

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0248(43)
vom 21.06.03**

15. Wahlperiode

Stellungnahme des Deutschen Gewerkschaftsbundes

**Gesetzentwurf:
Gesundheitssystem-
modernisierungsgesetz (GMG)
- Drucksache 15/1170**

Allgemeiner Teil

Die Bundesregierung hat mit dem vorliegenden Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitswesens (GMG) ihre Vorstellungen zur Gesundheitsreform in konkrete Formen gegossen. Nach mehreren „Jahrhundertreformen“ in den letzten zwei Jahrzehnten und einer Vielzahl von kleineren Gesetzen, die den Anspruch hatten, gravierende Fehlsteuerungen im Gesundheitswesen zu beseitigen, sollen mit der anstehenden Gesundheitsreform die Weichen für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems neu gestellt werden. Das Ziel einer höheren Qualität in der gesundheitlichen Versorgung soll ebenso wie eine Absenkung der Beitragssätze der GKV erreicht werden. Der Anspruch, mehr Wirtschaftlichkeit und höhere Effizienz bei der Leistungserbringung zu erreichen, steht neben der Absicht, die Patienten im Gesundheitswesen nachhaltig zu stärken.

Der DGB hat für die anstehende Gesundheitsreform konkrete Vorstellungen erarbeitet und in die politische Debatte eingebracht.

Auf dieser Grundlage begrüßt der DGB den Entwurf des GMG in weiten Teilen als ein mutiges Reformkonzept. Qualitätsverbesserung und Patientenorientierung sowie notwendige Strukturveränderungen werden in den Mittelpunkt der vorgesehenen Reform gestellt. Die in den letzten Jahren intensiv geführte Diskussion um die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens findet sich in den vorgeschlagenen Maßnahmen als Konsequenz aus der Defizitanalyse und den Problemlösungsstrategien wieder.

Daneben lehnt der DGB die Vorschläge zur Neuordnung der Finanzierung ab. Sie dienen überwiegend der spürbaren einseitigen finanziellen Belastung von Versicherten und Patienten. Mit der Zielsetzung der Beitragssatzsenkung werden durch die alleinige Finanzierung des Krankengeldes seitens der Versicherten die Unternehmen einseitig entlastet. Patienten und Versicherte sollen darüber hinaus durch höhere Zuzahlungen zu Arzneimitteln und Praxisgebühren stärker als bisher belastet werden. Die vorgesehenen Maßnahmen sichern weder mittel- noch langfristig die finanzielle Situation der GKV. Auch der kurzfristig angelegte Effekt der Entlastung wird ebenso kurzfristig durch Unwirtschaftlichkeiten, Fehlallokationen und Doppelstrukturen in der gesundheitlichen Versorgung neutralisiert. Die einseitige Erhöhung der finanziellen Belastung der Arbeitnehmer, Versicherten und Kranken ist eine Investition in ein zumftmäßig organisiertes und unzureichend in der Qualität ausgerichtetes Versorgungssystem, das modernen Anforderungen nicht mehr genügt. Diese Investition ist demzufolge eine Fehlinvestition, die der DGB nicht mitträgt.

Für die Gewerkschaften völlig inakzeptabel ist die Erhöhung der Beiträge für Arbeitnehmer auf 53 Prozent bei gleichzeitiger Reduzierung der Beiträge für die Arbeitgeber auf 47 Prozent, mit dem die Finanzierung des Krankengeldes allein auf die den Arbeitnehmer übertragen werden soll. Hiermit soll der Einstieg in den Ausstieg aus der paritätischen Finanzierung der GKV vollzogen werden. Der DGB sieht in diesem Weg den falschen Ansatz, die solidarische gesetzliche Krankenversicherung zukunftssicher zu gestalten. Stattdessen müssen Lösungen gesucht werden, die die Finanzierungsgrundlagen gerechter und solider gestalten. Denn nur mit ökonomisch sowie gesellschafts- und gesundheitspolitisch sinnvollen Lösungen

können die Finanzierungsgrundlagen so stabil gestaltet werden, dass die GKV auch in Zukunft ihrer Aufgabe gerecht werden kann. Diese Aufgabe besteht für den DGB darin, auch in Zukunft allen Menschen im Krankheitsfall unabhängig von ihrem Einkommen, die medizinische Behandlung zukommen zu lassen, die sie benötigen.

Modernisierung der Steuerung des Systems

Der DGB begrüßt, dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf ein Weg zu Ende gegangen werden kann, der mit der Einführung der freien Kassenwahl 1996 begonnen wurde.

Versicherte erhielten die Möglichkeit der freien Kassenwahl bzw. des Kassenwechsels unabhängig von ihrer Berufzugehörigkeit und Art der Beschäftigung. Die Erfahrung hat gezeigt, dass die Höhe des Beitragssatzes ausschlaggebend für die Kassenwahlentscheidung der Versicherten war. Dieser Anreiz sollte zu stärker wirtschaftlich ausgerichteten Kassenhandeln führen. Doch der Beitragssatz reflektiert bislang überwiegend die Risikostruktur der Versicherten bzw. die Vorzüge oder Nachteile aus dem Organisationsrecht der Krankenkassen, die bestimmte Kassenarten bevorzugen oder benachteiligen. Mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der Gesetzlichen Krankenversicherung sind bereits Regelungen auf den Weg gebracht, den Risikostrukturausgleich wesentlich zu verbessern. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich wird ab 2007 dazu beitragen, dass Beitragssatzunterschiede aufgrund der unterschiedlichen Risikostruktur nicht mehr auftreten können.

Der DGB sieht im vorliegenden Gesetzentwurf einen mutigen Schritt. Wichtig ist die Absicht, Vorschriften aus dem althergebrachten Organisationsrecht der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen weiterentwickelten Anforderungen anzupassen.

Nach geltendem Recht müssen Kassen gemeinsam und einheitlich Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen oder mit den Krankenhäusern abschließen. Die Neuregelungen sehen vor, dass im Bereich der fachärztlichen Versorgung eine flexiblere Vertragsgestaltung möglich ist. Der Sicherstellungsauftrag, der für die ambulante Versorgung bislang ausschließlich bei den Kassenärztlichen Vereinigungen angesiedelt war, wird geteilt. Danach müssen Krankenkassen künftig die fachärztliche Versorgung sicherstellen, die Kassenärztlichen Vereinigungen die allgemeinärztliche Versorgung (inklusive der kinder- und augenärztlichen sowie der gynäkologischen Versorgung). Im Rahmen einer Übergangsregelung können jetzt praktizierende Fachärzte im bisherigen kollektivvertraglichen System verbleiben. Neu zugelassene Ärzte werden in der neuen Form der Einzelverträge praktizieren.

Bei der angestrebten sukzessiven Veränderung des Kollektivvertragsrecht zum Einzelvertragsrecht muss das geordnete Nebeneinander von alten und neuen Strukturen im Sinne einer bedarfsorientierten und medizinisch notwendigen Versorgung zwingend gewährleistet sein. Hierzu sind folgende Bedingungen zu erfüllen:

- ein solidarisches und paritätisch finanzierter einheitlicher Leistungskatalog,
- die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs zu einem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich,

- ein uneingeschränkter Zugang für alle Patienten und Versicherte zur Versorgung,
- die Definition verpflichtend einzuhaltender Qualitätsstandards.

Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Der vorliegende Gesetzentwurf enthält darüber hinaus wesentliche Schritte zur dringend benötigten Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, die der DGB seit langem einfordert.

Dazu gehört insbesondere die integrierte Versorgung, die durch den Abbau bürokratischer Hemmnisse gefördert werden soll. Damit wird die stärker sektorenübergreifend arbeitende integrierte Versorgung als alternative Regelversorgung außerhalb des Kollektivvertragssystems ausgebaut. Im Sinne des Aufbaus einer Versorgung der Patienten aus einer Hand ist dies als ein wesentlicher Fortschritt zu bewerten, denn nicht zuletzt haben sich die Regelungen des Gesundheits-Reform-Gesetzes 2000 als hemmend für den Aufbau integrierter Versorgungsformen entwickelt.

Die Forderung des DGB nach dem Aufbau von Gesundheitszentren sieht der Gesetzentwurf ebenfalls vor. Nach dem Vorbild der Polikliniken in den neuen Ländern können Gesundheitszentren unter neuen vertraglichen und qualitätsorientierten Bedingungen bundesweit entwickelt werden. Damit wird in der ambulanten Versorgung eine neue Betriebsform eingeführt, die eine sinnvolle betriebswirtschaftliche Alternative zur Einzelarztpraxis darstellt.

Die Verhandlungen bei der Entwicklung von Disease-Management-Programmen, aber auch die Logik der Integrierten Versorgung haben noch einmal sehr deutlich gemacht, dass integrierte Versorgungsformen nur unter Beteiligung der stationären Versorgung Sinn machen. Deswegen begrüßen wir die Regelung, dass Krankenhäuser künftig weitere Möglichkeiten erhalten, sich an der ambulanten fachärztlichen Versorgung zu beteiligen. Die Öffnung der Krankenhäuser für hochspezialisierte fachärztliche Leistungen, für Einzelverträge im Rahmen der integrierten Versorgung sowie in unterversorgten Regionen für die ambulante fachärztliche Behandlung erachtet der DGB zur Förderung und Ausbreitung der integrierten Versorgung als notwendig.

Auch die Absicht, ein Hausarztssystem einzuführen, in das sich Versicherte freiwillig einschreiben können, wird vom DGB sehr begrüßt. Ziel ist es, dass der Patient einen Lotsen bekommt, der ihn durch das unübersichtliche Gesundheitssystem leitet. Zu beachten ist aber insbesondere, dass das in den einzelnen Versorgungsbereichen vorhandene Wissen über alle medizinischen Daten des Patienten bei dem Hausarzt zusammenläuft. Daneben ist sicher zu stellen, dass für das Hausarztssystem zugelassene Ärzte über spezielle Ausbildungen und neue Qualifikationen verfügen, die den Anforderungen an einen Lotsen im System entsprechen.

Weiterentwicklung des ärztlichen Vergütungs- und Abrechnungssystems

Henriette-Herz-Platz	Telefon:
10178 Berlin	030/24060-263
Ansprechpartner:	Telefax:
Dr. Heinz Stapf-Finé	030/24060-226

Der DGB bewertet die vorgesehene Modernisierung des ärztlichen Vergütungssystems im Einklang mit der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen als notwendig und angemessen. Schon lange ist bekannt, dass das Vergütungssystem der Morbiditätsentwicklung nicht mehr angemessen ist. Für die Fachärzte sind Komplexgebühren und Fallpauschalen vorgesehen. Hausärzte sollen nach Fallpauschalen vergütet, so dass Ärzte mit einer hohen Zahl von betreuungsintensiven Patienten nicht länger benachteiligt werden. Zudem erhalten sie stärkere Anreize zur Erbringung einer höheren Qualität. Auch für kooperative Versorgungsformen sieht der Gesetzentwurf spezifizierte Fallpauschalen vor. Damit werden Vergütungsanreize geschaffen, welche die Einführung effizienter Versorgungsformen wie die integrierte Versorgung fördern.

Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung

Der DGB begrüßt die Absicht der Bundesregierung, mit den im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen der oft mangelnden Qualität in der gesundheitlichen Versorgung zu begegnen. Zur Beschreibung des unangemessenen Preis-/Leistungsverhältnisses in der Erbringung von Gesundheitsleistungen wird oft der Kauf eines Mittelklassewagens zum Preis eines Mercedes zitiert. Die vorgeschlagenen Regelungen sollen Abhilfe schaffen. Neben dem Qualitätswettbewerb über Einzelverträge für fachärztliche Leistungen soll ein Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin geschaffen werden. Ziel ist es, die medizinische Versorgung stärker an wissenschaftlichen Erkenntnissen, der sogenannten evidenzbasierten Medizin, zu orientieren. Das Zentrum erhält die folgenden Aufgaben: Bewertung medizinischer Leistungen nach ihrem medizinischen Nutzen und der Qualität der Leistungen, Erstellung von Empfehlungen für eine Fortschreibung des Leistungskatalogs, Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln, Erstellung pflegerischer Standards für ausgewählte Krankheiten.

Der DGB ist der Meinung, dass ein Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin dazu beitragen wird, die Qualität der Versorgung zu verbessern und nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen zu gestalten. Für das Gelingen ist es aber auch notwendig, dass die Arbeit des Zentrums von den Beteiligten, insbesondere von den Ärzten anerkannt wird. Deshalb muss gewährleistet sein, dass das Institut die Vorarbeiten für die Entscheidungen der gemeinsamen Selbstverwaltung leistet, die Entscheidungen aber weiterhin bei der Selbstverwaltung verbleiben. In der vorliegenden Fassung haben die Empfehlungen des Zentrums einen zu stark verbindlichen Charakter.

Ein weiterer Beitrag zur Erhöhung der Qualität in der Versorgung stellen die vorgesehenen Änderungen im Rahmen der ärztlichen Fortbildung dar, die vom DGB ausdrücklich unterstützt werden. Danach müssen Ärzte alle fünf Jahre den Nachweis der Teilnahme an verpflichtenden Fortbildungen erbringen. Erbringen sie diese Nachweise im Zeitraum angemessener Fristen nicht, können sie aus der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen werden. In dieser Maßnahme sieht der DGB ein geeignetes und sinnvolles Instrument der Förderung der ärztlichen Fortbildung sowie der Anpassung an die gängige Fort- und Weiterbildungserwartung der Unternehmen, denen sich heute alle Beschäftigten stellen müssen.

Verbesserung der Transparenz

Die von der Bundesregierung vorgesehenen Maßnahmen zur Erhöhung der Transparenz für Versicherte, Patienten, behandelnde Einrichtungen und Krankenkassen sind nach Meinung des DGB richtige Schritte, das Versorgungsgeschehen effektiver, effizienter und gesundheitspolitisch sinnvoller zu gestalten. Der Gesetzentwurf enthält eine Reihe von Verbesserungen. So sollen Patienten zukünftig auf Verlangen eine Patientenquittung erhalten, auf der sie die erstellten Leistungen und deren voraussichtliche Kosten nachvollziehen und gegebenenfalls kontrollieren können.

Ab 2006 soll die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte auf freiwilliger Basis erfolgen. Die elektronische Gesundheitskarte hat eine Reihe von Funktionen: sie dient als elektronisches Rezept, als Auslandskrankenschein für EU-Länder und als elektronische Patientenakte, die der Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Wechselwirkungen von therapeutischen Maßnahmen für die Patienten dient. Aus Sicht des DGB müssen die Regelungen des Datenschutzes sicherstellen, dass der Patient die Hoheit über seine Daten behält und Missbrauchsmöglichkeiten durch Dritte, z. B. Arbeitgeber, verhindert werden. Die Karte darf erst nach Einwilligung der Patienten genutzt werden und Zugriffsmöglichkeiten müssen klar definiert werden.

Der DGB hält die Schaffung von objektiven Datengrundlagen zur bedarfsgerechten Steuerung der Versorgung für unabdingbar und begrüßt demzufolge die Regelungen zur Datentransparenz. Krankenkassen und KBV sollen eine Arbeitsgemeinschaft zur Datentransparenz bilden. Aufgabe wird es sein, eine versichertenbezogene Stichprobe mit Abrechnungs- und Leistungsdaten sektorenübergreifend aufzubauen. Dies wird einen erheblichen Durchbruch für die Gesundheitsberichterstattung, die Gesundheitsversorgungsforschung, aber auch für die Gesundheitsplanung bedeuten. So können Routinedaten ermittelt werden, die es erlauben, den Weg der Versicherten über die Versorgungssektoren hinweg zu verfolgen und entsprechende Anhaltspunkte zur Optimierung der Versorgung zu erhalten. Klare Regelungen zur Pseudonymisierung müssen sicher stellen, dass der Datenschutz gewährleistet ist.

Verbesserung der Arzneimittelversorgung

Der vorliegende Gesetzentwurf enthält eine Reihe von Maßnahmen zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung unter der Zielsetzung einer besseren Wirtschaftlichkeit, die vom DGB begrüßt werden. So soll der bundeseinheitliche Apothekenverkaufspreis für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel durch eine Liberalisierung der Arzneimittelpreisverordnung aufgehoben werden. Im Distributionsbereich soll der Versandhandel zugelassen und das Mehrbesitzverbot für Apotheken gelockert werden. Aus Sicht des DGB sind diesen Maßnahmen zuzustimmen, da sie zu einer rationaleren und kostengünstigeren Arzneimittelversorgung beitragen ohne die Qualität der Arzneimittelversorgung für Patienten einzuschränken. Zudem wird der gesetzliche Rahmen für Vereinbarungen zwischen Arzneimittelherstellern und Kassen über Rabatte ausgeweitet. Allerdings ist hier anzuregen, diese Verträge nicht nur - wie

vorgesehen - gemeinsam und einheitlich abzuschließen; vielmehr sollte eine weitere Öffnung des Vertragswesens erfolgen.

Ferner ist vorgesehen, nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus der GKV-Erstattungspflicht herauszunehmen. Bei der Herausnahme nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus der Erstattung ist darauf zu achten, dass der Einspareffekt nicht durch Ausweichen auf teurere Arzneimittel zu Lasten der GKV konterkariert wird bzw. Patienten sachgerecht indizierte Medikamente auch erhalten. Die Einbeziehung patentgeschützter Analogpräparate in die Festbetragsregelung ist im Sinne einer kostengünstigeren Arzneimittelversorgung grundsätzlich zu begrüßen. Bei der Festbetragsregelung sollte nach drei bis fünf Jahren allerdings geprüft werden, ob die Einordnung in das Festbetragsregime beibehalten werden soll.

Erhöhung der Zuzahlungen

Der vorliegende Gesetzentwurf sieht eine Reihe von Maßnahmen vor, die die Zuzahlungsregelungen für Patienten neu definieren. Dabei gibt es einerseits Regelungen, die einen gesundheitspolitisch sinnvollen Steuerungseffekt hervorbringen, andererseits sind erhebliche Zuzahlungserhöhungen vorgesehen, die lediglich das Ziel der Einnahmeverbesserung der GKV dienen zu Lasten der Kranken verfolgen. Die Zuzahlung für Arzneimittel soll je nach Packungsgröße von bisher 4/4,50/5 Euro auf 4/6/8 Euro erhöht werden. Daneben ist die Einführung einer Praxisgebühr von 15 Euro beim Besuch eines Facharztes ohne Überweisung des Hausarztes vorgesehen. Schließlich soll auch die Zuzahlung für Krankenhausaufenthalte von 9 auf 12 Euro am Tag angehoben werden. Der DGB lehnt die genannten Zuzahlungserhöhungen ab. Steuerungswirkungen sind von diesen Erhöhungen nicht zu erwarten, da Patienten weder Arzneimittelverordnungen noch Krankenhausaufenthalte selbst indizieren und somit ein bewussteres Verhalten erzielt werden könnte.

Der DGB befürwortet dagegen die Reduzierung der Zuzahlung für Versicherte, die sich am Hausarztssystem, an Disease-Management-Programmen oder an einer integrierten Versorgung beteiligen. Zu prüfen ist jedoch, ob die Anreizfunktion stärker ausgestaltet werden muss. So sollten Versicherte, die sich an den besonderen Versorgungsformen beteiligen, gänzlich von Zuzahlungen befreit werden.

Neuordnung der Finanzierung

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 kritisiert, dass die Höhe des Bundeszuschusses abhängig gemacht wird von den Erlösen aus der Tabaksteuererhöhung, deren tatsächliches Volumen derzeit nicht abschätzbar ist. Es ist allerdings davon auszugehen, dass die Einnahmen aus der Tabaksteuererhöhung eine Kompensation der Ausgaben für versicherungsfremde Leis-

tungen von ca. 3,5 Milliarden Euro jährlich nicht ermöglichen werden. Zudem ist die Festschreibung der Beteiligung des Bundes ab 2007 auf dem Vorjahresniveau der Mehreinnahmen nicht gerechtfertigt.

Der DGB lehnt die Vorschläge des vorliegenden Gesetzentwurf zur Neuordnung der Finanzierung 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.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung, dass künftig Arbeitnehmer 53 Prozent und Arbeitgeber 47 Prozent des Beitragssatzes der Gesetzlichen Krankenversicherung finanzieren sollen. Dass mit der Verschiebung der Parität das Krankengeld von den Beschäftigten künftig allein finanziert werden soll, findet sich jedoch nur noch in der Begründung zu dem Gesetzestext. 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.

Der DGB lehnt die vorgesehene Regelung, wonach Rentner mit Versorgungsbezügen und Einkommen aus selbständiger Arbeit mit dem vollen GKV-Beitragssatz 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.

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 Neuordnung der Finanzierung der GKV große Gefahren und lehnt diese ab.

Der DGB will Finanzierung der GKV zukünftig gerechter gestalten und niedrigere Beitragssätze erreichen.

Unbestritten ist, dass sich die Finanzierungsprobleme der GKV seit 20 Jahren beständig verschärft haben. Die in diesem Zeitraum zu registrierenden Beitragssatzsteigerungen von durchschnittlich 12 % auf 14 % sind zu einem erheblichen Teil auf eine sinkende Lohnquote, d. h. den Anteil der Arbeitnehmer und Rentner am Volkseinkommen, zurückzuführen. Die hohe Arbeitslosigkeit, der kontinuierlich wachsende Anteil der Rentner an den GKV-Mitgliedern sowie ein stagnierendes Niveau der Reallöhne haben die Beitragszahlerinnen stärker belastet als die Ausgabensteigerungen. Hinzu kommen staatlicherseits verfügte Entlastungen anderer Sozialversicherungszweige und des Bundeshaushaltes zu Lasten der GKV („Verschiebebahnhöfe“). Eine Reform der GKV-Finanzierung steht daher neben den

dringend notwendigen Strukturveränderungen auf der gesundheitspolitischen Reformagenda weit vorne. Die Leitlinie für eine Reform der Finanzierungsgrundlagen der GKV muss sowohl aus volkswirtschaftlichen wie aus sozialen Gründen die Stärkung des Solidaritätsprinzips sein. Nur so ist unser Anspruch einzulösen, allen Bürgern den gleichen Zugang zu einer guten medizinischen Versorgung zu garantieren.

Der in der Diskussion befindliche Vorschlag, die solidarische Beitragsfinanzierung durch eine über Kopfpauschalen finanzierte private Pflichtversicherung zu ersetzen, lehnt der DGB ab. Die Umstellung der GKV-Finanzierung auf Kopfpauschalen führt zu sozialer Ungerechtigkeit und trägt nichts zur Verbesserung von Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen bei. Unabhängig von der konkreten Ausgestaltung, würden insbesondere Familien der unteren und mittleren Einkommensgruppen benachteiligt. Die von privaten Versicherungsgesellschaften und Unternehmerverbänden geforderte Finanzierung eines sozialen Ausgleichs über die Einkommenssteuer würde nicht nur eine volkswirtschaftlich unsinnige staatliche Subventionsspirale in Gang setzen. Diese Finanzierung ist auch außerordentlich intransparent und verkompliziert das Steuerrecht, anstatt es, wie allgemein gefordert, zu vereinfachen. Zudem würde die Gestaltung des Gesundheitswesens zunehmend stärker haushalterischen Gesichtspunkten unterliegen und nicht primär auf die Bedürfnisse von Versicherten und Patienten ausgerichtet sein.

Der DGB schlägt eine Reform der GKV-Finanzierung mit folgenden Eckpunkten vor:

- Die Beiträge orientieren sich strikt am Prinzip der Leistungsfähigkeit. Die paritätische Finanzierung durch Versicherte und deren Arbeitgeber bleibt bestehen.
- Geprüft werden sollte die Erweiterung der Versicherungspflicht auf weitere Personkreise. Beamtinnen und Beamte sollten ein Wahlrecht zwischen Beihilfe und privater Versicherung sowie freiwilliger Mitgliedschaft in der GKV und hälftigem Arbeitgeberanteil erhalten.
- Die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen bleibt erhalten.
- Die Versicherungspflichtgrenze sollte schrittweise angehoben werden. Damit würden Gutverdienende, die sich bisher privat absichern können, in die GKV einbezogen. Die Beitragssätze der Krankenkassen könnten dadurch gesenkt werden.
- Die Beitragsbemessungsgrenze sollte ebenfalls angehoben werden. Da die Summe der beitragspflichtigen Entgelte dadurch steigt, können die Beitragssätze entsprechend niedriger ausfallen. Die Belastung der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber bliebe unverändert. Die Verteilung der Belastung allerdings ändert sich: Einkommen bis zur derzeitigen Beitragsbemessungsgrenze würden entlastet, höhere Einkommen würden stärker als bisher zur Finanzierung herangezogen. Entsprechend würden Arbeitgeber je nach Beschäftigtenstruktur ent- oder belastet.
- Die Krankenversicherungsbeiträge der Bezieher von Arbeitslosengeld I und II werden wieder auf das vor der Arbeitslosigkeit von den Betroffenen erzielte Einkommen

bezogen.

- Die Finanzierung der sogenannten versicherungsfremden Leistungen in der GKV muss aus Steuermitteln erfolgen. D.h. der gesetzlichen Krankenversicherung ist ein Bundeszuschuss zu zahlen oder für bestimmte Leistungen, z. B. Leistungen, die keinen direkten Krankheitsbezug aufweisen, die Kosten zu erstatten. Es muss sichergestellt sein, dass alle steuerfinanzierten Leistungen der GKV weiterhin Leistungen der Krankenkassen bleiben und nicht als Aufgaben anderen Stellen übertragen werden.
- Der kassenartübergreifende Risikostrukturausgleich (RSA) wird zu einem morbiditätsorientierten RSA weiterentwickelt, da nur mit diesem ein Wettbewerb in der GKV möglich ist, der das Solidaritätsprinzip nicht beschädigt.

Der DGB hält am Prinzip der paritätischen Beitragsfinanzierung fest und lehnt alle Vorschläge ab, die auf eine stärkere Belastung der Versicherten – insbesondere der unteren und mittleren Einkommen - hinauslaufen:

Der DGB will mit diesen Eckpunkten zur Finanzierung der GKV die solidarische Krankenversicherung zukunftssicher machen. Den Herausforderungen einer älter werdenden Gesellschaft und neuen technologischen Anforderungen in der Medizin kann mit diesen Maßnahmen wirksam begegnet werden.

Die Defizite in der Versorgung von PatientInnen sind nicht einem Mangel an Geld im Gesundheitswesen geschuldet, sondern überkommenen Versorgungsformen und –strukturen. Deswegen geht es uns nicht um ein „Mehr Geld in's System“, sondern in erster Linie um Strukturreformen. Mit weiteren Belastungen der Versicherten und PatientInnen werden die Probleme nicht gelöst, sondern verschärft.

Fazit:

Aus Sicht des DGB wird der vorliegende Gesetzentwurf den Forderungen des DGB nach einer Strukturreform im Gesundheitswesens gerecht und erfährt mit Ausnahme der im speziellen Teil aufgeführten Verbesserungsvorschläge unsere volle Zustimmung. Die Regelungen zielen auf die Verbesserung der Qualität, auf die dringende Reform der Versorgungsstrukturen und auf die Entwicklung eines Wettbewerbs um qualitativ hochwertige Leistungen. Damit findet der DGB sich auf der Grundlage seiner erarbeiteten Reformvorstellungen wieder.

Der DGB lehnt jedoch die Regelungen zur Neuordnung der Finanzierung ab. Wir schlagen stattdessen vor, erste Schritte der Weiterentwicklung der GKV zu einer Erwerbstätigenversicherung bereits jetzt anzugehen. Nur so können sie schon ab 2004 eine entlastende Wirkung auf die Beitragssätze entfalten.

Spezieller Teil

1. Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung (Artikel I, SGB V)

Pflicht zur fachlichen Fortbildung

Zu Nummer 49 (§ 95d)

Die Einführung einer Pflicht zur fachlichen Fortbildung wird begrüßt. Sie schafft mehr Transparenz und mehr Qualität. Damit kann sich jede Patientin und jeder Patient darauf verlassen, dass qualitätsgesicherte Fortbildung von jedem Vertragsarzt in Anspruch genommen wurde. Ebenso werden Ärztinnen und Ärzte, die sich schon bisher regelmäßig fortgebildet haben, nicht mehr gegenüber fortbildungsunwilligen Kollegen benachteiligt.

Bisher enthält das Krankenversicherungsrecht keine Regelung, die absichert, dass der Vertragsarzt oder die Vertragsärztin das Fachwissen, das zu Beginn der Berufstätigkeit erworben wurde, im Laufe der vertragsärztlichen Tätigkeit aktualisiert und an die Fortschritte der Medizin anpasst wurde. Auch wenn anzuerkennen ist, dass einige Ärztekammern Aktivitäten entwickelt haben, die Inanspruchnahme von Fortbildung zu verbessern, geschah dies bisher auf unterschiedlichem Qualitätsniveau. Unzureichende Praxisrelevanz, die Vernachlässigung praktischer und interpersoneller Kompetenzen sowie eine eingeschränkte Glaubwürdigkeit vieler Angebote durch mangelnde Neutralität oder Transparentmachung der Qualität der Fortbildungen waren festzustellen. Eine generelle vertragsärztliche Pflicht, den Nachweis über die Übereinstimmung des eigenen Kenntnisstandes mit dem aktuellen medizinischen Wissen zu erbringen, besteht nämlich bisher nicht. Diese Lücke schließt der Gesetzgeber mit der in § 95d geregelten Pflicht zur fachlichen Fortbildung der Vertragsärzte.

Die Neuregelung ist auch deshalb erforderlich, weil sich das medizinische Wissen pro Jahrzehnt in etwa verdoppelt und

sich die Auffassungen von und die Anforderungen an die „gute ärztliche Praxis“ deutlich innerhalb weniger Jahre verändern (vgl. auch Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Gutachten 2000/2001).

Begrüßt wird auch die Vorgabe, dass die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen auf Empfehlungen des Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin Art, Inhalt und zeitlichen Umfang der Fortbildung festlegen. Dadurch wird insbesondere die wissenschaftliche Neutralität der Fortbildungsinhalte gewährleistet.

Die Pflicht zur fachlichen Fortbildung in § 95d gilt gemäß § 72 Abs. 1 nicht nur für Ärzte, sondern auch für Zahnärzte und Psychologische

Psychotherapeuten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

Notwendig wäre allerdings, dass qualifizierte Fortbildungsmaßnahmen aufgrund von Empfehlungen des Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin für alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen verpflichtend angeboten werden. Aufgrund des verstärkten Wettbewerbs zwischen den Einrichtungen des Gesundheitswesens sind solche, die Qualität betreffenden Vorgaben erforderlich. Die Regelungen im fünften bis neunten Abschnitt dieses Kapitels sollten daher nicht allein auf vertraglicher Grundlage entstehen, sondern verpflichtend Empfehlungen des Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin berücksichtigen.

Verpflichtung zur Qualitätssicherung

Zu Nummer 81 (§ 135a Abs. 2)

Mit dieser Änderung wird die Verpflichtungen zum Qualitätsmanagement auf Vertragsärzte, Psychotherapeuten, Vertragszahnärzte, Erbringer von ambulanten Vorsorgeleistungen und Rehabilitationsmaßnahmen sowie auf Leistungserbringer, die Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für Mütter und Väter durchführen, ausgedehnt. Damit werden Leistungserbringer im ambulanten Bereich erstmals auch gesetzlich verpflichtet, systematisch und umfassend die Qualität ihrer Arbeit zu hinterfragen und Anstrengungen zu unternehmen, die Qualität ihrer Leistungen zu verbessern. Die jeweiligen Vertragspartner haben diese Maßnahmen durch Vereinbarungen zu konkretisieren.

Qualitätsprüfung im Einzelfall

Zu Nummer 82 (§ 136)

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben Qualitätssicherungsmaßnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung zu fördern und durch die Qualitätsprüfungen das Ergebnis ihrer Bemühungen zu bewerten

Sie haben eine stärkere Verpflichtung die Qualitätssicherungsmaßnahmen der Vertragsärzte zu fördern. Um die Effektivität dieser Maßnahmen zu gewährleisten, sind Ziele der Qualitätssicherung festzulegen, diese sowie ihre Ergebnisse zu dokumentieren und in geeigneter Form, insbesondere auch über das Internet, allgemein zugänglich zu machen.

Dadurch wird die Transparenz gefördert.

Der Datenschutz ist einzuhalten.

Die Anforderungen insgesamt werden bundeseinheitlich gestaltet.

Qualitätssicherung in der vertrags(zahn-)ärztlichen Versorgung

Zu Nummer 83 (§ 136a) und zu Nummer 84 (§ 136b Abs. 1)

Die Veränderungen bewirken, dass die Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Richtlinien die Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement festzulegen haben.

Es handelt sich um grundlegende Mindestanforderungen, die einrichtungsspezifische Gegebenheiten und Bedingungen „vor Ort“ berücksichtigen. Für die Zahnärzte ist eine gleichlautende Regelung vorgesehen.

Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern

Zu Nummer 85 (§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2)

Durch die Ergänzung sind als Mindestanforderungen an die Strukturqualität auch Vereinbarungen zu Fortbildungspflichten der im Krankenhaus tätigen Fachärzte zu treffen. Die zu erstellenden Qualitätsberichte müssen künftig auch den Aspekt der Fortbildung miteinfassen. Der Versorgungsvertrag mit einem zugelassenen Krankenhaus kann gekündigt werden, wenn dieses nicht die Gewähr für eine leistungsfähige, qualitätsgesicherte Krankenhausbehandlung bietet. Dies ist der Fall, wenn das Krankenhaus nicht in ausreichendem Maße qualifiziertes ärztliches Personal vorhält und deshalb die Versorgungsqualität gravierend gefährdet ist. Eine solche Regelung wird begrüßt. Unter der Prämisse, dass für eine gute Krankenhausbehandlung qualifiziertes hauswirtschaftliches, pflegerisches und therapeutisches Personal erforderlich ist, muss diese Qualitätsanforderung über den ärztlichen Bereich hinaus gelten.

Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung und Patientenbeauftragte/r

Zu Nummer 86 (§ 137b Satz 5)

Die Vorschrift regelt die Beteiligung der oder des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der PatientInnen der Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung. Dadurch wird Patientenbeteiligung gestärkt.

Ausschuss Krankenhaus und Qualitätszentrum

Zu Nummer 86a (§ 137c)

In die Entscheidungen des Ausschusses Krankenhaus zur Qualität der stationären medizinischen Versorgung sind die Empfehlungen des neuen Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin über Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus einzubeziehen. Des weiteren wird das BMGS zum Erlass einer Rechtsverordnung ermächtigt, die sicherstellen soll, dass die Empfehlungen des Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin Verbindlichkeit für den Akutkrankensektor erlangen.

Zu Nummer 87 (§ 137d Abs. 2)

Durch die Einfügung wird bestimmt, dass im ambulanten Vorsorge- oder Rehabilitationsbereich Anforderungen zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagements festzulegen sind. Die Vorgaben beschränken sich auf grundlegende Mindestanforderungen, um Qualitätsmanagement den jeweiligen Bedürfnissen entsprechend individuell zu entwickeln.

Koordinierungsausschuss

Zu Nummer 88 (§ 137e) und zu Nummer 89 (§ 137f Abs. 2)

Zur Sicherstellung der Entscheidungsfähigkeit des Koordinierungsausschusses wird gesetzlich die Beschlussfassung nach dem Mehrheitsprinzip vorgeschrieben. Dies wird begrüßt, weil in der Vergangenheit das Gebot der Einvernehmlichkeit zu Blockaden geführt hat. So werden auch erforderliche Empfehlungen zu den Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme erleichtert.

Qualitätssicherung bei Hilfsmitteln

Zu Nummer 90 (§ 139)

Der Entscheidungsprozeß zur Aufnahme neuer Hilfsmittel in das Hilfsmittelverzeichnis wird beschleunigt. Der Gesetzgeber schreibt künftig eine Entscheidung der Spitzenverbände der Krankenkassen innerhalb einer Frist von höchstens sechs Monaten vor.

Ebenso haben die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich Empfehlungen für Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung von Hilfsmittelerbringern abzugeben.

Die kontinuierlichen Fortbildung für Hilfsmittelerbringer ist eine notwendige Voraussetzung dafür, dass die Hilfsmittelerbringer die Versicherten entsprechend dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse versorgen können. Sie sollen durch geeignete, kontinuierliche Fortbildungsmaßnahmen zur Qualitätssicherung und –verbesserung beitragen können.

Gesundheitszentren

Zu Nummer 47 (§ 95)

Es wird ausdrücklich begrüßt, dass neben den Vertragsärzten künftig auch Gesundheitszentren im Bereich der haus-, augen- und frauenärztlichen Versorgung mit den Vertragsärzten gleichberechtigt als zugelassene Leistungserbringer an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen können. Da wie künftig bei niedergelassenen Fachärztinnen und –ärzten nur auf Grund von Einzelverträgen eine fachärztliche Leistung erbracht werden kann, ist es sehr sinnvoll, bereits bestehenden Gesundheitszentren einen Bestandsschutz zu gewähren. Dies wurde mit der Änderung in § 311 Absatz 2 (Nr.164) erreicht.

Gesundheitszentren sollen als juristische Personen von privaten oder öffentlichen Trägern betrieben werden können und ihre vertragsärztlichen Leistungen durch angestellte Ärztinnen und Ärzte erbringen. Ebenso können andere Leistungserbringer (z.B. Pflegedienste, Hilfsmittelerbringer etc.) sich den Zentren anschließen und in enger Abstimmung mit den dort angestellten Ärzten Leistungen erbringen. Damit wird eine für die Patientenversorgung sehr sinnvolle Möglichkeit eröffnet, eine Versorgung „aus einer Hand“ anzubieten. Damit wird die Kooperation zwischen den Berufen des Gesundheitswesens in dieser Organisationsform gestärkt.

Positiv ist weiterhin, dass insbesondere jungen Ärzten eine Möglichkeit, eröffnet wird, an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen, ohne die mit einer Praxisgründung verbundenen wirtschaftlichen Risiken eingehen zu müssen

Nicht schlüssig ist allerdings, dass Krankenhäuser, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nicht Gesundheitszentren einrichten können. Gerade für den stationären Sektor würde

dies einen großen Schritt in Richtung einer echten integrierten Versorgung bedeuten, die Gesundheitsförderung, Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege verbindet und die Versorgungseinrichtungen mit den Leistungserbringer verzahnt.

Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin

Zu Nummer 91 (§§ 139a – 139l)

Die Einrichtung des Zentrums wird begrüßt.. Es dient auch der stärkeren Einbeziehung von PatientInneninteressen in Entscheidungen der gemeinsamen Selbstverwaltung. Die Durchsetzung dieser Einrichtung ist nachdrücklich zu unterstützen.

Das Zentrum für Qualität in der Medizin schafft die wissenschaftlichen Grundlagen für eine umfassende und unabhängige Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung. Besondere Schwerpunkte sind die Stärkung der Patienten- und Versichertenautonomie, die Weiterentwicklung des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sowie die Bewertung medizinischer Technologien bezüglich ihrer Kosten und Nutzen und die Bereitstellung von Handlungsempfehlungen für alle Ebenen der Gesundheitsversorgung. Die ausgesprochenen Empfehlungen und Bewertungen werden nach einem standardisierten wissenschaftlichen Verfahren entwickelt und veröffentlicht. Bei den Bewertungen und Empfehlungen werden die Qualität, der medizinische Nutzen und die Wirtschaftlichkeit der bewerteten Technologien nach § 12 Abs. 1 berücksichtigt. Das Zentrum berichtet zudem in regelmäßigen Abständen über alle Arbeitsprozesse und –ergebnisse.

Von besonderer Bedeutung ist, dass das Zentrum selbst nur über einen kleinen Stab von ca. 10 bis 20 fest angestellten Mitarbeitern verfügt und als Netzwerk aufgebaut ist, das sich zur Durchführung seiner Aufgaben externen Sachverständigen bedienen kann.

Wichtig ist, dass den PatientInnen neue Arzneimittel nach der Zulassung zeitnah zur Verfügung stehen. Bei der Kosten-Nutzen-Bewertung sollte eine Entscheidungsüberprüfung nach Ablauf von etwa 3 Jahren vorgesehen werden.

Die Aufgaben des Zentrums umfassen

- die Bereitstellung von Informationen über Leistungen, Maßnahmen der Qualitätssicherung und Qualitätsindikatoren in der ambulanten und stationären Versorgung. Das Zentrum erarbeitet Standards, an Hand derer Qualitätssicherungsmaßnahmen und Indikatoren bewertet und veröffentlicht werden. Anbieter, die Maßnahmen der Qualitätssicherung veröffentlichen, müssen auch Angaben zu der durch die Maßnahmen erreichten Ergebnisqualität machen.
- Die Bereitstellung von Informationen gemäß den besten verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen zu Diagnostik und Therapie in der Medizin. Dazu werden nach standardisierten wissenschaftlichen Verfahren Auswertungen der Literatur durchgeführt und diese als Health Technology Assessment in einer Experten-, Anwender- und Patientenversion veröffentlicht.
- Die Erstellung von evidenzbasierten Leitlinien und pflegerischen Standards in verständlicher Form für Ärzte und Patienten für ausgewählte Krankheiten. Bei der Auswahl der Krankheiten und medizinischen Verfahren sind die Anzahl der von einer Krankheit betroffenen Versicherten, die Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung, ein sektorenübergreifender Behandlungsbedarf, ein hoher finanzieller Aufwand der Erkrankung, die Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des

Versicherten sowie der Beitrag zu hausärztlichen Versorgung zu berücksichtigen. Die evidenzbasierten Leitlinien werden in elektronischen und nicht elektronischen Medien veröffentlicht. Zudem unterstützt das Zentrum die Implementierung und Disseminierung der Leitlinien beispielsweise durch Auslegen von Patientenleitlinien in Hausarztpraxen und der Organisation von Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte. Pro Jahr sollten mindestens 5 bis 7 Leitlinien bearbeitet werden, die innerhalb von 18 Monaten fertig gestellt werden sollen. Zusätzlich zu den Leitlinien definiert das Institut für die jeweiligen Erkrankungen nationale Versorgungsziele unter besonderer Berücksichtigung von Maßnahmen der Prävention. Diese Versorgungsziele dienen als Benchmark für die Definition von Über-, Unter- und Fehlversorgung. Häufige Abweichungen von evidenzbasierten Versorgungsstandards sollten in einem Leitlinienbericht ausformuliert werden, um eine kritische öffentliche Diskussion anzustoßen.

- Das Zentrum erarbeitet Berichte, Gutachten und Stellungnahmen zur Qualität der im Rahmen der GKV erbrachten Leistungen. Insbesondere wird dabei der Aspekt der Über-, Unter und Fehlversorgung berücksichtigt. Dazu werden Indikatoren für den ambulanten und stationären Bereich entwickelt. Die Indikatoren sollten auch zur Kombination mit Vergütungsanreizen geeignet sein.
- Das Zentrum gibt gemäß § 139c GMG Empfehlungen an die Bundesausschüsse und den Ausschuss Krankenhaus ab.
- Das Zentrum gibt Empfehlungen an die Krankenkassenverbände über Referenzarzneimittel zur Bildung eines öffentlichen Festbetrags ab. Zudem bewertet es die Kosten-Effektivität neu zuzulassender Arzneimittel. Die pharmakoökonomischen Studien sind von geeigneten, möglichst unabhängigen Institutionen durchzuführen. Das Zentrum gibt dazu Leitlinien zur pharmakoökonomischen Evaluation heraus, die die spezifischen Anforderungen an die Durchführung und Bewertung von gesundheitsökonomischen Evaluationen von Arzneimitteln in Deutschland beinhalten. Die Leitlinien dienen den Antragstellern und den durchführenden Institutionen als Checkliste bei der Durchführung der gesundheitsökonomischen Studien. Dazu spezifizieren sie das Vorgehen bei der Auswahl der vergleichenden Alternativtherapie, die zu berücksichtigenden Kostenkomponenten und Outcomeparameter sowie die Wahl von Perspektive und Evaluationsmethode. Die Bewertung des Nutzens und der Kosten-Effektivität der Arzneimittel wird durch das Zentrum in Form eines Health Technology Assessment durchgeführt. Dazu kann nach öffentlicher Ausschreibung Evidenz von allen interessierten Stellen eingereicht werden. Die Pharmaunternehmen müssen folgende Daten zur Verfügung stellen:
- Detaillierte pharmakologische und medizinische Informationen zum neuen Medikament und dessen möglichen Indikationsgebieten in der GKV
- Detaillierte Daten existierender wissenschaftlicher Studien bestehender Alternativmedikamente für die (Haupt)indikation
- Daten und Informationen zu von ihnen durchgeführten gesundheitsökonomischen Modellierungen bzw. Simulationen
- Informationen zum geschätzten Ausmaß des zukünftigen Einsatzes des Medikamentes in der GKV

Aufgabe des Zentrums ist es, die Qualität und Evidenz der eingereichten Studienergebnisse und Daten zeitnah zu prüfen sowie eine Bewertung des Nutzens und der

Kosten-Effektivität aus zu sprechen. Der Nutzen eines Medikamentes kann nach § 35 a und b GMG differenziert werden.

Das Zentrum arbeitet auf dem Boden der Methoden der evidenzbasierten Medizin und sollte wo immer möglich durch Ausschreibungen auf externe Experten zurückgreifen. Der Verfahrensprozess muss transparent sein. Dazu werden vom Zentrum Leitlinien für die Erstellung von Berichten durch externe Arbeitsgruppen herausgegeben. Alle externen Arbeitsgruppen müssen alle möglichen Interessenskonflikte offen legen.

In § 139 a Abs. 1 werden diejenigen Akteure und Institutionen genannt, die die Aufgabe einer unabhängigen wissenschaftlichen Bewertung des Zentrums erfüllen sollen. An dieser Stelle bedarf es einer Regelung, die gewährleistet, dass die Erkenntnisse des Frauengesundheitsberichtes der Bundesregierung sowie Erfahrungen von Frauen-Gesundheitszentren Eingang in die Arbeit des Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin finden. Hierzu ist die Mitarbeit des AKF-Netzwerkes sowie der Expertinnen des Frauengesundheitsberichtes erforderlich.

Wir begrüßen die in § 139b Abs. 1 geforderte Berücksichtigung geschlechts-, alters- und lebenslagenspezifischer Besonderheiten bei der Erfüllung der in § 139c beschriebenen Aufgaben.

Das in der Begründung gewählte Beispiel ist in der Formulierung nicht ganz klar. Präzise müsste es heißen: „So ist beispielsweise bekannt, dass die Arzneimitteltherapie sich derzeit überwiegend an einem durchschnittlichen Körpergewicht orientiert und alters- und geschlechtsspezifische Besonderheiten nicht ausreichend entsprochen wird. Auch im Rahmen von Studien wird diesen Aspekten nicht ausreichend Rechnung getragen.“ Damit wird deutlich, dass nicht nur in der Forschung sondern auch in der Therapie die Berücksichtigung alters- und geschlechtsspezifischer Aspekte dringend geboten ist. Wir begrüßen die Beachtung von Lebensumständen, wie die berufliche und familiäre Situation. Dies entspricht den Anforderungen einer geschlechtersensiblen Gesundheitspolitik, wie sie im Frauengesundheitsbericht aufgrund von empirischen Studien formuliert worden ist.

Zu begrüßen ist die in § 139f. Abs. 1 geregelte paritätische Besetzung mit Frauen und Männern des vom BMGS im Zusammenhang mit der Errichtung des „Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin“ einberufenen Kuratoriums (Institutionen der Selbstverwaltung, LeistungserbringerInnen, NutzerInnen), welches seinerseits die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirates für das Zentrum bestimmt.

Schiedsamt (§ 89)

Nummer 45

Die unparteiischen Mitglieder erhalten erhöhte Entscheidungskraft.

Die Schiedsamsregelungen werden verbessert und Entscheidungen beschleunigt.

2. Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Vertragsärztliche Versorgung (§ 73 Abs. 1a SGB V) und Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung durch Einzelverträge (§ 106b SGB V)

Die Sicherstellungsverpflichtung in der ambulanten Versorgung wird in § 73 Abs. 1a neu geregelt. Im Kollektivvertragssystem verbleiben die hausärztliche, frauenärztliche und augenärztliche Versorgung. Bereits zugelassene Fachärzte verbleiben zunächst im durch die Kassenärztlichen Vereinigungen organisierten kollektivvertraglichen System, erhalten jedoch die Möglichkeit, für das neue Einzelvertragssystem (Verträge nach § 106b SGB V) zu optieren. Neuzugänge in die fachärztliche Versorgung (mit der genannten Einschränkung) erfolgen nur noch über Einzelverträge mit den Kassen. Somit geht die Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung auf die Krankenkassen über.

Das Nähere zur fachärztlichen Versorgung durch Einzelverträge regelt § 106b SGB V.

- Abs. 1: Krankenkassen oder ihre Verbände auf Landesebene schließen zur ambulanten fachärztlichen Versorgung Einzelverträge mit Ärzten und Psychotherapeuten, Gesundheitszentren oder geeigneten Krankenhausärzten, soweit Unterversorgung besteht.
- Abs. 2: Ein Anspruch auf Vertragsabschluss besteht nicht. Die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots muss ausgeschrieben werden. Vertragsbestimmungen, die einen Leistungserbringer exklusiv an eine Kasse oder einen Verband binden, gelten nicht.
- Abs. 3: Verpflichtender Bestandteil der Verträge ist die Geltung der Richtlinien der Bundesausschüsse nach § 92. Bei der Regelung zur Vergütung gelten die amtlichen Gebührenordnungen nicht.
- Abs. 4: Alle fünf Jahre haben die Ärzte bzw. Psychotherapeuten einen Fortbildungsnachweis zu erbringen. Nach einer Nachfrist von einem Jahr ist der Vertrag zu kündigen.
- Abs. 5: Die Landesverbände der Kassen und die Kassen selbst haben die fachärztliche Versorgung sicherzustellen. Die Spitzenverbände der GVK legen hierzu gemeinsam und einheitlich bis 30. Juni 2004 die Rahmenbedingungen fest.
- Abs. 6: Zur Vermeidung von Versorgungslücken können Verträge mit Krankenhäusern zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung abgeschlossen werden. Zudem haben nach Ablauf der Verträge die Leistungserbringer für ein halbes Jahr eine nachwirkende Vertragspflicht, wenn ansonsten die Sicherstellung gefährdet ist.
- Abs. 7: Bereits praktizierende Fachärzte erhalten ein Optionsrecht, im Kollektivvertragsrecht zu verbleiben oder das Vertragsmodell zu wählen. Dies Option muss bezüglich des gesamten Leistungsspektrums gewählt werden.
- Abs. 8/Abs. 9: Die Gesamtvergütung ist zu bereinigen bei Beendigung der Teilnahme eines Leistungserbringers an der kollektivvertraglichen Versorgung im Zusammenhang mit dem Übergang des Sicherstellungsauftrags auf die Krankenkassen.
- Abs. 10: Die Pflicht zur Qualitätsprüfung im Einzelfall durch Stichproben wird auf die Krankenkassen übertragen.

Der DGB fordert den Gesetzgeber auf, zur Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung Einzelverträge unter strengen Qualitätskriterien zu ermöglichen. Dabei ist zu gewährleisten, dass die Transparenz der fachärztlichen Versorgung verbessert und der qualitativ konditionierte Wettbewerb im Sinne der DGB-Vorstellungen ermöglicht wird (einheitlicher Leistungskatalog, morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, uneingeschränkter Zugang, Definition von Qualitätsstandards). Der Wettbewerb darf nicht wie in der Vergangenheit um die besten Risiken und niedrigsten Kosten geführt werden, sondern ausschließlich um die Qualität der Versorgung.

Wettbewerb ist im Gesundheitswesen kein Ziel an sich. Wettbewerb im Gesundheitswesen muss immer ein Instrument sein, mit dem das eigentliche Ziel erreicht werden soll. Dieses Ziel die Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung, die allen Patienten und Versicherten zu Gute kommt. Die Ausgestaltung des Wettbewerbs im solidarischen Gesundheitswesen wird sich an dieser Zielrichtung orientieren müssen, anderenfalls ist er verfehlt. Notwendig ist daher die Definition eines Wettbewerbsrahmens für die solidarische Krankenversicherung, innerhalb dessen sich die Beteiligten zu bewegen haben. Eine solidarische Wettbewerbsordnung ist die Basis für einen Qualitätswettbewerb, der zu mehr Effizienz führt und nicht auf dem Rücken der PatientInnen ausgetragen wird.

Daher ist eine für die Versicherten produktive Weiterentwicklung des Wettbewerbs an die folgenden Bedingungen zu knüpfen:

- Voraussetzung für den Ausbau der solidarischen Wettbewerbsordnung ist ein solidarisch und paritätisch finanzierter, einheitlicher Leistungskatalog. Nur auf dieser Grundlage kann ein weiterer Wettbewerb um zahlungsfähige Versicherte verhindert werden. Der Wettbewerb soll sich auf die Frage konzentrieren, wer gute Qualität günstig anbietet. Die Frage, welche Leistungen eine Kasse finanziert, sollte nicht Gegenstand des Wettbewerbs werden.
- Eine weitere Voraussetzung für den Ausbau der solidarischen Wettbewerbsordnung ist, dass der Risikostrukturausgleich morbiditätsorientiert ausgestaltet wird. Finanzielle Anreize für eine Risikoselektion sind so weit wie möglich auszuschließen. Jede Kasse muss im Ergebnis über so viele Mittel verfügen können, die im Bundesdurchschnitt zur Versorgung ihrer jeweiligen Risikostruktur benötigt werden. Dann lohnt sich das „Rosinenpicken“, der Wettbewerb um junge, gesunde und gut verdienende Versicherte nicht mehr. Die Krankenkassen können dann ihre ganze Energie auf eine Verbesserung der Versorgungsqualität richten.
- Für alle Patienten und Versicherten – unabhängig von Alter, sozialer Situation und Geschlecht - ist der uneingeschränkte Zugang zu verbesserten Versorgungsstrukturen mit erhöhter medizinischer Qualität sicherzustellen.
- Damit ein Vertragswettbewerb entstehen kann, ist die Definition von Qualitätsstandards erforderlich. Die Frage danach, wer die Qualität von gesundheitlicher Versorgung und die Qualifikation der Leistungserbringer definiert, will der DGB allerdings nicht den Vertragspartnern der Einzelverträge überlassen. Stattdessen muss eine Institution, wie

z. B. ein unabhängiges, staatsfernes Zentrum für Qualität in der Medizin, Standards und Leitlinien vorbereiten. Die Normierungen müssen auf hohem Niveau qualitätsgesichert definiert werden und gelten grundsätzlich für alle abzuschließenden Versorgungsverträge. Es sind Regelungen zu treffen, die ein sinnvolles Nebeneinander von Kontrahierungs- und Vertragsmodell bzw. einen reibungslosen Übergang vom Kontrahierungs- in das Vertragsmodell ermöglichen.

Hausarztssystem (§ 67) und Bonus (§ 62a [neu]) Nrn. 24 und 26

Verpflichtung der Kassen, ihren Versicherten das Hausarztssystem anzubieten; Teilnahme der Versicherten ist freiwillig. Bonusanreiz ist die reduzierte Zuzahlung für Arznei- und Verbandmittel.

Die Stärkung des Hausarztes als Lotse, als für die aktiv einzubeziehenden PatientInnen tätiger Koordinator des Behandlungsprozesses, wird begrüßt.

Die Kann-Bestimmung des bisherigen § 65 a (kann in der Satzung ... Bonus) hat nicht gegriffen, sicherlich auch wegen der Schwierigkeit, die Einsparungen zu berechnen, nach denen sich die Höhe eines möglichen Bonus bestimmen sollte. Aus dieser Erfahrung heraus scheint die jetzt beabsichtigte Verpflichtung der Kassen begründet, entsprechende Angebote an ihre Versicherten zu machen.

Gegen die einjährige Bindungswirkung der Wahlentscheidung ist dann nichts einzuwenden, wenn die Bindung an die gewählte Hausarztperson (z.B. wg. gestörter Vertrauensbasis) auch vor Ablauf eines Jahres enden kann. Dies ist – unabhängig vom Begründungstext – durch die „soll“ – Bestimmung in § 67, Abs. 1, Satz 3 gewährleistet.

Der Frauengesundheitsbericht hat „in der Gesamtschau der untersuchten frauenzentrierten Ansätze und der rückblickenden Bewertung verschiedener Versorgungserfahrungen durch Nutzerinnen [ergeben], dass sich die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte für einen Vorrang der Prävention gegenüber der kurativen Behandlung sowie der ganzheitlichen und Kräfte mobilisierenden Behandlung gegenüber dem Einsatz von Medikamenten, Geräten und invasiven Verfahren förderlich auswirkt“. Um einem geschlechtersensiblen Ansatz gerecht zu werden, müssen ÄrztInnen dahingehend aus- und weitergebildet werden, dass sie den im Frauengesundheitsbericht formulierten Anforderungen gerecht werden können.

HausärztInnen müssen, um ihrer Lotsenfunktion gerecht zu werden, die psychosoziale Lage einschätzen können sowie durch Schulungen in die Lage versetzt werden, seelische Störungen und psychische Erkrankungen besser erkennen zu können. WHO und Verbraucherverbände machen darauf aufmerksam, dass der Blick bislang zu eng auf Krankheiten gerichtet ist. Dadurch können in Zukunft einerseits Unter- und Fehlversorgungen vermieden werden. Insbesondere bei weiblichen Patienten werden heute – z.B. im Bereich von Herzerkrankungen – häufig fälschlicherweise psychosomatische Erkrankungen diagnostiziert. Umgekehrt können psychische Erkrankungen adäquat behandelt werden. In diesem Zusammenhang

begrüßen wir auch die im Gesetzentwurf vorgesehene Möglichkeit, psychologische Psychotherapeuten ohne Überweisung durch den Hausarzt besuchen zu können.

Die Halbierung der Arznei- und Verbandmittel-Zuzahlungen als finanzieller Anreiz für die Versicherten, sich dem Hausarztssystem anzuschließen, verspricht positive Steuerungswirkung.

Der DGB schlägt die vollständige Befreiung von Zuzahlungen vor, um diese Wirkung noch zu verstärken und gleichzeitig zu ermöglichen, auf die Praxisgebühr ganz zu verzichten (s.u.)

Zulassung von Krankenhäusern zur vertragsärztlichen Versorgung bei Unterversorgung

Zu Nummer 50 (§ 100)

Die Feststellung von Unterversorgung und die zu ihrer Umsetzung getroffenen Regelungen waren unzureichend und weitgehend wirkungslos. Mit der Vorschrift wird gesetzlich geregelt, dass Unterversorgung vorliegt, wenn die hausärztlichen Versorgung um 25 % unterschritten wird.

Ab diesem Zeitpunkt sind Krankenhäuser zur vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zuzulassen.

Neuzulassung in der fachärztlichen Versorgung

Zu Nummer 51 (§ 101)

Künftig wird es Zulassungen nur noch in der haus-, augen- sowie in der frauenärztlichen Versorgung geben. In der übrigen fachärztlichen Versorgung wird der Neuzugang zur Versorgung künftig durch Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern stattfinden. Die Regelungen über Zulassungsbeschränkungen in den zukünftig fachärztlichen Versorgungsbereichen sollen daher gestrichen werden. Sie sind jedoch weiterhin erforderlich, da voraussichtlich noch auf längere Zeit Fachärztinnen und –ärzte sowie Psychotherapeutinnen im Kollektivvertragssystem tätig sein werden.

Begrüßt wird, dass für die Anstellung von Ärzten in zugelassenen Gesundheitszentren keine Vollzeittätigkeit dieser Ärzte vorausgesetzt wird, um familienpolitischen Bedürfnissen nach Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu entsprechen.

Zu Nummer 52a (§ 105)

Dies Regelung ermöglicht in stärkerem Umfang als bisher den Kassenärztlichen Vereinigungen, Maßnahmen zu ergreifen, um die vertragsärztliche Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern. Danach ist es u.a. möglich, gezielt finanzielle Anreize für Vertragsärzte oder Niederlassungsinteressierte in ländlichen Regionen zu schaffen. Neben der Subventionierung einer für die Versorgung in einer bestimmten Region notwendigen Praxisausstattung sind auch Zuschläge zum Honorar möglich. Die Sicherstellungszuschläge sind jeweils zur Hälfte von den Kassenärztlichen Vereinigungen und von den Krankenkassen zu finanzieren. Der Kassenanteil wird zusätzlich zur Gesamtvergütung entrichtet.

Damit wird ein stärkerer finanzieller Anreiz zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung in unterversorgten Regionen gegeben.

Zu Nummer 62 (§ 115 Abs. 2) und zu Nummer 63 (§ 115a Abs. 2)

Henriette-Herz-Platz	Telefon:
10178 Berlin	030/24060-263
Ansprechpartner:	Telefax:
Dr. Heinz Stapf-Finé	030/24060-226

Die nachstationäre Behandlung im Krankenhaus wird auf einen Monat verlängert. Künftig können entsprechende Vereinbarungen zweiseitig von den Verbänden der Krankenkassen und den Vereinigungen der Krankenhausträger auf Landesebene geschlossen werden. Die Vergütung für die nachstationäre Behandlung erfolgt auf vertraglicher Grundlage in pauschalierter Form auf der Landesebene außerhalb der vertragsärztlichen Gesamtvergütung. Sie wird zwischen

der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Krankenkassen im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung – wie schon bisher - pro Behandlungstag mit einer fachabteilungsbezogenen Pauschale abgerechnet. Sie kann nur abgerechnet werden, soweit sie die Grenzverweildauer der stationären Fallpauschale übersteigt. Diese ergibt sich aus dem bundesweiten Entgeltkatalog für Fallpauschalen.

Mit dem Ziel einer sachgerechten Vernetzung der Versorgung durch die flexible Einbeziehung des Krankenhauses in die Versorgungskette zu verbessern, wird der Abschluss entsprechender Vereinbarungen von der Ebene dreiseitiger Verträge auf die Ebene zweiseitiger Vereinbarungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land verlagert. Mit den Kassenärztlichen Vereinigungen im Land ist lediglich noch das Benehmen herzustellen; sie sind jedoch künftig nicht mehr Vertragspartei.

Abweichende Fristenregelungen werden von den Vertragsparteien nach Krankheitsbildern differenziert vorgenommen. Sie können auf diese Weise ein hohes Maß an differenzierender Behandlung gezielt auf den unterschiedlichen Verzahnungsbedarf bei den verschiedenen Erkrankungen sicherstellen. Problematisch bei dieser insgesamt positiven Regelung ist die Aufrechterhaltung von Fristen für vor- und nachstationäre Behandlung. Auch die mangelnde Anspruchsgrundlage zum Abschluss der nunmehr zweiseitigen Verträge kann zu Einschränkungen bei dieser sehr guten Versorgungsform aus einer Hand führen.

Ambulantes Operieren im Krankenhaus

Zu Nummer 64 (§ 115b)

Die Vergütung der ambulanten Operationsleistungen sollte bereits nach geltendem Recht in Form von Fallpauschalen vereinbart werden. Die Selbstverwaltungspartner wurden durch das GKV - Gesundheitsreformgesetz 2000 beauftragt, den Katalog ambulant durchführbarer Operationen um stationärsersetzende Eingriffe zu erweitern, die im Regelfall ambulant durchführbaren Operationen gesondert zu benennen und allgemeine Tatbestände zu bestimmen, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann. Eine Einigung wurde bisher nicht erzielt. Dennoch hat keiner der Selbstverwaltungspartner von seinem Recht auf Anrufung des Bundesschiedsamtes Gebrauch gemacht.

Nunmehr wird die Möglichkeit der Ersatzvornahme durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung ab 2005 geschaffen.

Das BMGS wird dadurch insbesondere ermächtigt, nach Fristablauf eine Rechtsverordnung über ein Fallpauschalensystem für ambulante Operationen zu erlassen.

Zu Nummer 65 (§ 116) und

Zu Nummer 66 (§§116a und 116b)

Die Änderung stellt klar, dass die Ermächtigung von Krankenhausärzten zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung der Krankenhäuser künftig nur noch in den Bereichen stattfindet, die in der Sicherstellungsverpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen verbleiben.

In allen übrigen fachärztlichen Versorgungsbereichen ist es künftig die Aufgabe der Krankenkassen, die Versorgung durch Verträge sicherzustellen.

Des Weiteren wird neu mit der Einbeziehung der Krankenhäuser in die ambulante vertragsärztliche Versorgung in unterversorgten Gebieten eine weitere Möglichkeit zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung geschaffen.

Ebenso wird als Neuregelung für die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen oder die Verbände der Ersatzkassen, die Möglichkeit eröffnet, zur Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme auch Krankenhäuser in die ambulante Leistungserbringung einzubeziehen. Damit können sie ihren an dem strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137g teilnehmenden Versicherten eine Versorgung „aus einer Hand“ anbieten. Voraussetzung für die Teilnahme der Krankenhäuser an der ambulanten Behandlung ist, dass die besonderen Qualitätsanforderungen an die Leistungserbringung in strukturierten Behandlungsprogrammen für die jeweilige chronische Erkrankung die ambulante Leistungserbringung durch Krankenhäuser vorsehen und das betreffende Krankenhaus diese Anforderung erfüllt. Zudem können die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen oder die Verbände der Ersatzkassen mit Krankenhäusern Verträge zur ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen schließen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren den Katalog mit den Spitzenorganisationen der Krankenhäuser, um in der gesetzlichen Krankenversicherung einheitliche Leistungsinhalte für diese Versorgungsformen sicherzustellen. Er enthält hochspezialisierte Leistungen, für deren Erbringung das Krankenhaus aufgrund der besonderen Qualifikation der Krankenhausärzte und der hohen Patientenfrequenz (Erfahrung und Routine), der vorhandenen Struktur (Kompetenzbündelung) und der Möglichkeit, Risiken in der Behandlung besser beherrschen zu können (Sicherheitsaspekt), besonders geeignet ist.

Die letztere Versorgungsform dürfte kaum in der ambulanten Facharztpraxis angeboten werden können. Es ist davon auszugehen, dass sie daher fast ausschließlich in Krankenhäusern erbracht wird. Für Patientengruppen, die diese hochspezialisierten Leistungen benötigen – z.B. Krebskranke – wird sich die Versorgung damit deutlich verbessern. Ob die weiteren Verträge mit Krankenhäusern – insbesondere auf der Ebene von Einzelverträgen – zustande kommen, wird eher bezweifelt. Hier verweisen wir auf unsere Ausführungen zur Problematik der Einzelverträge für fachärztliche Leistungen.

Hochschulambulanzen

Zu Nummer 67 (§ 117)

Da künftig die fachärztliche Versorgung - ausgenommen die augen- und frauenärztliche Versorgung - nicht mehr nur kollektivvertraglich durch zugelassene Ärzte und ermächtigte Ärzte und Einrichtungen sichergestellt wird, sondern auch durch Verträge, die direkt zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern abgeschlossen werden, wird auch die Teilnahme von Poliklinischen Institutsambulanzen an der ambulanten Versorgung nicht mehr kollektivvertraglich durch Ermächtigungen, sondern ebenfalls vertraglich organisiert. Die Einrichtungen erhalten - wie nach altem Recht - einen Anspruch auf Teilnahme, der sich jedoch nicht auf die Erteilung einer Ermächtigung, sondern auf den Abschluss eines Vertrages mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen richtet. Er bezieht sich auch auf die Versorgungsbereiche, die in der übrigen ambulanten Versorgung weiterhin im Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen verbleiben und kol-

ektivvertraglich durch Erteilung von Zulassungen und Ermächtigungen und sichergestellt werden

Diese Regelung stellt eine sinnvolle und klare Anspruchsgrundlage dar. Sie wird von uns genauso begrüßt, wie die ebenfalls hier geregelte Finanzierung von Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG

unmittelbar durch die Krankenkassen.

Psychiatrische Institutsambulanzen

Zu Nummer 68 (§ 118)

Die Veränderungen in der vertraglichen Gestaltung der Facharztversorgung haben auch Wirkungen auf die Institutsambulanzen der psychiatrischen Krankenhäuser und auf deren Teilnahme an der ambulanten Versorgung und von Allgemeinkrankenhäusern mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung. Sie wird künftig nicht mehr durch Erteilung einer Ermächtigung, sondern durch Anspruch auf Abschluss eines Vertrages mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen umgesetzt. Diese Anspruchsgrundlage wird begrüßt

Ambulante Behandlung in Einrichtungen der Behindertenhilfe und Rehabilitationseinrichtungen

Zu Nummer 69 (§ 119a)

Mit der Neuregelung soll für Menschen mit geistiger Behinderung ein zielgruppenspezifisches Angebot zur gesundheitlichen Versorgung ermöglicht werden, das an die bereits zum Teil vorhandenen Gesundheitsdienste in Einrichtungen der Behindertenhilfe anknüpft. Die ambulante Regelversorgung durch den niedergelassenen

Arzt soll durch ärztlich geleitete Abteilungen mit ihren multiprofessionellen Angeboten ergänzt und als fachlich spezialisiertes Kompetenzzentrum beratend zur Seite stehen.

Den Trägern der Behindertenhilfe und den Rehabilitationseinrichtungen wird der Anspruch auf gemeinsamen und einheitlichen Vertragsschluss mit allen Krankenkassen auf Landesebene eingeräumt, soweit und solange die Versicherten wegen der Art oder Schwere ihrer Behinderung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind. Dieser bedarfsabhängige Anspruch auf Vertragsschluss bezieht sich in diesem Sonderfall auch auf die Versorgungsbereiche, die im Kollektivvertragssystem bleiben, da die ärztliche Behandlung geistig Behinderter in diesen Einrichtungen typischerweise komplexe Problemlagen betrifft.

Auch diese Regelung stellt eine deutliche Verbesserung der Behandlungsqualität für diese Bürgerinnen und Bürger dar und wird daher begrüßt.

Integrierte Versorgung

Zu Nummer 92 (§ 140a)

Die Förderung integrierter Versorgungsformen ist zentrale Forderung der Gewerkschaft. Verträge ohne Einbeziehung der KV (z.B. auch mit Krankenhäusern). müssen leichter ermöglicht werden. Für das Segment der integrierten Versorgung kann ein Wettbewerb um Qualität als Suchprozess und zur Innovation erforderlich sein. Mit der Neufassung fördert der Gesetzgeber dieses Anliegen.

Er verzichtet auf die beschreibende Darstellung der integrierten Versorgung. Im Kern kommt sie durch Abschluss von autonomen Verträgen der Krankenkassen und Leistungserbringer außerhalb des Sicherstellungsauftrags zustande.

Die Anbindung der integrierten Versorgung an das Versorgungsgeschehen im Rahmen des Kollektivvertragssystems und insbesondere an den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen unterbleibt. Die im geltenden Recht vorgesehene Verschränkung zwischen dem Sicherstellungsauftrag und der einzelvertraglichen Absprache zur integrierten Versorgung machte die Rechtslage und die Abwicklung der vertraglichen Rechtsbeziehungen unübersichtlich und unberechenbar. Sie war eines der Hindernisse für den Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung. Es wird begrüßt, dass die Verantwortung für die Abfassung der vertraglichen Rechte und Pflichten allein in die Verantwortung der Vertragspartner gegeben wird. Eine Einflussnahme Dritter, etwa über die bisherigen Rahmenvereinbarungen nach § 140d, scheidet aus. Den Vertragspartnern wird so auch die Bedeutung ihrer alleinigen Verantwortung für die Versorgung der Versicherten verdeutlicht. Auch erhalten damit die am Aufbau integrierter Versorgung Beteiligten die Verhandlungs- und Gestaltungsspielräume,

die für die Ausgestaltung der die Integration konstituierenden Verträge und für innovatives Handeln notwendig sind.

Zu Nummer 93 (§ 140 b)

Der Kreis der potentiellen Vertragspartner der Krankenkassen wird erweitert. Neben Ärzten können Träger von Gesundheitszentren und Krankenhäusern und Eigeneinrichtungen von Krankenkassen Verträge schließen. Die Beteiligung ist auch in unterschiedlichster Gesellschaftsform möglich.

Des weiteren sieht die Regelung nicht mehr die Kassenärztlichen Vereinigungen als potentielle Vertragspartner einer integrierten Versorgung vor. Diese sind in das System einer einzelvertraglichen Vereinbarung über die Durchführung der Versorgung ohne Veränderung ihrer eigentlichen Aufgabe, der Erfüllung des Sicherstellungsauftrags, nicht einzupassen. Sie sind als solche nicht Versorger und managen die Versorgung auch nicht im Rahmen von Einzelverträgen.

Um Vertragsabschlüssen zur integrierten Versorgung den Weg zu bereiten, wird der Grundsatz der Beitragssatzstabilität an dieser Stelle ausdrücklich durchbrochen. Die Vertragspartner der Krankenkassen müssen ein unternehmerisches Risiko eingehen. Der Abschluss eines Vertrages zur integrierten Versorgung bedingt in aller Regel, dass die Leistungserbringer erhebliche Investitionskosten aufzubringen haben, z.B. für Konzeption und der Rechtsform der Gemeinschaften, der Organisation von Binnenstrukturen, der Vergütungsforderungen und der Entwicklung eines internen Vergütungssystems für alle an der integrierten Versorgungsleistung Beteiligten, der vertraglichen Leistungsbeschreibung einschließlich arbeitsteiliger Behandlungskonzepte, ggf. unter Beteiligung vertraglich angebundener externer Leistungserbringer, des Betriebs-, Qualitäts- und Leistungsmanagements einschließlich des Datensicherungs- und Datenschutzsystems wie aber auch der sektorübergreifenden Gestaltung der Versorgungsprozesse.

Sinn einer integrierten Versorgung ist vor allem, die bisherige Abschottung der einzelnen Leistungsbereiche zu überwinden, Substitutionsmöglichkeiten über verschiedene Leistungssektoren hinweg zu nutzen und Schnittstellenprobleme so besser in den Griff zu bekommen. Dies ist mit der Neuregelung besser zu erreichen.

Insbesondere ist auch der Beitritt Dritter zu Verträgen der integrierten Versorgung künftig ausgeschlossen. Die Vertragspartner sollen darauf vertrauen dürfen, dass das vertraglich abgesprochene Austauschverhältnis von Leistung und Gegenleistung (Vergütung) nicht durch den Beitritt Dritter aus dem Gleichgewicht gebracht wird.

Zu Nummer 95 und 96 (§§ 140d bis 140h)

Diese Vorschriften werden aufgehoben, weil sie Hemmnisse, Defizite und Handicaps unterschiedlichster Art für den Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung enthalten. Der Vertrag zur integrierten Versorgung soll von solchen Einflüssen, Interessen und Einflussnahmen Dritter unabhängig gemacht werden. Des weiteren wurde von der Bonusregelung in der integrierten Versorgung abgesehen. Der Bonus erweckt bei interessierten Vertragspartnern der Krankenkassen den Eindruck, dass an den wirtschaftlichen Erfolgen der integrierten Versorgung Dritte, nämlich die Versicherten, beteiligt werden. Die Gewerkschaft hält es für notwendig, dass für die Versicherten in erster Linie der Anreiz zur Teilnahme an der integrierten Versorgung darin bestehen sollte, dass sie eine qualitativ verbesserte, patientenkonzentrierte Versorgung erwarten dürfen.

3. Weiterentwicklung des ärztlichen Vergütungs- und Abrechnungssystems

Wir begrüßen die Weiterentwicklung des ärztlichen Vergütungs- und Abrechnungssystems; insbesondere die wirksamere Prüfung der Leistungsabrechnungen auf der Grundlage von kalkulatorischen Zeitwerten für die abgerechneten Leistungen. Die Neuregelung ist bezüglich unserer Forderung nach einer Stärkung der beratenden Medizin ein Schritt in die richtige Richtung. Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten müssen die qualitative Ausgestaltung dieser Regelung begleiten. Dies gilt auch und insbesondere für die im Gesetzentwurf anvisierte Lotsenfunktion des Hausarztes.

Abweichung vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 85 Abs. 3)

Nr 42

Beschlüsse der Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen hinsichtlich der Aufnahme neuer Leistungen in den Leistungskatalog sind bei der Vereinbarung der Gesamtvergütung zu berücksichtigen. Entlastungseffekte aufgrund der Herausnahme von Leistungen sind ebenfalls zu berücksichtigen.

Die rechtliche Klarstellung kann dazu dienen, Konflikte zwischen den Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen zu vermeiden.

Mitverantwortung der Krankenkassen bei der Vereinbarung des Honorarverteilungsmaßstabes (§ 85 Abs. 4, Satz 2)

Bisher wurde der Honorarverteilungsmaßstab einseitig von den Kassenärztlichen Vereinigungen beschossen, lediglich im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen. Künftig ist der Honorarverteilungsmaßstab zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung einerseits

**Deutscher
Gewerkschaftsbund**

Bundesvorstand

Seite 28 von 55

und den Verbänden der Krankenkassen einerseits gemeinsam und einheitlich zu vereinbaren.

Die stärkere Verantwortung der Krankenkassen für eine leistungsgerechte Honorarverteilung kann zu einer Erhöhung der Wirtschaftlichkeit durch die Kontrolle der Krankenkassen führen. Schließlich können Verteilungskonflikte zwischen verschiedenen Arztgruppen besser kontrolliert werden, da große Arztgruppen das Geschehen nicht mehr dominieren können.

Henriette-Herz-Platz
10178 Berlin
Ansprechpartner:
Dr. Heinz Stapf-Finé

Telefon:
030/24060-263
Telefax:
030/24060-226

Regelleistungsvolumina (§ 85 Abs. 4. Sätze 7 und 8)

Die bisher als Soll-Vorschrift ausgestaltete Regelung zu den Regelleistungsvolumina wird verbindlich vorgegeben. Dadurch werden die von den Ärzten erbrachten Leistungen bis zu einem Grenzwert mit festen Punktwerten vergütet. Leistungen, die den Grenzwert überschreiten, werden mit abgestaffelten Punktwerten vergütet.

Die Maßnahme gibt den Ärzten mehr Kalkulationssicherheit hinsichtlich ihrer Praxisumsätze und Einkommen. Zudem wird der Anreiz zu einer übermäßigen Mengenausweitung begrenzt.

Mindestzeitangaben für im EBM aufgeführte Leistungen (§ 87 Abs. 2 Satz 1) Nr. 43

Die im EBM aufgeführten Leistungen sollen mit Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes versehen werden.

Diese Maßnahme erhöht die Transparenz der Leistungsbewertungen im EBM. Schließlich werden Abrechnungsprüfungen dadurch erleichtert.

Einführung von Fall- und Behandlungspauschalen (§ 87 Abs. 2 a SGB V)

Für die hausärztliche Versorgung sind Vergütungspauschalen vorzusehen, mit welchen die gesamte hausärztlich Versorgung eines Versicherten vergütet wird. Fachärztliche Leistungen sind zu Leistungskomplexen oder Fallpauschalen zusammenzufassen. Für kooperative Versorgungsformen sind Fallpauschalen festzulegen, die dem fallbezogenen Zusammenwirken unterschiedlicher Versorgungsformen Rechnung tragen.

Die Regelung zur Einführung von Leistungskomplexen oder Fallpauschalen sind zu begrüßen, denn sie reduzieren die einem System der Einzelleistungsvergütung inhärenten Anreize zur Leistungsausweitung in der ambulanten Versorgung. Die spezifizierten Fallpauschalen für kooperative Versorgungsformen, die höheren Koordinationsaufwand berücksichtigen, setzen einen Anreiz zur Einführung effizienter Versorgungsformen. Damit wird eine stärker integrative Versorgung gefördert. Mit den Vergütungspauschalen für die hausärztliche Versorgung wird die Stärkung der hausärztlichen Versorgung durch entsprechende Anreize im Vergütungssystem angestrebt.

Veränderungen bei den Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 106)

Nr. 53

<Maßnahme>

Wegfall der arztbezogenen Prüfung ärztlich und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten.

<Stellungnahme>

Dieser Wegfall eines qualitativ minderwertigen Prüfungsverfahrens ist zu begrüßen. Somit erhalten die Ärzte und Krankenkassen einen Anreiz, auf effizientere Prüfungsformen auszuweichen.

<Maßnahme>

Die KBV und die GKV-Spitzenverbände sollen gemeinsam und einheitlich Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung von Zufälligkeitsprüfungen vereinbaren.

<Stellungnahme>

Diese Neuregelung ist zu begrüßen, da sie gewährleisten soll, dass eine zügige Umsetzung der Regelungen zu den Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach einem bundeseinheitlichen Verfahren erfolgt.

<Maßnahme>

Für die Prüfungsausschüsse, die aus Vertretern der KVen und der Krankenkassen in der gleichen Anzahl bestehen, ist ein unabhängiger Vorsitzender zu berufen. Bisher stellte jede Seite abwechselnd den Vorsitzenden. Die Beschwerdeausschüsse werden abgeschafft.

<Stellungnahme>

Durch die Neuregelung wird eine effektivere Organisationsstruktur der Prüfungsausschüsse geschaffen. Der Einsatz eines neutralen Vorsitzenden wird verhindern, dass Entscheidungen zu Gunsten einer Seite getroffen werden.

<Maßnahme>

Es werden Geschäftsstellen der Prüfungsausschüsse eingerichtet, welche die Daten für die Prüfungen aufbereiten.

Die Geschäftsstellen können bei einem Verband der Krankenkassen, bei einer Kassenärztlichen Vereinigung oder bei einer bereits bestehenden Arbeitsgemeinschaft errichtet werden.

<Stellungnahme>

Die Einrichtung der Geschäftsstellen ist zu begrüßen, da damit die Voraussetzungen für eine effektivere Durchführung der Prüfungen geschaffen werden. Die Geschäftsstellen werden den nötigen Sachverstand zur Verfügung stellen.

<Maßnahme>

Die Beschwerdeausschüsse werden abgeschafft und die Klagebefugnis gegen die Entscheidungen der Prüfungsausschüsse wird auf die Betroffenen eingeschränkt. Den Landesverbänden der Krankenkassen wird keine Klagebefugnis gewährt.

<Stellungnahme>

Die Abschaffung der Beschwerdeausschüsse wird das Prüfungsverfahren beschleunigen und unbürokratischer gestalten.

<Maßnahme>

Der Prüfungsausschuss legt den Rückforderungsbetrag der Krankenkassen gegenüber dem Vertragsarzt aufgrund individuell festgestellter Unwirtschaftlichkeit bei verordneten Leistungen fest. Die Krankenkasse verrechnet den Erstattungsbetrag mit der nächsten an die KV fälligen Gesamtvergütung. Die KV hat einen entsprechenden Rückforderungsanspruch an den Arzt, soweit dieser nicht wirtschaftlich gefährdet wird.

<Stellungnahme>

Die Regelung wonach der Prüfungsausschuss künftig den Erstattungsbetrag an die einzelne Kasse festlegt, ist als praktikabel anzusehen und zu begrüßen.

Zu begrüßen ist auch die Regelung wonach der Arzt keinen Regress zahlen muss, wenn er sich verpflichtet, künftig praxisbezogene Richtgrößen einzuhalten. Diese auf die Zukunft anstatt auf die Vergangenheit bezogene Ausgleichsverpflichtung ist zu begrüßen.

4. Modernisierung der Steuerung des Systems

Reform der Kassen (zahn-) ärztlichen Vereinigungen

Zu Nummer 32 bis 38 (§§ 77 bis 81a)

Die Reform der Kassenärztlichen Vereinigungen vollzieht die bei der GKV bereits zu Beginn der 90 er Jahre stattgefundenen Veränderungen auf Seiten der KV nach und passt gleichzeitig die Strukturen an das neu geschaffene System von Kollektiv- und Einzelverträgen, der Stärkung der Hausärzte und der Einrichtung von Gesundheitszentren an. Ebenso wird die Verpflichtung der KV zur Mitwirkung an der Korruptionsbekämpfung geregelt. Für jedes Bundeslandes soll es künftig nur eine Kassenärztliche und eine Kassenzahnärztliche Vereinigung geben. Eine zweite kann nur noch dann errichtet werden oder fortbestehen, wenn in dem Bereich eines Landes mehr als 12.000 Ärzte oder mehr als 6.000 Zahnärzte zugelassen sind und am 1. Januar 2004 bereits mindestens eine weitere Kassenärztliche bzw. Kassenzahnärztliche Vereinigung vorhanden ist. Die Durchführung der dazu erforderlichen Organisationsänderungen regeln die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder.

Unterschiedliche Honorarverteilungsmaßstäbe in den bisherigen Zuständigkeitsbereichen sind spätestens bis Ende 2007 einander anzunähern.

Die Mitgliederzahl in den gewählten Selbstverwaltungsorganen der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen wird beschränkt. Es sollen künftig nur noch die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen sein. Die angestellten Ärztinnen und Ärzte in den zugelassenen Gesundheitszentren werden den zugelassenen Ärztinnen und Ärzten gleichgestellt.

Die Vertreterversammlung wird zum alleinigen Selbstverwaltungsorgan.

Der Vorstand wird zu einem hauptamtlichen Organ der selbstverwalteten Körperschaft. Bei der Besetzung der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen wurden Hausärzte besonders berücksichtigt. Mit dem Gesetz wird bei der Wahl der Selbstverwaltungsorgane verbindlich das Verhältniswahlrecht eingeführt. Bislang ist es den Kassenärztlichen Vereinigungen überlassen, ob sie nach dem Verhältnis- oder Mehrheitswahlrecht ihre Organe wählen. Da beim Mehrheitswahlrecht Minderheitsgruppen im verbandspolitischen Geschehen unterrepräsentiert bleiben können, werden den maßgeblichen Interessengruppen Möglichkeiten eingeräumt, mit Vertretern auch in der nunmehr verkleinerten Vertreterversammlung repräsentiert zu sein. Die Amtsdauer der Vertreterversammlung wird auf 6 Jahre verlängert.

Die Vertreterversammlung ist Legislativ- und Kontrollorgan. Ihr obliegen insbesondere die autonome Rechtssetzung die Feststellung des Haushalts und Grundstücksgeschäfte und die Kontrolle des Vorstands. Hausärzte erhalten in eigenen Angelegenheiten eine ausschließliche Stimmberechtigung.

Die Vergütung der Vorstandsmitglieder ist ebenso wie bei den Vorständen der Krankenkassen und deren Verbänden transparent zu machen. Es besteht die Verpflichtung zur Veröffentlichung der Vorstandsvergütungen einschließlich Nebenleistungen und wesentlichen Versorgungsregelungen. Dies wird von Seiten der Gewerkschaften als erforderlich angesehen, da es sich um den Einsatz von Mitteln aus Beiträgen zur Krankenversicherung handelt.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben innerhalb ihrer Organisation verselbständigte Ermittlungs- und Prüfungseinrichtungen zur Korruptionsbekämpfung einzurichten. Sie nehmen Kontrollbefugnisse wahr. Diese Einrichtungen sollen untereinander und mit den Krankenkassen zusammenarbeiten, indem sie u.a. Erfahrungen austauschen und sich wechselseitig Hinweise geben. Sie sind in Fällen von nicht geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung verpflichtet, die Staatsanwaltschaft zu unterrichten. Bei aller Notwendigkeit zur Korruptionsbekämpfung ist vom Gesetzgeber noch nicht ausreichend die Zusammenarbeit zwischen Korruptionsbeauftragten und den zu schaffenden Stellen bei KV und den Krankenkassen definiert. Es sollte auf jeden Fall vermieden werden, dass ein Zuständigkeitswirrwahrr entsteht.

Organisation der Krankenkassen

Nr. 100 (§ 147)

Vorgesehen ist, dass spätestens ab 01.01.2005 Betriebskrankenkassen ihre Personalkosten selbst tragen. Damit wird die derzeitige allein für Betriebskrankenkassen geltende Ausnahme, die Personalkosten dem Arbeitgeber zu übertragen, abgeschafft. Weiterhin soll geregelt werden, dass Betriebe von Leistungserbringern und ihre Verbände vom Recht der Errichtung einer Betriebskrankenkasse ausgenommen sind. Die Vorschrift soll für Betriebe zugelassener Leistungserbringer und für Betriebe, deren Zielsetzung die Wahrnehmung wirtschaftlicher Interessen von Leistungserbringern ist, gelten.

Der DGB begrüßt die vorgesehene Änderung der Errichtungsoption von Betriebskrankenkassen. Es entspricht einer Forderung des DGB, Privilegien einiger Kassenarten hinsichtlich der Öffnung, Schließung und Errichtung von Kassen abzuschaffen. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz ist der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen eingeleitet worden. Dieser hat, wie sich in den vergangenen Jahren gezeigt hat, zu erheblichen Wettbewerbsverzerrungen dadurch geführt, dass sich nicht alle Kassenarten zu gleichen Bedingungen in der Wettbewerbssituation befinden. Dazu gehören insbesondere die besonderen Möglichkeiten, neue Kassen zu errichten wie auch die Übertragung der Personalkosten auf die Arbeitgeber. Es entspricht dem Grundsatz der Gegnerfreiheit im Verhältnis von zwischen GKV und Leistungserbringern, dass die Vermischung von Interessen im Rahmen von Vertragsverhandlungen ausgeschlossen ist. Die vorgesehenen Änderungen beseitigen organisationsrechtliche Wettbewerbsvorteile und sind somit sach- und systemgerecht.

Nr. 105 (§ 157)

Es soll geregelt werden, dass Handwerksbetriebe von Leistungserbringern vom Recht der Errichtung einer Innungskrankenkasse ausgenommen sind. Hierbei handelt es sich um eine Folgeänderung zur Regelung in § 147 Abs. 3.

Der DGB begrüßt diese Regelung als sachgerecht im Hinblick auf die Angleichung organisationsrechtlicher Wettbewerbsvoraussetzungen auf Seiten der Krankenkassen.

Kassenartenübergreifende Vereinigung von Krankenkassen

Henriette-Herz-Platz	Telefon:
10178 Berlin	030/24060-263
Ansprechpartner:	Telefax:
Dr. Heinz Stapf-Finé	030/24060-226

Nr. 113 (§ 171 a)

Die Neuregelung sieht vor, dass künftig eine freiwillige Vereinigung von Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkassen und Ersatzkassen über die Kassenartengrenzen hinweg möglich ist. Ferner wird festgelegt, dass die Zugehörigkeit der fusionierenden Kassen zur Kassenart durch die Mitgliederstärke der beteiligten Kassen bestimmt wird. Die neue Krankenkasse wird der Kassenart zugeordnet, zu der vor der Fusion die mitgliederstärkste Kassen gehörte.

Der DGB begrüßt die vorgesehene Maßnahme. Die Gliederung des bundesdeutschen Kassenartensystems hat sich auf der Grundlage des Versicherungsauftrags und der Versorgungsanforderungen zu Beginn des letzten Jahrhunderts entwickelt und ist primär durch eine starke Berufsgruppenorientierung geprägt. Trotz der seither stattgefundenen immensen Veränderung in der Medizin, in der gesundheitlichen Versorgung und in der Sozial- und Berufsstruktur der Bevölkerung, ist das System der Kassenarten unverändert geblieben. Auch mit der Einführung der Kassenwahlfreiheit für die Versicherten und der Eröffnung des Wettbewerbs unter den Krankenkassen mit dem Gesundheits-Struktur-Gesetz blieb das gegliederte Kassenartensystem unangetastet. Angesichts der enormen medizinischen und sozioökonomischen Veränderungen sowie der ausgeprägten Wettbewerbssituation der Kassen untereinander ist die Weiterentwicklung in der Struktur der Kassenlandschaft ein wesentliches Element zur Schaffung moderner und adäquater Versorgungsstrukturen. Insbesondere sind die in den letzten Jahren vorgenommenen Aufgabenerweiterungen der gesetzlichen Krankenkassen hinsichtlich des Versorgungs- und Qualitätsmanagements für ihre Versicherten ein Grund für die notwendige Anpassung der Kassenartenstrukturen an die neuen Aufgabenstellungen. Die Sicherstellung der Versorgung, die Entwicklung neuer Versorgungsformen (Disease-Management-Programme, Integrierte Versorgung, etc.) und neue vertragsrechtliche Handlungsmöglichkeiten der Kassen erfordern wettbewerbs- und leistungsfähige Kasseneinheiten. Der DGB begrüßt deshalb die in dieser Maßnahme vorgesehene neue Möglichkeit der kassenartenübergreifenden Fusion.

Allgemeine Wahlrechte

Nr. 115 (§ 173)

Die Regelung stellt klar, dass die Entscheidung zur Öffnung einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse unwiderruflich ist. Somit ist eine Satzungsänderung, die die Öffnung einer Kasse widerruft, nicht mehr möglich. Darüber hinaus wird klargestellt, dass auch eine fusionierte Kasse geöffnet sein muss, wenn eine an der Fusion beteiligte Kasse zuvor geöffnet war. Daneben wird geregelt, dass Betriebskrankenkassen, die für Betriebe privater Kranken- oder Lebensversicherungen errichtet oder aus einer Fusion mit einer Kasse hervorgegangen ist, nicht geöffnet sein darf.

Der DGB begrüßt die vorgesehenen Regelungen als sachgerechte Maßnahme zur Angleichung der Wettbewerbsbedingungen für alle Kassenarten. Die Möglichkeit des Widerrufs einer Öffnungsentscheidung oblag bisher nur den Betriebs- und Innungskrankenkassen. Außerdem wird mit dieser Maßnahme dem Umstand Rechnung getragen, dass die Öffnung einer Krankenkasse eine grundsätzliche organisatorische Neuausrichtung der Krankenkasse ist, mit der die sachliche Bindung zum Trägerbetrieb oder zur Trägerinnung aufgehoben ist.

Insofern haben sich auch solche Kassen den allgemein üblichen Rahmenbedingungen des Wettbewerbs zu stellen, die für alle geöffneten Kassen gleichermaßen zu gelten haben. Mit der Regelung, dass sich Betriebskrankenkassen von privaten Kranken- und Lebensversicherungsunternehmen nicht öffnen dürfen, sollen wettbewerbsrechtlich bedenkliche Öffnungen von Betriebskrankenkassen verhindert werden, da es auch den gesetzlichen Krankenkassen rechtlich nicht möglich ist, besonders finanzierte Zusatzleistungen anzubieten.

Richtlinien der Bundesausschüsse Zu Nummer 46 (§ 92)

Mit der Ergänzung wird das Normsetzungsprogramm der Bundesausschüsse präzisiert. Leistungen oder Maßnahmen können eingeschränkt oder ausgeschlossen werden, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind. Vor allem gegen die Möglichkeit aus wirtschaftlichen Gründen Leistungen einzuschränken, bestehen erhebliche Bedenken. Die Wirtschaftlichkeit ist bereits ausreichend im bisherigen Satz 1 berücksichtigt. Es sollte daher unter a) heißen:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Sie können dabei die Erbringung und Verordnung von Leistungen oder Maßnahmen einschränken oder ausschließen, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen oder die medizinische Notwendigkeit nicht nachgewiesen sind.“

Ebenso bestehen Bedenken, dass als Folgeänderung zur Aufhebung des § 27a es künftig keiner Richtlinien mehr über die medizinischen Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft bedarf. Unabhängig davon, dass die Leistungsausgrenzung kritisiert wird, muss sichergestellt sein, dass auch für Leistungen außerhalb des Leistungskatalogs eine Beschreibung der Qualität erfolgt.

Positiv sind die Regelungen zum Inhalt und Umfang der Fortbildung und die Verpflichtung der Bundesausschüsse zur Umsetzung einer Empfehlung des Zentrums durch eine Richtlinie zeitnah binnen 6 Monaten.

Begrüßt wird insbesondere, dass dabei die Eigenständigkeit der Selbstverwaltung gewährleistet bleibt. Sie können die Empfehlungen ganz oder teilweise in einem Richtlinienbeschluss übernehmen oder die Übernahme der Empfehlung ablehnen.

Positiv ist ebenfalls die stärkere Einbindung der Patientinnen und Patienten in die Arbeit der Bundesausschüsse. Sie ist geeignet, die Entscheidungen stärker an deren Bedürfnissen zu orientieren und auch die Akzeptanz der Ausschussentscheidungen zu erhöhen.

Prävention Nr. 5 (§ 20)

Der Entwurf sieht die Einrichtung eines Gemeinschaftsfonds „Prävention und Gesundheitsförderung“ vor. Mit den Geldern des Gemeinschaftsfonds sollen Maßnahmen zur Förderung der Prävention finanziert werden. Dabei soll das „Deutsche Forum für Prävention und Gesundheitsförderung“ in das Verfahren der Vergabe einbezogen werden.

Die gesetzlichen Regelungen werden dahingehend erweitert, dass die Krankenkassen Gemeinschaftsprojekte auch mehrerer Träger zur Prävention mitfinanzieren können. Die Kassen sollen mindestens 25 Prozent des ihnen zustehenden Betrages für Prävention zur Finanzierung von Gemeinschaftsprojekten oder als Einlage in den Gemeinschaftsfonds „Prävention und Gesundheitsförderung“ vorsehen.

Die Krankenkassen sollen Selbsthilfegruppen, Organisationen und Kontaktstellen fördern, die Prävention und Rehabilitation von Versicherten zum Ziel haben.

Im Rahmen der im Gesetzentwurf vorgesehenen Bonusregelungen für gesundheitsbewusstes Verhalten wird in § 65 a vorgesehen, „dass bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung eines Arbeitgebers sowohl der Arbeitgeber als auch die teilnehmenden Versicherten einen Bonus erhalten.“

Die Möglichkeit mit der Vergabe eines Bonus eine Verbesserung zu erreichen, ist nicht von vornherein gegeben. So kann z.B. die Teilnahme an einer Rückenschule nur dann zu einer Verbesserung führen, wenn sich auch die betrieblichen Verhältnisse geändert werden, die zu den Beschwerden mit beigetragen haben.

Die Vergabe von Boni darf nicht zu Mitnahmeverhalten führen, sondern muss mittel- und langfristig zur Verbesserung der Gesundheit beitragen.

Nr. 5a

Die Einrichtung eines Gemeinschaftsfonds „Prävention und Gesundheitsförderung“ zur Finanzierung von Gemeinschaftsaktivitäten ist grundsätzlich ein Fortschritt in der Aufwertung und Stärkung der Prävention. Mit dieser Regelung zur Förderung von Maßnahmen der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung werden die Krankenkassen stärker zur Kooperation untereinander und mit anderen Akteuren verpflichtet und ein Einstieg zur Schaffung einer finanziellen Basis geschaffen. Gleichwohl fehlt weitere Konkretisierung dieser Kooperationsverpflichtungen (z.B. Datenaustausch, gemeinsame Schwerpunktsetzungen und Vereinbarung von nationalen Gesundheitszielen) in der Definition der Zweckbestimmung; diese wäre aber notwendig. Rechtssystematisch ist dies an dieser Stelle verzichtbar, wenn an anderer Stelle entsprechende grundlegende Regelungen geschaffen werden.

Zur Stärkung der Prävention insgesamt soll ein eigenes Präventionsgesetz vorgelegt werden. Prävention muss damit normativ und gesellschaftlich den gleichen Stellenwert erhalten wie die medizinische Versorgung. Von einer effizienten Präventions- und Gesundheitsförderungspolitik im Rahmen eines integrierten Gesamtkonzeptes kann derzeit auch nicht ansatzweise die Rede sein. Im Präventionsgesetz muss dieses Gesamtkonzept angelegt werden.

Nr. 5 b

Diese Neuregelung sieht vor, mindestens 25 von Hundert des Betrags für Gesundheitsförderung für die präventiven Gemeinschaftsausgaben zu verwenden. Die Höhe des Betrages von 2,56 Euro pro Versicherten ist damit gleich geblieben. Obwohl dieser Betrag insgesamt als sehr gering einzuschätzen ist kann nicht übersehen werden, dass er derzeit im GKV-System mit 0,91 Euro Ausgaben pro Versichertem nicht ausgeschöpft wird. Gemessen an durch-

schnittlichen Jahresausgaben pro Versichertem von ca. 1600 Euro ist dies vergleichsweise ein verschwindender Betrag.

In der Summe stehen damit bei voller Ausschöpfung ca. 200 Mio. Euro per anno für Gemeinschaftsaufgaben in der Prävention und Gesundheitsförderung zur Verfügung. Der Betrag von 50 Mio. Euro für einen Präventions-Fonds ist als ein Einstieg einer Förderung von Gemeinschaftsleistungen im Präventionsbereich zu begrüßen. Sinnvoll wäre es darüber hinaus, dass die anderen Sozialversicherungsträger – Unfall- und Rentenversicherung - ebenfalls (in gleicher Höhe) Mittel für Gemeinschaftsleistungen zur Stärkung der Prävention einbringen, da sie mittel- und langfristig durch diese Aktivitäten Entlastungen erfahren.

§20 Abs (2c)

Die politische Steuerung der Förderung und Mittelvergabe soll unter Mitwirkung des „Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung“ erfolgen. Die Krankenkassen – Spitzenverbände haben sich zu dessen Aufgaben und Struktur positioniert. Ungeklärt und bislang nicht verzahnt mit diesen Planungen sind die Aktivitäten des BMWA im Rahmen der Initiative Neue Qualität der Arbeit, die ebenfalls einen Schwerpunkt auf den Ausbau der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren setzt.

Hier ist zu fordern, dieses neue Steuerungselement zur Umsetzung eines modernen, ganzheitlichen und beteiligungsorientierten Arbeits- und Gesundheitsschutzes und damit die Akteure des präventiven Arbeits- und Gesundheitsschutzes in die neuen Entscheidungsstrukturen einzubeziehen. Unverzichtbar ist eine klare Definition von Funktion und Aufgaben des jeweiligen Akteurs, um zu einer möglichst effektiven Kooperation zu kommen. Zu verweisen ist auf das geschätzte Einsparpotential von 28 Mrd. Euro (BAuA) zur Entlastung der Sozialversicherungssysteme.

Ergänzende Regelungen, die Kooperation und Koordination und wirksame Abstimmung mit Blick auf betriebliche Prävention und Verhaltensprävention schaffen, sind im Präventionsgesetz notwendig.

Änderung der Regelungen zum Kontrahierungszwang der Krankenkassen mit den Krankenhäusern (§ 108 in Verbindung mit Nr. 57 und 58 (§ 109 und 109a)

Nach § 108 haben künftig Versorgungsverträge Vorrang vor der Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan eines Landes. Krankenhäuser die nach dem 1.7.2007 in den Krankenhausplan aufgenommen werden oder eine neue Abteilung erhalten, werden nicht automatisch zur Behandlung GKV-Versicherter zugelassen, sondern benötigen einen Versorgungsvertrag mit den Kassenverbänden auf Landesebene.

Nach § 109 überprüfen die Kassenverbände und die Krankenhausträger die Versorgungsverträge und konkretisieren den Versorgungsauftrag erforderlichenfalls um Vereinbarungen zur künftigen Leistungsstruktur und Aufgabenstellung. Die für Krankenhausplanung zustän-

dige Landesbehörde hat ein Beanstandungsrecht, sofern bei Abschluss, Änderung oder Ablehnung von Versorgungsverträgen die Rahmenvorgaben nach § 109a nicht beachtet wurden.

Nach § 109a beschließt erstmals bis zum 30.6.2006 das Land im Einvernehmen mit den Krankenkassen auf Landesebene auf der Grundlage des DRG-Systems Rahmenvorgaben zu Art und Umfang der für eine bedarfsorientierte Versorgung der Versicherten erforderlichen Krankenhauskapazitäten (ohne Standorte).

Der Vorrang von Versorgungsverträgen gegenüber der Aufnahme in den Krankenhausplan ist eine konsequente Folge der Einführung des leistungsbezogenen DRG-Fallpauschalensystems. Die DRG-Einführung wird eine Reihe von Umbrüchen in der Krankenhauslandschaft mit sich bringen. Die Verweildauer wird stark reduziert werden, der Bedarf an vor- und nachstationärer Behandlung erheblich ansteigen. Kapazitäten werden zur Disposition stehen, Krankenhäuser, welche eine Kostenstruktur über dem landeseinheitlichen DRG-Preis stehen, werden stark unter Druck geraten.

In einer solchen Phase des Umbruchs steht die öffentliche Hand, die für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten stationären Versorgung zuständig ist, unter einer großen Verantwortung. Die Krankenhausträger und die Beschäftigten, aber auch die betroffenen Anwohner im Einzugsbereich eines Krankenhauses benötigen Planungssicherheit. Deshalb sollte die Krankenhausplanung weiterhin standortbezogen erfolgen. Die standortbezogene Planung könnte durch vertragliche Vereinbarungen zwischen Kassenverbänden auf Landesebene und Krankenhausträgern ausgefüllt werden, in denen die konkreten Krankenhausleistungen festgelegt werden.

Bei der Erstellung der Krankenhauspläne sollten Krankenhausträger und im Krankenhaus Beschäftigte an einer einvernehmlichen Krankenhausplanung beteiligt sein und nicht nur Anhörungsrechte erhalten, um die Legitimation durch ein partizipatives Verfahren zu verbessern.

Im Rahmen der vorgesehenen rechtlichen Vorgaben müsste vorgesehen werden, dass die Landesbehörden verpflichtet werden, die Leistungserstellung in den Krankenhäusern durch eine regelmäßige Krankenhausberichterstattung auf ihre Bedarfsgerechtigkeit zu überprüfen, um gegebenenfalls gegen Unterversorgungssituationen einschreiten zu können.

Verträge mit Heilmittelerbringern

Nr. 71 (§ 125 SGB V)

<Maßnahme>

Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten, behinderten Menschen und der Selbsthilfe maßgeblichen Organisationen auf Bundesebene sollen die Möglichkeit erhalten, Stellungnahmen abzugeben bei der Erstellung von Rahmenempfehlungen über die Versorgung mit Heilmitteln.

<Stellungnahme>

Diese Maßnahme ist im Sinne einer Stärkung der Patientenrechte grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings ist ein Akkreditierungsverfahren vorzusehen, das genaue Regelungen im

Hinblick auf die demokratische Legitimation der Verbände und die wirtschaftliche Unabhängigkeit von Leistungserbringern vorsieht.

<Maßnahme>

Die Spitzenverbände der GKV haben gemeinsam und einheitlich mit den für die Heilmittel maßgeblichen Spitzenorganisation auf Bundesebene in den Rahmenempfehlungen insbesondere auch Maßnahmen zur Fortbildung und Qualitätssicherung zu regeln. Die Fortbildung ist zwingend durchzuführen, ansonsten ist die Zulassung von den Kassenverbänden auf Landesebene zu widerrufen (Nachfrist: 1 Jahr).

<Stellungnahme>

Diese Regelung ist im Sinne der Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung zu begrüßen.

<Maßnahme>

Abweichend vom bisherigen Recht wird den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet, mit einzelnen zugelassenen Leistungserbringern Verträge abzuschließen, wenn die Preise günstiger sind, als in den zwischen den Verbänden abgeschlossenen Verträgen.

<Stellungnahme>

Diese Regelung ist im Sinne der Steigerung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu begrüßen. Sie dient zudem der Verstärkung des Vertragsprinzips auf Kassenebene.

<Maßnahme>

Die Krankenkassen müssen Patienten und Ärzte über Leistungserbringer unterrichten, mit denen eine Krankenkasse eine Vereinbarung geschlossen hat.

<Stellungnahme>

Dies erhöht die Transparenz für die Versicherten, sich über preisgünstige und wohnortnah verfügbare Leistungserbringer zu informieren, welche die Qualitätsstandards einhalten.

Verträge mit Leistungserbringern im Geltungsbereich des EG-Vertrags

Nr. 97 (§ 140e SGB V)

Den Krankenkassen wird die Möglichkeit eröffnet, mit Leistungserbringern im Geltungsbereich des EG-Vertrags Verträge zu schließen.

Die Maßnahme ist im Zuge der weiteren EU-Integration zu begrüßen und dürfte insbesondere in grenznahen Gebieten Bedeutung erlangen. Aus Sicht der Versicherten ist zu begrüßen, dass sie nicht mehr auf ihre europarechtliche Begründung zurückgreifen müssen, um sich medizinische Waren oder Dienstleistungen selbst zu beschaffen – mit anschließender Kostenerstattung. Vielmehr erhalten sie eine Sachleistung auf der Grundlage eines Vertrags ihrer Krankenkasse.

Allerdings ist sicherzustellen, dass die Versorgung im EU-Ausland bei den in Deutschland geltenden Budgetregelungen berücksichtigt wird.

5. Verbesserung der Patientensouveränität und der Patientenrechte

Stärkung von Patientenrechten/Patientenbeauftragte/Ärzte

Die Benennung eines Patientenbeauftragten durch die Bundesregierung ist vorgesehen.

Organisationen zur Interessenwahrnehmung der Patienten, behinderten Menschen und der Selbsthilfe sollen das Recht auf Stellungnahme vor Abschluss von Rahmenempfehlungen und Verträgen, bei Empfehlungen zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie bei Empfehlungen über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege erhalten. Dieses Recht soll auch der/die Patientenbeauftragte erhalten.

Außer dem einleitenden Hinweis, dass es eine/n Patientenbeauftragte/n geben soll, gibt es keine weiteren Anhaltspunkte über die Einsetzung einer entsprechenden Instanz. Grundsätzlich sind alle Maßnahmen, die eine verbesserte Wahrnehmung und Stärkung von Patientenrechten vorsehen, positiv zu beurteilen. Dieses Recht könnten auch die Versichertenvertreter in der Selbstverwaltung wahrnehmen, wenn ihnen nicht entsprechende Rechte gegenwärtig vorenthalten würden. Nichts desto trotz ist es sinnvoll, über weitere Beteiligungsrechte darüber hinaus nachzudenken. Da Gewerkschaften sich als Interessenvertretung auch für versicherte Patientinnen und Patienten zu Recht verstehen, ist eine entsprechende Beteiligung einzufordern.

Zu Nummer 45a (§ 90)

Es ist als positiv zu bewerten, dass die Vertreter der Patientinnen und Patienten nicht nur auf Bundesebene bei der Ausgestaltung der Versorgung durch die Richtlinien der Bundesausschüsse mitwirken können, sondern darüber hinaus auch die Möglichkeit erhalten, ihre Belange zur bedarfsgerechten Versorgung in die Entscheidungen der Landesausschüsse einbringen können.

Zu Nummer 80 (§ 135)

Die Veränderungen dienen der Verbesserung der Versorgungsqualität.

Die Rechte der Patienten werden gestärkt. Die dazu vorgesehenen Maßnahmen werden nachdrücklich unterstützt. Die Beauftragte oder der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patienten soll an allen relevanten Entscheidungen im Gesundheitswesen beteiligt werden. Hierzu erhält er oder sie das Recht, neben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Spitzenverbänden der Krankenkassen bei Änderung und Aufnahme neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden Anträge zu stellen.

So kann sie oder er die Vorstellungen und Wünsche der Patienten zur Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bündeln und ihnen verstärkt Gewicht verschaffen.

ergänzender Änderungsvorschlag:

am Ende von 80 a folgt nach „eingefügt“: „sowie Satz 2 durch Satz 3 ersetzt“.

Henriette-Herz-Platz	Telefon:
10178 Berlin	030/24060-263
Ansprechpartner:	Telefax:
Dr. Heinz Stapf-Finé	030/24060-226

Ebenso dient der Qualitätsverbesserung, dass für ärztliche Leistungen, deren Ausführung eine besondere Strukturqualität oder eine besondere Praxisausstattung erfordert, besondere Qualifikationsanforderungen vereinbart werden. Mit dieser Regelungskompetenz wird den Vertragspartnern eine Leistungssteuerung ermöglicht, die eine Trennung zwischen der Diagnosestellung und Befundbewertung durch den therapeutisch tätigen Arzt einerseits und der Durchführung der diagnostischen Maßnahmen (medizinisch-technischen Leistungen) durch den lediglich diagnostisch tätigen Facharzt andererseits bewirkt. Es handelt sich um die Ermöglichung einer Arbeitsteilung im Sinne des sogenannten Mehraugenprinzips,

6. Bonus für Versicherte

Versichertenbonus für gesundheitsbewusstes Verhalten Nr. 25 (§ 65 a)

Die Möglichkeiten der gesetzlichen Krankenkassen, gesundheitsbewusstes Verhalten der Versicherten zu honorieren, waren bislang begrenzt. Der Gesetzentwurf beabsichtigt nun, diesen Spielraum der Krankenkassen zu erweitern. Bislang war nur im Rahmen von Modellversuchen ein Handlungsspielraum gegeben. Die Krankenkassen können demnach künftig Versicherten, die regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten oder Präventionsmaßnahmen in Anspruch nehmen, einen Bonus gewähren oder diese von Zuzahlungen befreien. Bei Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung kann auch der Arbeitgeber an dem Bonus beteiligt werden.

Der Gesetzgeber regelt nur den Grundsatz. Die Ausgestaltung des Bonussystems ist im Rahmen des Satzungsrechts der einzelnen Krankenkasse vorgesehen. Die Ausgestaltung wird damit im Wettbewerb der Kassen stattfinden.

Die gesetzliche flächendeckende Schaffung von Anreizen zur Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens, wie im Entwurf vorgesehen, ist grundsätzlich positiv zu bewerten. Die in Modellprojekten hierzu gemachten Erfahrungen und die Bewertung bereits am Markt vorhandener Bonusmodelle müssen hier aber einbezogen werden. Auf dieser Grundlage sind Kriterien für sinnvolle und sozialpolitisch wünschbare Bonusregelungen zu formulieren, die sich auf die Ausgestaltung der Regelungen durch die Kassen beziehen. Besser wäre eine gesetzliche Formulierung dieser Anforderungen im Gesetz, um Fehlentwicklungen durch den Wettbewerbsdruck der Kassen zu vermeiden.

Anforderungen an Bonusregelungen sollten sein:

- Im Vordergrund sollten stehen: Verhaltens- und Verhältnisprävention zu sichern und den Solidargedanken einzuhalten sowie Nachhaltigkeit der Präventionswirkung zu beachten.
- Solidargedanke bedeutet, Chancengleichheit für Bonus unabhängig vom Gesundheitszustand sicherstellen;

- Arbeitgeber und Arbeitnehmer in Prävention einbeziehen bedeutet, gesundheitsgerechtes Verhalten und die Schaffung eines gesundheitsgerechten Arbeitsumfeldes in die Bonusregelung einbeziehen;
- Nachhaltigkeit der Präventionswirkung sichern bedeutet, Bonus für auf Dauer integrierten ganzheitlichen Arbeits- und Gesundheitsschutz, dessen Nachweis und Dokumentation auf Basis der gesetzlich geforderten Gefährdungsbeurteilung und deren Umsetzung.

Insgesamt sollte das Finanzvolumen, das für kassenspezifische Bonusregelungen im Rahmen der Beteiligung an qualitätsfördernder Versorgungskonzepte zur Verfügung gestellt wird, nicht zu umfangreich bemessen sein. Soll die Implementierung solcher Versorgungsmodelle in der mittleren Frist Effizienzpotentiale zur Stabilisierung des Beitragssatzes (auch angesichts der zu erwartenden Kostenentwicklungen im Rahmen des demographischen Wandels bzw. des medizinisch-technischen Fortschritts) erschließen, dürfen die Effizienzgewinne nicht an einzelne Versichertengruppen verteilt werden. Dadurch reduziert sich das Potenzial zur Entlastung aller BeitragszahlerInnen.

7. Verbesserung der Transparenz

Patientenquittung

Nr. 159 (§ 305)

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass Versicherte auf Verlangen schriftlich in verständlicher Form direkt im Anschluss an die Behandlung, spätestens vier Wochen nach Ablauf des Quartals, Anspruch auf die Erstellung einer Patientenquittung haben. Die Versicherten erstatten dafür quartalsweise dem Arzt eine Pauschale von 1 Euro zuzüglich Versandkosten.

Der Gesetzgeber greift damit Forderungen vieler Versicherter auf, die Transparenz über die ärztlichen Abrechnungen durch entsprechende Quittierungen erhoffen. In einem früheren Gesetzentwurf war dies kombiniert mit der Ausfertigung eines Abrechnungsbeleges nach Abschluss aller Berechnungen der KV'en gegenüber den Ärzten. Damit sollte letztlich Transparenz über die tatsächlich entstandenen Kosten gewährleistet werden.

Krankenversichertenkarte (§ 291 SGB V) elektronische Gesundheitskarte (§ 291 a SGB V), Krankenversicherten-Nummer (§ 290 SGB V), Finanzierung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte (§ 68 SGB V)

Nrn. 143, 144 und 26

Bis spätestens 01.01.2006 soll eine elektronische Gesundheitskarte eingeführt werden. Sie soll Angaben aufnehmen für die Übermittlung ärztlicher Verordnungen in elektronischer und maschinell verwertbarer Form, sowie Berechtigungsnachweis zur Inanspruchnahme von Leistungen innerhalb der EU sein. Die Gesundheitskarte soll medizinische Daten, Befunde, Diagnosen, Therapieempfehlungen, Behandlungsberichte, Daten zur Arzneimitteldokumentation etc. enthalten. Laut Gesetzentwurf sollen Ärzte, Zahnärzte und Apotheker auf die Ver-

sichertendaten zugreifen können. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass andere keinen Zugriff auf die Daten der Karte verlangen dürfen.

Vor Einführung der elektronischen Gesundheitskarte soll die Krankenversichertenkarte zukünftig in den enthaltenen Angaben erweitert werden, insbesondere durch ein Lichtbild des Versicherten.

Weiterhin ist vorgesehen, die Systematik der Krankenversicherenummer weiter zu entwickeln. Die Spitzenverbände der Krankenkassen sollen dafür bis 30.06.2004 Aufbau und Verfahren nach den Bestimmungen des Gesetzes regeln.

Durch eine elektronische Gesundheitskarte können die Transparenz und die Voraussetzungen für erhöhte Wirtschaftlichkeit verbessert werden. Aus datenschutzrechtlichen Überlegungen muss allerdings sichergestellt werden, dass damit ein umfassendes Gesundheitsprofil von Versicherten gegenüber unberechtigten Dritten nicht erstellt werden kann. Das heißt, Daten müssen entsprechend verschlüsselt werden und auf ein notwendiges Maß reduziert bleiben.

Es muss insbesondere muss gesichert sein, dass Krankheitsdaten nicht das Arbeitsverhältnis berühren. Bereits bei Anbahnung eines Arbeitsverhältnisses werden Einstellungsuntersuchungen durchgeführt. Dabei darf der untersuchende Arbeitsmediziner, der durchaus auch niedergelassener Arzt sein kann, nicht an Daten gelangen die nichts mit dem Arbeitsverhältnis zu tun haben.

8. Verbesserung der Arzneimittelversorgung

Erweiterung der Negativliste: Herausnahme nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus der GKV-Erstattung (§ 34 Abs. 1)

Nr. 13

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sollen zukünftig nicht mehr erstattungsfähig sein; Ausnahmen gelten für Kinder bis 12 Jahre und in Fällen medizinischer Notwendigkeit.

Grundsätzlich ist diese Maßnahme im Sinne einer kostengünstigeren Arzneimittelversorgung zu begrüßen. Es ist darauf zu achten, dass der Einspareffekt nicht konterkariert wird durch Ausweichen auf teurere Analogpräparate.

Um nicht abschätzbare Wirkungen zu vermeiden, sollte der Ausschluss aus der Erstattungspflicht erst dann wirksam werden, wenn die vorgesehene Liste von Wirkstoffen und Erkrankungen nach § 92 Abs.1, Satz 2 Nr. 6 erstellt ist, die eine ausnahmsweise Verordnungsfähigkeit zulässt, wenn sie bei schweren Erkrankungen medizinisch notwendig ist.

Für Kinder sollten verschreibungspflichtige Arzneimittel weiterhin zu Lasten der GKV verordnet werden können.

Festbeträge für patentgeschützte Arzneimittel (§ 35 Abs. 1a)

Nr. 14

Durch die vorgesehene Bestimmung sollen alle Analogpräparate ab Zeitpunkt Markteintritt unter Festbetrag genommen werden; nur das als erstes zugelassene Produkt einer neuen Substanzklasse soll festbetragsfrei bleiben.

Auch hier liegt grundsätzlich ein Schritt in Richtung kostengünstigerer Arzneimittelversorgung vor.

Berücksichtigt werden muss jedoch: Analogpräparate sind allerdings heute schon im Durchschnitt billiger als die Erstsубstanz. Der funktionierende Preiswettbewerb zwischen Analogpräparaten und Originalen hat in den vergangenen Jahren bereits zu signifikanten Einsparungen der Krankenkassen geführt. Der erwartete zusätzliche Einspareffekt durch Festbeträge in Höhe von 1 Mrd. € erscheint fraglich.

Ob es sich bei einem neuen Medikament um eine Innovation oder um ein Analogpräparat handelt, stellt sich in der Regel in den ersten 5 Jahren nach Markteintritt eines Produkts heraus. Insofern sind Festbeträge für patentgeschützte Arzneimittel nach einem Zeitraum von 3 bis 5 Jahren zu überprüfen und die Einordnung ins Festbetragsregime im Einzelfall zu revidieren.

Durch die Festsetzung eines Festbetrages würde außerdem der für das internationale Geschäft so wichtige Referenzpreis festgelegt. Als Referenzpreis gilt in der Regel der Preis im Produktionsland. Insbesondere die in südeuropäischen Ländern übliche staatliche Preisfestsetzung orientiert sich an den Referenzpreisen der Herstellerländer. Durch die Einführung

von Festbeträgen für die patentgeschützten Arzneimittel würden auch deren Referenzpreise abgesenkt und damit auch die Preise in vielen Abnehmerländern.

Artikel 1 Nr. 16, § 35b – Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln (im Zusammenhang mit Nr. 91, §§ 139a-f – Deutsches Zentrum für die Qualität in der Medizin

Verzögerungen, verbunden möglicherweise auch mit Verordnungseinschränkungen, sind aus ethischer Sicht nicht zu verantworten.

Die geforderten Endpunktstudien können erst mit großem Zeitabstand nach der arzneimittelrechtlichen Zulassung zur Verfügung stehen, da sie an größeren Patientenkollektiven über längere Zeiträume durchgeführt werden müssen. Nach unserem Verständnis sollten neue Arzneimittel den Patienten sofort nach Zulassung zur Verfügung stehen.

Es ist allgemein anerkannt, dass eine Beurteilung neuer Arzneimittel im Rahmen einer Kosten-Nutzen-Betrachtung frühestens nach 3 Jahren der Zulassung möglich ist. Insofern wird vorgeschlagen, ähnlich wie bei den patentgeschützten Arzneimitteln in einer Frist von 3 bis 5 Jahren nach Markteintritt noch keine Entscheidung über die Kosten-Nutzen-Wirkung der Arzneimittel zu treffen. Die Bewertung sollte frühestens 3 bis 5 Jahre nach Markteintritt erfolgen und könnte dann auch Konsequenzen auf die erstattungsfähigen Preise haben.

Reimporte und Aut-Idem-Regelung (§ 129)

Nr. 74

Die Einführung einer Preisabstandsklausel für Reimporte wird vom DGB unterstützt.

Nach der Einführung der Importregel, wonach Apotheken zur Abgabe von Reimporten in Höhe von mindestens 7 % ihres Umsatzes verpflichtet sind, hat sich der Preis für die Reimporte dem Preis der Originalpräparate sehr stark angenähert. Nur 3 Importfirmen vereinen mehr als 90 % des Reimportgeschäfts auf sich. Die Preiserhöhungen haben die Importfirmen zur Gewährung von Rabatten für die Apotheken und damit zur Ankurbelung ihres Geschäftes genutzt. Die Rabatte kommen aber der GKV nicht zugute. Somit wird die GKV durch die bisherige Reimportregelung effektiv nicht entlastet, aber den Importfirmen hohe Gewinne zugestanden.

Der Mindestpreisabstand der Importe unter den Originalarzneimitteln sollte allerdings nicht 10 sondern 15 % betragen, denn dies entspricht den von den Importeuren derzeit gewährten Rabatten an die Apotheken. Mit einem solchen Mindestpreisabstand kann die derzeit einseitige Begünstigung der Importeure korrigiert werden und ein Beitrag zur finanziellen Entlastung der GKV geleistet werden.

<Änderungsvorschlag:>

in § 129 Abs. 1, Satz 1 Nr. 2 wird die Zahl 10 durch die Zahl 15 ersetzt.

Mit der Neufassung der Aut-Idem-Regelung soll das Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz vom Januar 2002 nachjustiert werden.

Die vorgesehene Austauschbarkeit von Packungen innerhalb der Zuzahlungsstufen erscheint jedoch zu weit gefasst. So könnte die verordnete 100er Packung nicht nur durch eine 98er Packung substituiert werden, sondern auch durch eine 60er Packung.

Die Neuregelung zu den teuren „Dummies“ ist zu begrüßen. Die Regelung ist in dieser Form jedoch unzureichend, denn sie verkennt, dass es im Markt auch viele billige „Dummies“ gibt, mit denen manche pharmazeutische Hersteller, insbesondere Generikahersteller und Reimporteure, die Aut-Idem-Regelung unterlaufen können. Insofern sollten auch billige Dummies, die einen Marktanteil von weniger als 1 % haben, nicht in die Bewertung eingehen.

Zusatzrabatte und Ausschreibungen (§§ 130a-b)

Nr. 77 bis 78

Das mit dem Beitragssatzsicherungsgesetz eingefügte Instrument der zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen individuell zu vereinbarenden Zusatzrabatte sollen ausgeweitet werden.

Dies bewirkt eine Stärkung des Vertragsprinzips in der Arzneimittelversorgung und wird begrüßt. Es ist allerdings die Frage, ob die entsprechenden Verträge nur „gemeinsam und einheitlich“ Festbeträge und Zwangsrabatte festsetzen sollen, oder ob auch eine weitere Öffnung des Vertragswesens auf Seiten der Krankenkassen zugelassen werden soll.

Artikel 15 – Erweiterung der Arzneimittelinformation

Es ist zu begrüßen, dass es Pharmaunternehmen ermöglicht werden soll, Verbrauchern Verpackungsbeilagen und Fachinformationen direkt zur Kenntnis zu geben und ihnen gegenüber konkrete Fragen zu einem bestimmten Arzneimittel zu beantworten. Allerdings ist diese Regelung eine längst überfällige Anpassung an das herrschende EU-Recht. Der Bürger sollte einen Zugriff auf die Arzneimittelinformation erhalten, die er auch wirklich haben möchte.

Artikel 12, 13 und 14

Artikel 12 regelt den Versandhandel und den elektronischen Handel mit Arzneimitteln.

Art. 13 hebt das Mehrbesitzverbot von Apotheken auf und ermöglicht einem Betreiber unter bestimmten Voraussetzungen mehrere Apotheken zu führen.

Art. 14 regelt entsprechend die Apothekenbetriebsordnung neu.

Die Zulassung von mehr Wettbewerb im Apothekenwesen ist unter Sicherung des Verbraucherschutzes sowie der Sicherstellung einer ausreichenden regionalen Versorgung zu unterstützen. Bei der Ermöglichung von „Mehrbesitz“ von Apotheken sollte geprüft werden, in-

wiefern die Anzahl zu begrenzen ist. Generell besteht die Gefahr einer Monopolstellung und damit letztlich einer Aufhebung des Wettbewerbs zu Lasten der Patientinnen und Patienten.

9. Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen

Siehe Abschnitt 4. Modernisierung der Steuerung des Systems

10. Neuordnung der Finanzierung

Beteiligung des Bundes an Aufwendungen Nr. 123 (§ 221)

Einführung einer Beteiligung des Bundes an Aufwendungen für sogenannte versicherungsfremde Leistungen als pauschale Abgeltung an die GKV. Die Finanzierung erfolgt aus der Erhöhung der Tabaksteuer ab 2004. Die Zahlung an die GKV erfolgt über das Bundesversicherungsamt. Es ist vorgesehen, für das Jahr 2004 1 Milliarde Euro, für 2005 1,5 Milliarden Euro und für 2006 2 Milliarden Euro als Abschlag zu zahlen. Ab 2007 wird ein Abschlag in Höhe des halben Vorjahresmehraufkommens gezahlt. Ab 2005 erfolgt eine genaue Ermittlung über die tatsächliche Höhe des Aufkommens aus der Tabaksteuererhöhung im vorangegangenen Jahr. Bei einer zu geringen Abschlagszahlung an die GKV erfolgt eine Nachzahlung. Bei einer zu hohen Abschlagszahlung besteht ein Rückzahlungsanspruch des Bundes. Ab 2007 bildet das gesamte Aufkommen der Tabaksteuererhöhung im Jahr 2006 die Höhe der vom Bund zu leistenden Zahlungen für die Folgejahre. Das Nähere über Abrechnung und Verteilung erfolgt durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates.

Der DGB begrüßt das Vorhaben der Bundesregierung, mit der Beteiligung des Bundes an den sogenannten versicherungsfremden Leistungen der GKV, einen Beitrag zur Entlastung der finanziellen Situation der Gesetzlichen Krankenversicherung zu leisten. Die versicherungsfremden Leistungen der GKV haben familienpolitischen Charakter und sind Leistungen ohne direkten Krankheitsbezug. Demzufolge ist die Finanzierung über das Steueraufkommen als Ausdruck der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung für Familienpolitik sach- und systemgerecht.

Nach aktuellen Berechnungen beläuft sich die Höhe der Ausgaben der GKV für versicherungsfremde Leistungen jährlich auf ca. 3,5 Milliarden Euro. Mit den gesetzlich festgelegten Abschlagszahlungen von 1 Milliarde Euro, 1,5 Milliarden Euro und 2 Milliarden Euro für die nächsten drei Jahre sowie einer nicht abschätzbaren Höhe des tatsächlichen Mehraufkommens aus der Tabaksteuererhöhung ist die Beteiligung des Bundes begrenzt. Es ist davon auszugehen, dass eine komplette finanzielle Entlastung der GKV in Bezug auf die versicherungsfremden Leistungen nicht erreicht werden kann. Zudem werden die Zahlungen ab dem Jahr 2007 auf dem Vorjahresniveau eingefroren.

Der DGB sieht damit seine Forderung, die Beitragszahler der GKV um das gesamte Volumen der versicherungsfremden Leistungen finanziell zu entlasten, nicht erfüllt. Das Ziel einer

kurzfristigen Beitragssatzsenkung kann nur dann erreicht werden, wenn die Beteiligung des Bundes der Höhe der tatsächlichen Ausgaben der GKV für familienpolitische Leistungen entspricht.

§ 58 Sterbegeld, § 59 Höhe des Sterbegeldes

Vorgesehen ist, §§ 58, 59 aus dem SGB V zu streichen. Der Zuschuss zu den Bestattungskosten beim Tod eines Versicherten/Mitglieds der GKV soll als Leistung wegfallen.

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.

Entbindungsgeld Artikel 5a (§ 195 RVO)

Es ist vorgesehen, das einmalige Entbindungsgeld in Höhe von 77 Euro für Versicherte, die keinen Anspruch auf laufendes Mutterschaftsgeld haben, als Leistung zu streichen.

Der DGB lehnt diese Maßnahme ab. Das Entbindungsgeld 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.

Tragung der Beiträge bei versicherungspflichtiger Beschäftigung Nr. 129 (§ 249)

Mit dieser Regelung ist die Verschiebung der paritätischen Finanzierung (Beitragstragung von Arbeitnehmern und Arbeitgebern je zur Hälfte) zu Lasten des Versichertenanteils beabsichtigt. Die nach dem Arbeitsentgelt zu bemessenden Beiträge zur GKV sollen von den versicherungspflichtig Beschäftigten zu 53 Prozent und von ihren Arbeitgebern zu 47 Prozent getragen werden. Die Erhöhung des Versichertenanteils um 3 Prozent soll dem Finanzierungsanteil für die Krankengeldausgaben entsprechen.

Der DGB lehnt diese Maßnahme entschieden ab.

Die Herausnahme des Krankengeldes aus der paritätischen Finanzierung lastet die Kosten dafür (ca. 7,1 Milliarden Euro im Jahr 2002) allein den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern auf. Arbeitgeber werden durch die Reduzierung ihres Beitragsanteils entlastet.

Die Veränderung der paritätischen Finanzierung zu Ungunsten der Versicherten zur Finanzierung des Krankengeldes ist der Einstieg in den grundsätzlichen Ausstieg aus der gesellschaftlich unumstrittenen paritätischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Daneben 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 Unterneh-

men 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 Beschäftigten 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 Beitragssätze für die Versicherten das Ziel der höheren Konsumnachfrage, die zur Belebung des Wirtschaftsstandortes dringend benötigt wird. Der DGB sieht in der vorgesehenen Maßnahme zur Aufhebung der paritätischen Beitragsfinanzierung der GKV aus den dargestellten Gründen große Gefahren und lehnt diese ab.

Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen

Nr. 128 (§ 248)

Die Regelung sieht vor, dass Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen aus selbständiger Tätigkeit bei Rentnern nunmehr mit dem vollen Beitragssatz bemessen werden. Damit wird die seit 01.01.1983 geltende Regelung aufgegeben, wonach die Beiträge aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen nur nach dem halben Beitragssatz bemessen werden. Für Rentner, die ausschließlich eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung erhalten, tritt keine Änderung der Beitragsbelastung ein.

Der DGB lehnt die Veränderung der Beitragsbemessung bei Rentnern ab. Die vorgesehene Maßnahme will zwar auf der Grundlage des Prinzips der Leistungsfähigkeit bei der Beitragsbelastung insbesondere Rentner mit hohen Versorgungsbezügen und weiteren Arbeitseinkommen stärker belasten. Dennoch stellt die vorgeschlagene Regelung eine

grundlegende Änderung der Beitragsbelastung der Rentner dar, die im Vorgriff auf die in naher Zukunft anstehende Modifikation der Finanzierungsgrundlagen der GKV realisiert werden soll. Da diese singuläre Maßnahme nicht Teil eines eigenständigen Konzeptes zur zukünftigen Sicherung der Finanzierungsgrundlagen der GKV ist, besteht derzeit kein Anlass, für eine Versichertengruppe allein eine Änderung der Beitragsbemessung vorzunehmen. Der DGB stimmt aus diesem Grund der vorgesehenen Regelung nicht zu. Ein Modell zur zukünftigen Finanzierung der GKV muss sich nach Meinung des DGB an den Prinzipien der Solidarität und der Leistungsfähigkeit sowie am Ziel der gerechteren Beitragsbelastung orientieren.

Künstliche Befruchtung (§ 27 a) und Sterilisation (§ 24 b) – Streichung aus dem Leistungskatalog Nrn. 6 und 7

Sterilisation und künstliche Befruchtung sollen als Bestandteile persönlicher Lebensplanung aus dem GKV-Leistungskatalog gestrichen werden.

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 aus dem geplanten Bundeszuschuss für familienpolitische / gesamtgesellschaftliche Aufgaben finanziert werden.

Allerdings mit vernünftiger Begrenzung: nach § 27 a, Abs. 1, Satz 1, Ziffer 2 besteht erst dann keine „hinreichende Aussicht“ auf Herbeiführung einer Schwangerschaft (mit der Folge, dass die Kosten nicht übernommen werden), „wenn die Maßnahme viermal ohne Erfolg durchgeführt worden ist“. Mit Blick auf die psychosozialen Folgen und auf die damit verbundenen Kosten

ist das Wort „viermal“ durch das Wort „zweimal“ zu ersetzen.

11. Neugestaltung der Zuzahlungen und Befreiungsmöglichkeiten

Erhöhung der Zuzahlung (§ 31, Abs. 3, § 33, Abs. 1 und § 39) Nrn. 10, 12 und 18

Erhöhung der Zuzahlung für Arznei- und Verbandmittel auf 4, 6, oder 8 € je nach Packungsgröße. Für Versicherte, die sich am Hausarztssystem, an Disease-Management-Programmen oder integrierten Versorgungsformen beteiligen, sinkt die Zuzahlung auf die Hälfte. Der Zuzahlungsbetrag für Härtefälle beträgt 1 €.

Anhebung der Zuzahlung für Krankenhausaufenthalte von 9 € auf 12 € pro Tag und Streichung der Zuschüsse zu Sehhilfen aus dem Leistungskatalog. Ausnahmen: Kinder, Jugendliche und bei schweren Sehstörungen

Einerseits hat bei Arzneimitteln die stärkere Orientierung an den tatsächlichen Kosten je Packungsgröße eine gewisse Rationalität, andererseits trifft die Zuzahlungserhöhung ausschließlich die Kranken. Sie ist deshalb ebenso abzulehnen wie die Streichung des bisherigen Zuschusses für Sehhilfen und die Erhöhung der Zuzahlung je Krankenhaustag um ein volles Drittel (von 9 auf 12 €). Gerade hier ist eine Steuerungswirkung ausgeschlossen, am wenigsten auf die Dauer des Krankenhausaufenthaltes haben die Patienten selbst Einfluss.

Die Erhöhung der Zuzahlungen führt zu einer indirekten Benachteiligung von Frauen, da sie im Schnitt ein wesentlich geringeres Einkommen erzielen als Männer und daher im Vergleich stärker belastet werden. (s. Berufs- und Einkommensbericht der Bundesregierung). Hier werden die Prinzipien Parität und Solidarität verletzt. Darüber hinaus werden Witwen noch einmal belastet, wenn es um die Zuzahlungen im Rahmen der Beihilfe geht (wegen der Übertragung der gesetzlichen Regelungen im GMG auf die Beihilfe ist mit dieser doppelten Benachteiligung zu rechnen) Durch die Einführung von Praxisgebühren werden Geringverdienende – überwiegend Frauen - faktisch genötigt zuerst zum Hausarzt zu gehen. Gutverdienende Männer und Frauen können diesem Steuerungsmechanismus dagegen relativ unproblematisch entgehen. Dies ist sozial ungerecht und ineffizient.

Praxisgebühr (§28, Abs. 4 - neu) Nr. 8

Ziel der Einführung einer Praxisgebühr soll sein, „den Versicherten zu rationalerem, systemgerechtem Verhalten anzuhalten“, konkret, zunächst den Hausarzt aufzusuchen und ihn darüber entscheiden zu lassen, ob und welche fachärztliche Weiterbehandlung geboten ist. Ist sie geboten, so dokumentiert der Hausarzt dies mit einer Überweisung zum Facharzt. Ausgenommen sind alle Versicherten, die sich in Programme der Integrierten Versorgung, in strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Erkrankungen oder in das Hausarztssystem eingeschrieben haben bzw. bei Vorliegen einer chronischen Erkrankung eine Bescheinigung vorlegen können, dass es derartige Angebote im konkreten Fall nicht gibt. Aus-

genommen sind unabhängig davon Besuche beim Augenarzt, Frauenarzt und beim psychologischen Psychotherapeuten.

Die Einführung einer Praxisgebühr wird als kostspielig, ungeeignet und überflüssig abgelehnt. Trotz zahlreicher Ausnahmen ist zudem nicht auszuschließen, dass Menschen mit geringerem Einkommen wegen der Praxisgebühr an sich erforderliche Arztbesuche unterlassen.

Zur Erreichung des eingangs genannten Ziels erscheint eine Praxisgebühr a) nicht geeignet, sie erscheint b) angesichts der Regelungen zum Hausarztssystem (§§ 62 a und 67) auch überflüssig und c) mit unklarem Verwaltungs- und Kostenaufwand verbunden zu sein.

a) Geeignet könnte die Maßnahme nur sein, wenn sie nachvollziehbar Lenkungswirkung entfalten könnte; die aber ist in keiner Weise belegt, im Gegenteil: in Österreich wird gerade augenblicklich erwogen, die existierende Praxisgebühr mangels Steuerungswirkung und mit Blick auf sehr hohe Verwaltungskosten wieder abzuschaffen.

b) In den Regelungen zum Hausarztssystem wird mit einem Bonus (Halbierung der Arzneimittelzuzahlung) zur Teilnahme an Hausarztprogrammen angeregt. Mit einer Praxisgebühr würden diejenigen, die sich nicht sofort anregen lassen, zusätzlich beim Facharztbesuch ohne Überweisung mit 15 € je Facharzt und Quartal bestraft – insgesamt überzogen.

c) An keiner Stelle schließlich gibt der Gesetzentwurf Aufschluss darüber, wie der Einzug erfolgen soll. Etwa bei dem Facharzt, der doch gerade „zu früh“ aufgesucht wird? Wer dokumentiert was wo? Wie hoch sind die voraussichtlichen administrativen Kosten? Statt größerer Klarheit, Vereinfachung und Verwirtschaftlichung droht eine neue Verkomplizierung für die Versicherten und Patienten. Angesichts dessen kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass Menschen mit geringerem Einkommen wegen der Praxisgebühr an sich erforderliche Arztbesuche unterlassen - trotz zahlreicher Ausnahmetatbestände im GE. Schließlich sind die Ausnahmen (Besuche beim Augen- oder Frauenarzt bzw. beim Psychotherapeuten) unzureichend, auch bei anderen Fachärzten und auch ohne Vorliegen eines Notfalles kann ein sofortiger Besuch ohne vorherigen Hausarztbesuch mit Überweisung begründet, sinnvoll und wirtschaftlich sein; denkbar wäre die nachträgliche Legitimierung durch den Hausarzt.

Festzuschuss bei Zahnersatz (§ 30) Nr. 9

<Maßnahme:>

Prozentuale Zahnersatzzuschüsse werden durch therapiebezogene Festzuschüsse ersetzt. Die Festlegung erfolgt kassenartenbezogen auf der Ebene der Vertragspartner.

Die Höhe der Festzuschüsse folgt dem bisherigen Niveau der prozentualen Anteile der Kassen. (Härtefälle erhalten den doppelten Zuschuss.)

<Stellungnahme:>

Der Vorschlag einer Umstellung auf therapiebezogene Festzuschüsse ist grundsätzlich zu begrüßen.

Zentrale Gestaltungselemente dabei sind u.a.:

- kostenfreier Heil- und Kostenplan durch den Zahnarzt
- Genehmigung des Heil- und Kostenplans durch die Kasse
- Beibehaltung des bisherigen Leistungsniveaus in der Versorgung
- Abrechnung über die KZVÄ, nicht direkt
- Festzuschüsse als Vergütungsbestandteil in der Gesamtvergütung

Da nicht auszuschließen ist, dass die Umsetzung den Zielen der Zahnärzteschaft zuwiderläuft und daher mit entsprechender Blockade zu rechnen sein kann, sollte der Gesetzgeber Fristen für die Festlegung der Leistungskomplexe benennen.

Darüber hinaus sollten konkrete Berechnungsvorschriften für die Bildung der Festzuschüsse vorgegeben werden.

Fahrtkosten

Nr. 21

Der Gesetzentwurf sieht in § 60 vor, dass künftig die Krankenkassen entsprechende Leistungen nur noch aus „zwingenden medizinischen Gründen“ erbringen dürfen. Gegenwärtig ist der Nachweis der medizinischen Notwendigkeit erforderlich.

Der Gesetzentwurf sieht weiterhin vor, dass ein Anspruch auf Kostenübernahme durch die Krankenkasse nicht besteht, „so weit es einer im Haushalt des Versicherten lebenden Person oder einem Angehörigen zumutbar ist, die erforderliche Fahrt durchzuführen.“

Gegen eine Beschränkung der Kostenübernahme auf zwingende medizinische Gründe ist nichts einzuwenden.

Erhebliche Bedenken bestehen allerdings bei der Bestimmung, dass sowohl im Haushalt des Versicherten lebende Personen als auch Angehörige vorrangig entsprechende Fahrten durchzuführen haben. Dass in einem Haushalt lebende Personen entsprechende Fahrdienste durchführen sollten, erscheint in Einzelfällen zumutbar. Bei regelmäßig notwendigen Fahrten, z.B. Dialysepatienten/Patientinnen erscheint dies nicht zumutbar. Der Begriff der

Angehörigen ist allerdings generell zu weit gefasst und sollte daher ersatzlos gestrichen werden. Der Verweis auf die Inanspruchnahme der Hilfsdienste von Angehörigen führt zu einem unvermeidbaren Verwaltungsaufwand im Rahmen der Prüfung der Zumutbarkeit ihrer Unterstützung. Im übrigen sind Rechtsstreitigkeiten in einem großen Rahmen mit einer daraus Belastung von Verwaltung und Gerichten vorprogrammiert.

**Härtefallregelungen (vollständige Befreiung/teilweise Befreiung, §§ 61 und 62)
Bonus für Versicherte/Versichertenbonus für gesundheitsbewusstes Verhalten (§§ 62 a und 65 a)
Nrn. 22 – 25**

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass es zukünftig eine vollständige Befreiung von Zuzahlungen nur noch bei Heil- und Hilfsmitteln geben soll. Für Arznei- und Verbandmittel soll keine vollständige Befreiung mehr möglich sein.

Bei Zahnersatz soll zukünftig maximal der doppelte Festzuschuss übernommen werden. Für Patientinnen und Patienten, die wegen derselben Krankheit in Dauerbehandlung sind, soll die bisherige Regelung, dass sie nach Ablauf des ersten Jahres von Zuzahlungen generell befreit werden, entfallen. Das heißt, die Belastungsgrenze für chronisch Kranke soll bei 1 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt festgelegt werden.

Für Versicherte, die an einem Hausarztssystem, strukturierten Behandlungsprogrammen bei chronischen Erkrankungen oder an einer integrierten Versorgung teilnehmen, werden die Zuzahlungen für Arznei- und Verbandmittel reduziert.

Die Regelungen, wonach Härtefälle zukünftig für Arznei- und Verbandmittel zuzahlen sollen, ist abzulehnen. Sie führen zu einer sozial nicht mehr vertretbaren wirtschaftlichen Belastung des Personenkreises, der bereits nach geltendem Recht als „bedürftig“ definiert wird.

Ebenso abzulehnen ist die verschärfte Zuzahlungsverpflichtung für chronisch Kranke. Damit werden gerade diejenigen, die auf Leistungen des Gesundheitssystems angewiesen sind, noch stärker als bisher belastet. Faktisch bedeutet das Vorhaben eine Beitragssatzerhöhung für chronisch Kranke (um 1 Prozent).

Die Bonusregelung für Versicherte ist differenziert einzuschätzen. Einerseits werden die Zuzahlungen für Patientinnen und Patienten generell angehoben. Dies ist abzulehnen. Angebote an Versicherte in Form von Bonusregelungen bei Teilnahme an Hausarztssystemen, strukturierten Handlungsprogrammen oder integrierter Versorgung sind zu unterstützen. Sie können dazu beitragen, die Qualität der Versorgung deutlich zu verbessern und letztlich zu Kostensenkungen beitragen. Deshalb könnten sie hier auch weiter gehen (gänzliche Befreiung, wie ursprünglich beabsichtigt). Bonusregelungen werden von uns nur in dieser, die Qualität verbessernden Form, unterstützt. Andere Formen von Bonusregelungen, die auf Privilegierung bestimmter Versichertengruppe und/oder die Honorierung des Verzichtes auf Gesundheitsleistungen u.ä. setzen, werden von uns dagegen abgelehnt. Hier bedarf es einer deutlichen Regelung im Gesetz, die den Solidarcharakter der Krankenversicherung sowie

das Ziel der Qualitätsverbesserung der Versorgung, insbesondere chronisch Kranker, stärker in den Vordergrund stellt.

**Art. 18
Informationssystem zur Bewertung medizinischer Technologien**

Hier wird der Vorrang von Aufträgen des zu gründenden „Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin“ bei der Bearbeitung von Forschungsaufträgen durch das „Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information“ festgelegt.

Zur Gewährleistung einer gesicherten und qualitativ hochwertigen Aufgabenerfüllung durch das „Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin“ erscheint diese Regelung sinnvoll (s. dazu auch Stellungnahme zum Deutschen Zentrum für Qualität in der Medizin).

**Art. 21
Änderungen des Sozialgerichtsgesetzes**

Im Rahmen einer Übergangsphase bis zum 31.12.2006 soll für Streitigkeiten im Zusammenhang mit der Kündigung von Versorgungsverträgen bei Plankrankenhäusern und Hochschulkliniken an Stelle der Verwaltungsgerichtsbarkeit ab 2007 der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet werden.

Die Vorschrift steht im Zusammenhang mit den ab 2007 vorgesehenen Änderungen der Regelungen über den Kontrahierungszwang der Krankenkassen mit den Krankenhäusern, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (§§ 108 bis 110). Aufgrund der Sachnähe zum herkömmlichen Bereich der Sozialversicherung und der künftigen Bedeutung der Rahmenvorgaben für eine qualitativ hochwertige Versorgung der Versicherten ist die Zuweisung des Rechtsweges vor die Sozialgerichte system- und sachgerecht.