicherten intransparentes Festzuschussystem eingeführt wurde. Die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit von Zahnersatz bei verschiedenen Befundkonstellationen ist für die Patienten und Patientinnen ohne die Unterstützung neutraler und unabhängiger Einrichtungen der Patientenberatung vielfach nicht möglich. Beispielsweise löst schon ein fehlender Zahn 7 nach den Festzuschuss-Richtlinien eine sog. Freundsituation aus, nach der kein Zuschuss für eine Brückenversorgung möglich ist, wenn ein weiterer Zahn im Front- oder Seitenbereich fehlt. Trotzdem ist die Brückenversorgung aus zahnmedizinischer Sicht in solchen Fällen indiziert.

Welche Versorgung wirtschaftlich und zweckmäßig ist, wird der Patient ohne unabhängige Beratung kaum alleine entscheiden können, zumal das Festzuschuss-System viel zu unübersichtlich ist.

Diese Verunsicherung der Patientinnen und Patienten sind weitaus gravierender als die Unsicherheiten, die durch die notwendige Abkehr vom Kopfpau-schalen-Modell beim Zahnersatz hervorgerufen wurden.

c) Barbetrag für Menschen in Einrichtungen

Die BAGH teilt die Auffassung, dass es eine unangemessene Benachteiligung von Menschen ist, die erst seit dem 01.01.2005 in Einrichtungen untergebracht sind, dass diesen Personen der sog. Zusatz-Barbetrag nach § 133 a SGB XII nicht zustehen soll.

Die BAGH fordert mit Nachdruck die Abschaffung dieser Regelung, da andernfalls Heimbewohnern künftig nur noch ein Barbetrag von 89 Euro in den alten und 86 Euro in den neuen Bundesländern zur Verfügung stünde. Hiervon müssten diese Menschen dann sowohl die jährlichen Zuzahlungen als auch bspw. Kosten für nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel bezahlen, was schlichtweg unzumutbar ist.

d) Belastungsgrenze für Zuzahlungen nach § 62 SGB V

Chronisch kranke und behinderte Menschen sind 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. Daher lehnt die BAGH Zuzahlungsregelungen für chronisch kranke und behinderte Menschen grundsätzlich ab. Hinsichtlich der bestehenden Zuzahlungsverpflichtungen kommt der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V eine große Bedeutung zu.

Aus Sicht der BAGH zeigen die in der öffentlichen Diskussion stehenden Problembereiche, dass die Belastungsgrenze deutlich entschärft werden muss:

- Sozialhilfe-Empfänger, insbesondere solche, die in Einrichtungen untergebracht sind, dürfen nicht mehr die allgemeine Regelung des § 62 SGB V fällen, sondern sind von Zuzahlungsverpflichtungen freizustellen.
- Bei Selbstzahlern in Heimen müssen die Unterkunftskosten bei der Ermittlung der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V berücksichtigt werden
- Eigenbehalte, die Beihilfeberechtigte tragen müssen, müssen ebenfalls bei der Ermittlung der Belastungsgrenze berücksichtigt werden.
- Sollte die Erstattung von nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimitteln nicht ohnehin wieder voll in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen werden, dann müssen die Kosten für diese Arzneimittel zumindest bei der Belastungsgrenze nach § 65 SGB V berücksichtigt werden.

e) Regelungen zur künstlichen Befruchtung

Die BAGH hält es für familienpolitisch verfehlt, dass die Erstattungsfähigkeit von Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft mit dem GKV-Modernisierungsgesetz erheblich eingeschränkt wurde. Die BAGH sieht auch

die vorgeschlagene Finanzierung über Steuermittel als problematisch an, da es wesentlich sachnäher ist, die Erstattung über die GKV zu regeln. Vorzugswürdig ist es daher, die volle Erstattungsfähigkeit über die GKV neu zu etablieren.

f) **Patientenbeauftragte der Bundesregierung**

Die BAGH begrüßt es nach wie vor, dass die Bundesregierung eine Beauftragte für die Belange der Patientinnen und Patienten bestellt hat.

Allerdings hebt die BAGH hervor, dass die Interessen der Patientinnen und Patienten von den Selbsthilfeorganisationen behinderter und chronisch kranker Menschen vertreten werden. Insofern nimmt die Patientenbeauftragte auch nicht „die Anliegen der Patienten unabhängig wahr“. Sie ist vielmehr eine wichtige Ansprechpartnerin für Patienten und Patientenorganisationen und nimmt auf dieser Grundlage ihre beratende Funktion gegenüber der Bundesregierung wahr. Insgesamt wird die Arbeit der Patientenbeauftragten von der BAGH durchaus positiv bewertet.

g) **Information der Versicherten**

Die BAGH weist darauf hin, dass die Informationsangebote von Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern über Leistungen und Kosten sowie die Informationsangebote der Krankenkassen nach wie vor unzureichend sind. Nach wie vor besteht großer Bedarf nach unabhängigen Einrichtungen der Verbraucher- und Patientenberatung.

Die Norm des § 65 b SGB V muss daher so ausgestaltet werden, dass die entsprechenden Einrichtungen in die Regelversorgung überführt werden.

h) **Integrierte Versorgung**

Die BAGH begrüßt grundsätzlich die Neuregelungen der §§ 140 a ff SGB V. Allerdings ist zu bemängeln, dass die Patientenorganisationen bislang im

Rahmen der Verhandlungen zu den Verträgen zur Integrationsversorgung nicht beteiligt werden. Ein solches Beteiligungsrecht ist jedoch deshalb geboten, weil nur so die Betroffenenkompetenz adäquat eingebunden werden kann und da die Patientenbeteiligung ein wichtiges Korrektiv bieten würde, dass Verträge mit geringem praktischen Effekt nicht allein deshalb mit dem Label „integrierte Versorgung“ versehen werden, um dem privilegierten Finanzierungstopf der integrierten Versorgung zugeordnet werden zu können.

Was die Teilöffnung der Krankenhäuser nach § 116 b SGB V anbelangt, so hält die BAGH eine gesetzliche Neuregelung für dringend erforderlich. Zum einen ist der Katalog der hochspezialisierten Leistungen und der seltenen Erkrankungen in § 116 b Abs. 3 SGB V zu eng gefasst.

Zum anderen sind die Hürden in § 116 b Abs. 4 SGB V viel zu hoch, um eine Erweiterung des Katalogs zu erreichen. Auch die Anforderungen der §§ 116 b Abs. 3, 135 SGB V sind viel zu hoch gesetzt. Daher verwundert es die BAGH nicht, dass es bislang keinen einzigen Vertrag nach § 116 b SGB V geben soll.