

**Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache-Nr. 15(13)0273(31)**

**Stellungnahme des DGB zum  
Gesetzentwurf der Fraktionen SPD,  
CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE  
GRÜNEN zum Entwurf eines Gesetzes  
zur Modernisierung der Gesetzlichen  
Krankenversicherung  
(GKV-Modernisierungs-gesetz / GMG)**

### **1. Vorbemerkung**

Der Gesetzentwurf zur Gesundheitsreform ist nicht ausgewogen. Die beabsichtigte Senkung des Beitragssatzes von derzeit 14,3 Prozent auf 13,6 Prozent im Jahr 2003 und 12,15 Prozent im Jahr 2007 wird überwiegend von Versicherten und Patienten aufgebracht werden müssen. Ab 2005 müssen die Versicherten den Zahnersatz allein finanzieren, ab 2006 auch noch das Krankengeld. Hinzu kommen massive Erhöhungen der Zuzahlungen. Durch diese Maßnahmen wird kein Euro im Gesundheitswesen weniger ausgegeben und keine Leistung verbessert. Weitere Einschnitte zu Lasten der Versicherten und Patienten sind somit vorprogrammiert, wenn es wieder einmal nur halbherzige Verbesserungen in der Leistungsstruktur gibt. Skepsis gegenüber all zu hohen Erwartungen an die Beschäftigungswirksamkeit der Senkung des Beitragssatzes ist zudem angebracht.

Der Beitrag der Leistungserbringer zu einer wirtschaftlicheren Versorgung bleibt dagegen weit hinter den Erwartungen zurück. Es gibt zwar eine Reihe von Ansätzen zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen wie bei der integrierten Versorgung, den medizinischen Versorgungszentren, der hausarztzentrierte Versorgung und dem Versandhandel von Arzneimitteln. Aber bei der Ausgestaltung des Qualitätswettbewerbs unter den Leistungserbringern ist der Gesetzesentwurf weit hinter den Erwartungen zurückgeblieben.

### **2. Liberalisierung des Vertragsrechts verwirklichen**

Im Rahmen der geplanten Gesundheitsreform hätte die Chance bestanden, durch mehr Wettbewerb unter den Leistungserbringern die Wirtschaftlichkeit und die Qualität im Gesundheitswesen im Interesse der Beitragszahler zu verbessern. Der vorliegende Gesetzesentwurf bleibt weit hinter den Möglichkeiten zurück, die im Entwurf des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes vorgesehen waren. Der Gesetzgeber wird aufgefordert, hier dringend nachzubessern.

Im vorliegenden Gesetzesentwurf wird auf eine Öffnung des Vertragsrechts zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern fast vollständig verzichtet. Damit wird das gegenwärtige Monopol der kassenärztlichen Vereinigung festgeschrieben. Positive Ansätze aus dem früheren Gesetzesentwurf müssen aufgenommen werden.

Solange die Krankenkassen mit allen in der Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Ärzten zusammenarbeiten müssen, kann es keinen wirklichen Wettbewerb um qualitativ hochwertige Leistungen geben. Die Kasse muss zahlen, unabhängig von der Qualifikation des Leistungsanbieters und der Qualität der erbrachten Leistung.

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, die nötigen Rahmenbedingungen für mehr Vertragsfreiheit zu schaffen. Der bisher existierende Wettbewerb unter den Krankenkassen funktioniert nicht richtig. Er ist bisher entbrannt um gute Risiken. Er kann erst dann sinnvoll wirken, wenn er ergänzt wird um einen Wettbewerb um ein qualitativ hochwertiges Leistungsangebot.

Das angebliche Drei-Säulen-Modell ist nichts anderes als die Festschreibung des Status quo. Auch bisher waren Disease-Management-Programme oder Verträge zu integrierter Versorgung über Einzelverträge möglich. Insoweit stellt der vorliegende Gesetzesentwurf im Hinblick auf den Einstieg in den Vertragswettbewerb keinen Fortschritt dar. Insbesondere

die Oppositionsparteien, die das Wort Wettbewerb allenthalben im Mund führen, sind aufgefordert, sich an dieser Stelle zu bewegen.

### **3. Neuordnung der Finanzierung Versicherungsfremde Leistungen**

Der DGB begrüßt die Absicht der Bundesregierung, die Gesetzliche Krankenversicherung durch eine Beteiligung des Bundes an den versicherungsfremden Leistungen wie Mutterschaftsgeld, Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, Empfängnisverhütung, etc. zu entlasten. Dies ermöglicht eine systemgerechtere Finanzierung von familienpolitischen Leistungen. Der DGB begrüßt, dass im Vergleich zum GMG-Entwurf der Regierungskoalition vom Juni 2003 im vorliegenden Gesetzentwurf die Höhe des Bundeszuschusses nunmehr nicht allein von den Erlösen aus der Tabaksteuererhöhung abhängig gemacht wird, sondern konkret Beträge benennt, die den Krankenkassen zukommen. So sind für das Jahr 2004 1 Milliarde Euro, für das Jahr 2005 2,5 Milliarden Euro und ab dem Jahr 2006 4,2 Milliarden Euro als Beteiligung des Bundes vorgesehen. Wenn auch die Höhe der jährlichen Bundeszuschüsse in den ersten Jahren nicht die tatsächlichen Aufwendungen der Krankenkassen für versicherungsfremde Leistungen von ca. 3,5 Milliarden Euro decken, so werden ab 2006 voraussichtlich die tatsächlichen Aufwendungen kompensiert werden können.

Kritisch anzumerken bleibt, dass die Festschreibung der Beteiligung des Bundes ab 2006 einer eventuellen Steigerung der Ausgaben nicht gerecht wird. Falls es zu einer solchen Entwicklung kommt, muss der Gesetzgeber die Höhe des Bundeszuschusses gemäß der tatsächlichen Kostenentwicklung definieren.

Der DGB lehnt daneben die Vorschläge des vorliegenden Gesetzentwurf zur Neuordnung der Finanzierung weitgehend ab. Sie dienen der einseitigen finanziellen Belastung der Arbeitnehmer und der Entlastung der Arbeitgeber. Sie bieten darüber hinaus keine längerfristige Perspektive zur Neuordnung der Finanzierungsgrundlagen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Es ist davon auszugehen, dass kurzfristige Einnahmeeffekte zu Lasten der Arbeitnehmer bereits kurzfristig durch bestehende Unwirtschaftlichkeiten aufgehoben werden.

### **Zahnersatz**

Der Gesetzentwurf sieht eine Neuordnung der Versorgung mit Zahnersatz vor. Danach soll die Finanzierung künftig allein von den Versicherten mit einem einkommensunabhängigen Beitrag geleistet werden.

Ab 2005 wird der Zahnersatz aus dem Leistungskatalog der GKV ausgegliedert. Gesetzliche Krankenkassen müssen ihren Versicherten eine Zahnersatzversicherung als obligatorische Zusatzleistung anbieten, wobei die Spitzenverbände der Krankenkassen einen ausgabendeckenden, einheitlichen, einkommensunabhängigen Beitrag je Mitglied festlegen. Die bei-

tragsfreie Familienversicherung bleibt erhalten. Die Versicherten erhalten eine Wahlmöglichkeit zur privaten Krankenversicherung, wenn diese ein der GKV vergleichbares Versicherungsangebot machen. Eine Rückkehrmöglichkeit für Versicherte, die sich zur Absicherung des Zahnersatzes in der PKV entscheiden, in die GKV gibt es nicht.

Damit wird erstmalig in der Geschichte der deutschen solidarisch strukturierten Gesundheitsversorgung für einen Leistungsbereich der Grundsatz der paritätischen Finanzierung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer aufgegeben. Der DGB wertet dieses Vorhaben als die willkürliche Aufgabe des Prinzips der paritätischen Finanzierung, die entschieden abgelehnt wird. Dies bedeutet den Einstieg in den Ausstieg aus der paritätischen Finanzierung.

### **Krankengeld**

Der Gesetzgeber plant, ab 2006 auch das Krankengeld aus der paritätischen Finanzierung heraus zu nehmen und die Finanzierung allein den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zu überlassen. Vorgesehen ist, dass diese mit einem zusätzlichen Beitragssatz von 0,5% belastet werden und gleichzeitig der allgemeine Beitragssatz entsprechend sinkt. Die Leistung Krankengeld wird weiterhin allein von der GKV erbracht.

Der DGB lehnt diese Maßnahme entschieden ab. Damit wird neben dem Zahnersatz ein weiterer Leistungsbereich aus der paritätischen Finanzierung heraus genommen. Arbeitgeber werden entlastet und Beschäftigte einseitig belastet.

Darüber hinaus verkehrt sich die kurzfristige Entlastungswirkung für Arbeitgeber schnell ins Gegenteil: Ohne das finanzielle Interesse der Arbeitgeber an der Gesundheit der Beschäftigten durch die paritätische Finanzierung des Krankengeldes besteht die große Gefahr, dass die Bereitschaft zur betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention seitens der Unternehmen ausgehöhlt wird. Wenn aber die Gesundheitsbelastungen in den Betrieben steigen, drohen die Einsparungen der Arbeitgeber schnell zu einem Bumerang für das Gesundheitswesen insgesamt zu werden. Höhere Ausgaben würden dann auf die Beitragssätze zurückschlagen und wiederum den Druck auf eine weitere Privatisierung von Gesundheitsleistungen oder die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall erhöhen.

Das Argument, Arbeitgeber würden bereits jetzt schon mit der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall von ca. 26 Milliarden € jährlich einen überproportional hohen Beitrag zur Absicherung der Beschäftigten im Krankheitsfall leisten, verkennt, dass gerade Unternehmen eine besondere Verpflichtung für den Gesundheitszustand ihrer Beschäftigten haben. Zum einen ist Krankheit oder Gesundheit keine Privatangelegenheit, da der gesundheitliche Zustand im wesentlichen durch äußere, für den Einzelnen nicht steuerbare Faktoren beeinflusst wird. Dazu gehören Umwelt- und Lebensbedingungen ebenso wie in starkem Maße Arbeitsbedingungen. Zum anderen ist die produktive Ressource der menschlichen Arbeitskraft ein unverzichtbarer Bestandteil einer funktionierenden und prosperierenden Wirtschaft. Die Investition von Unternehmen in die Verhinderung und Vermeidung von Krankheit sowie in die Wiederherstellung von Gesundheit in das „Humankapital“ ist demnach eine lohnende und spiegelt die Qualität des Wirtschaftsstandorts Deutschland wider.

Die politische Grundsatzentscheidung, das Krankengeld weiterhin als Leistung der GKV zu belassen und den Finanzierungsmodus zu ändern, verhindert zwar die Nachteile für die Be-

schäftigten im Rahmen der Absicherung bei privaten Versicherungsunternehmen. Für den DGB ist damit jedoch nicht der relevante Einwand an der Aufhebung der paritätischen Beitragsfinanzierung zur GKV aufgehoben.

Das Ziel einer effizienten Steuerung des Gesundheitswesens und einer rationalen Mittelverwendung ist mit der einseitigen Belastung der Beschäftigten nicht zu erreichen. Gleichzeitig konterkarieren zusätzliche Beitragslasten für die Versicherten das Ziel der höheren Konsumnachfrage, die zur Belebung des Wirtschaftsstandortes dringend benötigt wird.

Der DGB sieht in den vorgesehenen Maßnahmen zur Ausgliederung von Leistungsbereichen aus der GKV und der alleinigen Finanzierung durch die Beschäftigten aus den dargestellten Gründen große Gefahren und lehnt diese ab.

### **Versorgungsbezüge**

Der DGB lehnt die vorgesehene Regelung, wonach Rentner mit Versorgungsbezügen und Einkommen aus selbständiger Arbeit mit dem vollen GKV-Beitragsatz belegt werden sollen, gleichfalls ab. Die Änderung der Beitragsbemessung für einzelne Versichertengruppen ist im Rahmen des GMG nicht angemessen und muss im Zuge der Weiterentwicklung der Finanzierungsgrundlagen der GKV im Grundsatz geregelt werden.

### **Streichung von Leistungen**

Die Übertragung von Leistungen in die Eigenverantwortung wird vom DGB zum überwiegenden Teil abgelehnt. Der **Streichung des Entbindungsgeldes** wird nicht zugestimmt. Dieses stellt nur einen geringen Anteil an den GKV-Ausgaben dar, so dass die Streichung dieser Leistung keine relevante beitragsentlastende Wirkung beinhaltet. Demgegenüber ist die Auszahlung des Entbindungsgeldes insbesondere für finanziell schwach gestellte Versicherte eine unverzichtbare Einnahme.

Maßnahmen der **Sterilisation**, soweit nicht durch Krankheit indiziert, betreffen in der Tat die persönliche Lebensplanung und müssen nicht solidarisch finanziert werden. Anders verhält es sich bei der **künstlichen Befruchtung**. Nach begründeter fachmedizinischer Auffassung liegt bei Unfruchtbarkeit eine chronische Erkrankung mit zunehmender Häufigkeit vor. Von daher sollten Maßnahmen der künstlichen Befruchtung wie vorgesehen unter bestimmten Bedingungen hälftig durch die Solidargemeinschaft der GKV finanziert werden. Der DGB begrüßt die Neuregelung, nach der vier Versuche zur künstlichen Befruchtung zur Hälfte von der GKV getragen wird und zur anderen Hälfte von den Versicherten geleistet werden muss.

Die Streichung des **Sterbegeldes** findet die Zustimmung des DGB. Da das Sterbegeld eine Leistung ist, auf die nur die am 1. Januar 1989 in der GKV Versicherten einen Anspruch haben, kann der vorgesehenen Maßnahme zugestimmt werden. Es handelt sich hierbei um eine Leistung, die in absehbarer Zeit für alle Versicherten ausläuft.

### **Neugestaltung der Zuzahlungen**

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass künftig für alle Leistungen einschließlich der Arzneimittelversorgung eine prozentuale Zuzahlung von 10% erhoben wird, wobei höchstens 10 Euro

und mindestens 5 Euro je Leistung zugezahlt werden müssen. In der ambulanten Versorgung fallen 10 Euro Zuzahlung pro Quartal und Behandlungsfall an, wenn die Behandlung nicht auf Überweisung erfolgt. Bei Krankenhausaufenthalten haben Patienten in Zukunft 10 Euro pro Tag für maximal 28 Tage im Jahr zu leisten. Bei stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen beträgt die Zuzahlung 10 Euro pro Tag und wird nur bei Anschlussheilbehandlungen auf maximal 28 Tage pro Jahr begrenzt.

Der DGB lehnt die Neugestaltung der Zuzahlungen ab. Die beabsichtigten Zuzahlungen bei Krankenhausaufenthalten und Arztbesuchen sind in der vorgeschlagenen Höhe sozial unausgewogen und gesundheitspolitisch gefährlich. Die Zuzahlungserhöhungen mit einem beabsichtigten Volumen von 3,2 Milliarden Euro jährlich treffen ausschließlich die Kranken. Gesundheitspolitisch sinnvolle Steuerungswirkungen sind ausgeschlossen, so dass sie lediglich einen ordentlichen Griff in die Taschen der Kranken darstellen.

Auch die Maßnahmen zu den Befreiungs- und Überforderungsregelungen finden nicht die Zustimmung des DGB, da auch sie sozial unausgewogen sind. Es ist vorgesehen, dass bei Zuzahlungen für alle Versicherte einschließlich der Sozialhilfeempfänger eine Belastungsobergrenze in Höhe von 2% des Bruttoeinkommens wie bisher gilt. Bei Familien werden zusätzlich Freibeträge für Kinder und nicht berufstätige Ehegatten berücksichtigt. Kinder und Jugendliche sind generell bis zum 18. Lebensjahr von Zuzahlungen befreit. Trotz der Familienkomponente bewertet der DGB diese Belastungsgrenze als eine Zumutung insbesondere für untere und mittlere Einkommen. Bei einem Bruttoverdienst von 2500 Euro im Monat können auf Versicherte 600 Euro Zuzahlungen im Jahr zukommen. Insbesondere im Bereich der stationären Versorgung kann durch die hohe Zuzahlung von 10 Euro pro Tag die Belastungsobergrenze schnell erreicht werden. Die Zahl der Versicherten, die diese Grenze erreichen, wird sich vervielfachen. Zudem: Bei einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme, die in aller Regel mehrere Wochen dauert, ist die Anzahl der zuzahlungspflichtigen Kalendertage nicht begrenzt.

#### **Boni, Selbstbehalte, Beitragsrückgewähr**

Das Einräumen von Wahlmöglichkeiten bei Versicherungskonditionen für freiwillig Versicherte hinsichtlich des Versicherungsumfanges wird vom DGB abgelehnt. Die Reduzierung des Versicherungsumfanges mit Beitragsrückgewähr sowie Selbstbehalte mit Beitragsminderung werden vornehmlich gesunde Versicherte in Anspruch nehmen, wodurch der solidarischen Finanzierung Finanzmittel entzogen werden. Kranke werden wegen des nicht absehbaren Krankheitsverlaufes und des damit verbundenen finanziellen Risikos kaum eine Minderung des Versicherungsumfanges wählen. Nicht selten würde es dagegen vorkommen, dass Versicherte, die diese Konditionen gewählt haben, Untersuchungen und erforderliche medizinische Versorgung um des finanziellen Vorteils willen unterlassen.

Einem Versichertenbonus bei erfolgreicher Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, qualitätsorientierten Präventionsprogrammen oder bei freiwilliger Teilnahme an besonderen Versorgungsangeboten stimmt der DGB zu. Damit wird gesundheitsbewusstes Verhalten belohnt.

#### **4. Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung**

Der DGB unterstützt die Einrichtung einer Stiftung und eines Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit und die in dem Gesetzentwurf vorgesehene Nutzenbewertung von Arzneimit-

teln. Diese Nutzenbewertung allein begrenzt auf den Bereich der Arzneimittel reicht jedoch nicht aus. Vielmehr kommt es darauf an, in die Nutzenbewertung sektorenübergreifend andere Therapieformen im Interesse der Entwicklung von optimierten Therapiepfaden einzubeziehen.

Mittel- bis langfristig sollte die Nutzenbewertung in Richtung einer Kosten-Nutzen-Bewertung weiterentwickelt werden. Diese Kosten-Nutzen-Betrachtungen sollten jedoch nicht nur für den Arzneimittelsektor gelten, sondern vergleichend für alle Sektoren wie Krankenhaus und ambulante Versorgung angestellt werden, um die aus der Sicht der Patienten und Versicherten sinnvollsten Behandlungswege in Form von Behandlungsempfehlungen und Leitlinien zu formulieren.

Abzuwarten bleibt, welchen tatsächlichen Einfluss die Arbeit der Stiftung auf die Qualität in der Versorgung haben wird.

Die Einführung einer Fortbildungsverpflichtung für Ärzte wird als positiv im Hinblick auf die Qualitätserhöhung in der Versorgung bewertet.

## **5. Reform der Organisationsstrukturen**

### **Organisationsstrukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen**

Der Gesetzentwurf sieht eine Professionalisierung der Kassenärztlichen Vereinigungen durch die Einrichtung eines hauptamtlichen Vorstandes und die Verkleinerung der Vertreterversammlung vor. Nach Meinung des DGB reichen diese Maßnahmen nicht aus und gehen weit hinter die im Gesetzentwurf der Regierungskoalition geplanten Organisationsänderungen zurück, da hauptamtliche Vorstandsmitglieder nach wie vor eine ärztliche Nebentätigkeit ausüben können. Insbesondere der Aspekt der Stärkung der hausärztlichen und allgemeinmedizinischen Vertreter in den Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen fehlt. Der DGB empfiehlt daher, die im Gesetzentwurf der Regierungskoalition vorgesehene Änderung des Wahlrechtes bei der Besetzung der Vertreterversammlung wieder aufzunehmen, nach der alle Arztgruppen die Chance einer echten Repräsentanz gehabt hätten.

### **Organisationsrecht der Krankenkassen**

Der DGB begrüßt, dass für die verschiedenen Kassenarten gleiche Wettbewerbsbedingungen geschaffen werden sollen, indem das Mitgliedschafts- und Organisationsrecht harmonisiert werden soll. Dazu gehören ganz entscheidend die Maßnahmen, nach denen bereits geöffnete Betriebs- und Innungskrankenkassen dauerhaft geöffnet sein müssen bzw. bei geöffneten Betriebskrankenkassen die Personalkosten in den Beitragssatz einzubeziehen sind. Bedauerlich ist allerdings, dass auf die Möglichkeit der kassenartübergreifenden Fusion zunächst verzichtet wurde. Der DGB hält deswegen die Einrichtung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe, die sich mit dieser und weiteren organisationsrechtlichen Fragen beschäftigen wird, für richtig.

### **Gemeinsame Selbstverwaltung**

Der DGB unterstützt die Absicht, die gemeinsame Selbstverwaltung zu straffen und zu entbürokratisieren. Durch die Abschaffung des Koordinierungsausschusses und der Bundesausschüsse und die Bildung eines Gemeinsamen Bundesausschusses mit Unterausschüssen für die ärztliche, zahnärztliche und stationäre Versorgung sind jedoch nicht gleichzeitig

auch Instrumente zur Beseitigung der Blockadehaltung in der Gemeinsamen Selbstverwaltung geschaffen. Entsprechende Maßnahmen sollten noch gefunden werden.

### **Konzertierte Aktion**

Da durch die Bildung verschiedener Gremien und Kommissionen („Runder Tisch im Gesundheitswesen“, „Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung“, „Kommission für die Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme“) alle Beteiligten des Gesundheitswesens themenzentriert zusammen kommen, teilt der DGB die Ansicht, dass die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen entbehrlich sei und abgeschafft werden kann. Der damit in Zusammenhang stehende Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen darf jedoch nicht zur Disposition stehen, da er in regelmäßigen Abständen wichtige Gutachten zur Situation im deutschen Gesundheitswesen erstellt.

### **Datentransparenz**

Der DGB begrüßt, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer verpflichtet werden sollen, durch organisatorische und informationstechnische Maßnahmen die Datentransparenz zu verbessern. Das entbehrt allerdings nicht der Notwendigkeit für den Gesetzgeber, ein entsprechendes Datentransparenz-Gesetz auf den Weg zu bringen, in dem datenschutzrechtliche Maßnahmen für Versicherte und Patienten festgelegt werden.

### **Verwaltungskosten der Krankenkassen**

Der DGB beurteilt die Verpflichtung der Gesetzlichen Krankenkassen zur Reduzierung der Verwaltungskosten skeptisch. Bei der Neuregelung gilt es zu berücksichtigen, dass die GKV in den letzten Jahren eine erhebliche Erweiterung ihres Aufgabenspektrums erfahren hat, der einen gewissen Anstieg der Verwaltungskosten rechtfertigt. Bei der zukünftigen Aufgabenzuweisung ist zudem zu beachten, dass die Kassen entsprechende organisatorische und personelle Kapazitäten bereit halten können, um diese zu bewältigen. Eine pauschale Absenkung der Verwaltungskosten ist kontraproduktiv, insbesondere dann, wenn die Gesetzlichen Kassen in einen Wettbewerb mit Privaten Kassen gezwungen werden, deren Verwaltungskosten um ein Vielfaches höher liegen und keiner Beschränkung unterliegen. Zur Zeit sind die Investitionskosten noch Bestandteil der Verwaltungskosten. Die Investitionskosten sollten aus der Verwaltungskostendeckelung ausgenommen werden. Durch eine separate Betrachtung der Investitionskosten würden die Krankenkassen in die Lage versetzt, durch gezielte Investitionen neue Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen und damit Beiträge zur Beitragssatzstabilisierung zu leisten.

## **6. Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen**

### **Hausarztzentrierte Versorgung**

Die Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung im Gesetzesentwurf ist problematisch. Danach haben Krankenkassen mit zugelassenen und besonders qualifizierten Hausärzten oder Versorgungszentren Verträge zu schließen. Die Versicherten können sich gegenüber der Kasse schriftlich verpflichten, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung eines solchen Vertragshausarztes in Anspruch zu nehmen.

Dies schränkt die Wahl der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten auf einen eingeschränkten Kreis von Hausärzten ein. Es ist also nicht erkennbar, wie auf diese Weise ein flächendeckendes Hausarztsystem eingeführt werden kann.

Im bisherigen GMG-Entwurf war vorgesehen, dass sich die Versicherten schriftlich verpflichten, fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung eines von ihnen gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Diese Regelung war im Hinblick auf eine flächendeckende Ausdehnung des Hausarzt systems zielführender. Zudem würde die freie Wahl des Hausarztes für die Versicherten erhalten.

Es wird angeregt, dass der Gesetzgeber die Formulierung aus dem GMG-Entwurf übernimmt.

### **Medizinische Versorgungszentren**

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass in der ambulanten Versorgung künftig medizinische Versorgungszentren gleichberechtigt mit Vertragsärzten zugelassen werden. Diese Einrichtungen sollen durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von ärztlichen und nicht-ärztlichen Heilberufen Patienten die Versorgung aus einer Hand anbieten. Medizinische Versorgungszentren müssen nach unternehmerischen Grundsätzen geführt werden und sind nur von zugelassenen Leistungserbringern zu bilden. Sowohl freiberuflich tätige als auch angestellte Ärzte können dort arbeiten.

Der DGB begrüßt die Möglichkeit, medizinische Zentren zur ambulanten Versorgung nun flächendeckend zuzulassen. Diese Einrichtungen leisten einen wesentlichen Beitrag zur Förderung der Integrierten Versorgung, in der Patienten durch abgestimmte Behandlungskonzepte die ihrer Erkrankung und persönlichen Situation angemessene Versorgung erhalten. Mit medizinischen Versorgungszentren wird eine neue Versorgungsform ermöglicht, die die enge Kooperation zwischen den ärztlichen Fachgebieten und mit den nicht-ärztlichen Leistungserbringern erleichtert.

### **Integrierte Versorgung**

Der Abbau juristischer Barrieren und ökonomischer Hemmnisse ist dringend erforderlich, um die Integrierte Versorgung auszubauen. Die Schaffung von finanziellen Anreizen ist sachgerecht. Zu bedauern ist, dass auf Druck der Apotheken die Einbeziehung von Apotheken in integrierte Versorgungskonzepte in letzter Minute praktisch wieder zurückgenommen wurde. Kritisch zu überprüfen wird sein, wie sich Budgetbereinigungen in den Fällen vornehmen lassen, in denen das Volumen beabsichtigter integrierter Versorgungsprojekte über die 1 %-ige Anschubfinanzierung hinausgeht.

Der Gesetzgeber schafft mit dieser Neuregelung ein echtes Wettbewerbsfeld im Gesundheitswesen. Außerhalb der Kollektivverträge, unter Ausschluss der Kassenärztlichen Vereinigungen und ohne Gesamtvereinbarungen der Gemeinsamen Selbstverwaltung erhalten Krankenkassen die Möglichkeit im Rahmen von Einzelverträgen integrierte Versorgungsformen zu fördern. In diesen können Versorgungsziele, Leistungsinhalte und Qualitätsanforderungen definiert und Gegenstand der Verträge werden. Damit bekommen die Krankenkassen den Gestaltungsspielraum zur Steuerung der Versorgung in die Hand, die im ‚alten‘ GMG ursprünglich durch Direktverträge mit Fachärzten beabsichtigt war.

Unter Qualitäts- und Effizienzaspekten ist die Zielrichtung auf die Integrierte Versorgung sachgerecht, da Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsdefizite in der medizinischen Versorgung zu einem Großteil durch die Abschottung der einzelnen Versorgungssektoren bedingt sind.

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

Die Teilöffnung der Krankenhäuser bei hochspezialisierten Leistungen, im Rahmen von Disease-Management-Programmen sowie bei Unterversorgung für das entsprechende Fachgebiet wird vom DGB begrüßt. Allerdings ist es notwendig, dass die stärkere Zulassung ambulanter Versorgung im stationären Bereich mit einer Bereinigung im vertragsärztlichen Sektor verbunden sein muss.

### **7. Arzneimittelversorgung**

Die Übertragung der Finanzierung von **nichtverschreibungspflichtigen Medikamenten** (OTC-Präparate) auf die Versicherten lehnt der DGB ab. Patienten werden mit dieser Maßnahme einseitig belastet. Zudem ist mit Ausweichstrategien in der Verordnung zu verschreibungspflichtigen Medikamenten zu rechnen, die zu einem Kostenanstieg in der GKV führen. Die **Novellierung der Arzneimittelpreisverordnung** wird vom DGB als notwendig erachtet. Diese Maßnahme wird als ein Schritt zur wettbewerblichen Steuerung im Arzneimittelmarkt bewertet.

Die Einführung des **Versandhandels** von Arzneimitteln wird begrüßt. Der mögliche Wettbewerb wird zur Kostensenkung ohne Qualitätsverlust für Patienten führen. Der Einbezug von öffentlichen und Versandapotheken in die Integrierte Versorgung ist sinnvoll.

Die Veränderung des **Mehrbesitzverbotes** für Apotheken wird vom Grundsatz her bejaht, ist aber durch die festgelegte Obergrenze von vier Apotheken pro Eigentümer nicht ausreichend. Ein tatsächlicher Wettbewerb mit Kosteneinsparungen für die GKV hätte nur durch die gänzliche Aufhebung des Mehrbesitzverbotes erreicht werden können. In diesem Zusammenhang ist auch die **Beibehaltung des Fremdbesitzverbotes** abzulehnen. Auf diese Weise können keine Apothekenketten gebildet werden, die zu besonders günstigen Preisen einkaufen und verkaufen können.

### **8. Patientenbeteiligung/ Stärkung der Patientensouveränität**

Der DGB befürwortet, dass **Patienten- und Behindertenverbände** einschließlich der Selbsthilfe ein **Anhörungsrecht** beim Gemeinsamen Bundesausschuss und dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit erhalten. Der DGB lehnt eine Beteiligung von Patienten- und Behindertenverbänden im Rahmen von Entscheidungsgremien und Entscheidungsprozessen ab.

Die Ernennung eines **Patientenbeauftragten** auf Bundesebene wird vom DGB befürwortet. Damit wird den Patienteninteressen im Gesundheitswesen Rechnung getragen, auch wenn die Möglichkeiten und Rechte gegenüber dem Ursprünglichen Entwurf des Ministeriums stark beschnitten wurden.

Der DGB befürwortet die Einführung einer **Patientenquittung** auf Verlangen der Versicherten und die Einführung der **Gesundheitskarte** ab 2006. Sofern die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen die Notwendigkeit des Eigentumsrechtes der Patienten an ihren Daten erfüllen und die Missbrauchsmöglichkeiten durch Dritte verhindern, dienen beide Instrumente der Erhöhung der Transparenz.