

**Stellungnahme des
Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB) zu der

Anhörung des
Bundestagsausschusses für Gesundheit
zum**

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in
der Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)
der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
- Bundestagsdrucksache 16/3100 -**

**Antrag „Dem Gesundheitswesen eine stabile
Finanzgrundlage geben“
der Fraktion DIE LINKE
- Bundestagsdrucksache 16/3096 -**

**Antrag „Stärkung der Solidarität und Ausbau des Wettbe-
werbs – Für eine leistungsfähige Krankenversicherung“
der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
- Bundestagsdrucksache 16/1928 -**

**Antrag „Für Nachhaltigkeit, Transparenz,
Eigenverantwortung und Wettbewerb im
Gesundheitswesen“
der Fraktion der FDP
- Bundestagsdrucksache 16/1997 -**

Bewertung des Entwurfs zu einem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes

A) Allgemeiner Teil

Der Entwurf der Koalitionsfraktionen für das „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz“ wird den im Koalitionsvertrag genannten Zielen der Bundesregierung zur nachhaltigen und gerechten Sicherung der Finanzierung des Gesundheitswesens nicht gerecht. Insbesondere das Ziel der „Gewährleistung einer solidaren und bedarfsgerechten Finanzierung“ wird mit diesem Gesetzentwurf nicht erreicht, sondern grundlegend in Frage gestellt. Der DGB lehnt den die Finanzierung betreffenden Teil des Gesetzentwurfs deshalb ab. Auch in Zukunft muss gewährleistet sein, dass die Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen zu 100 Prozent aus den Beiträgen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer und zusätzlichen Steuermitteln zur Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Leistungen getragen werden.

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf wird vor allem das Hauptproblem, die strukturelle Einnahmeschwäche der Gesetzlichen Krankenkassen, nicht aufgefangen. Statt andere Einkommensarten zur Finanzierung mit heranzuziehen, die privaten Versicherungsunternehmen mit in die Pflicht zu nehmen und die Steuerfinanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben auszubauen, werden die Versicherten einseitig mit den Kostensteigerungen der Zukunft belastet.

Ausserdem werden neue Probleme geschaffen, denn die für die Einführung des Fonds notwendige, beschleunigte Entschuldung der Krankenkassen, der Aufbau einer Schwankungsreserve und der Aufbau der Fondsverwaltung treiben die Beiträge der gesetzlichen Krankenkassen in die Höhe.

- Einseitige Belastungen für die Versicherten

Die Konstruktion des Fonds sieht vor, dass die Beitragszahlungen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer nur im Anfangsjahr 100 Prozent der Ausgaben decken sollen. Danach wird der Fonds die Ausga-

ben nur zu mindestens 95 Prozent decken. Das hat eine strukturelle Unterfinanzierung der gesetzlichen Krankenkassen zur Folge. Die Folgen werden die Versicherten und Patienten in Form von Leistungsausgrenzungen, Billigtarifen und in Form des von der Bundesregierung geplanten Zusatzbeitrags zahlen müssen.

Da ein solcher Zusatzbeitrag die Belastungen einseitig bei den Versicherten ablädt, wird die paritätische Finanzierung der GKV weiter zulasten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer verschoben. Da dies das zentrale Ventil ist, über das Kostensteigerungen in Zukunft aufgefangen werden sollen, ist die Dynamik seiner Steigerung absehbar, wenn er erst einmal eingeführt ist.

Stattdessen fordert der DGB, die Einnahmebasis der Krankenkassen durch den Einbezug anderer Einkommensarten, eine adäquate Steuerfinanzierung gesamtgesellschaftlicher Leistungen und den Einbezug der privaten Krankenversicherungsunternehmen in einen Finanzausgleich zu verbessern.

Auch wenn wir die Intention der Überforderungsklausel teilen, eine Überlastung insbesondere der unteren Einkommen zu vermeiden, wird dies mit den vorgesehenen Regelungen nicht erreicht. Für die Krankenkassen entsteht durch die Prüfung, ob jemand mit mehr als einem Prozent seines beitragspflichtigen Einkommens belastet wird, Verwaltungsaufwand, der dadurch vermindert werden soll, dass ein Zusatzbeitrag bis zu 8 Euro ohne Einkommensprüfung erhoben werden kann. Die Folge ist: Wer 600 Euro im Monat zur Verfügung hat, zahlt in einer Kasse mit 8 Euro Zusatzprämie die vollen 8 Euro. Wenn die Kasse 9 Euro Zusatzbeitrag verlangt, sind nur 6 Euro fällig. Belastungen für Menschen, die ALG II beziehen, sollen dadurch abgemildert werden, dass sie sofort die Krankenkasse wechseln können. Gesetzt den Fall, die Betroffenen wären mobil genug und würden alle wechseln, dann würden sie massenhaft von Kassen mit Zusatzbeitrag zu Kassen ohne Zusatzbeitrag wechseln. Diese wiederum müssten beim Zugang vieler schlechter Risiken einen Zusatzbeitrag erheben und die Wanderschaft beginnt von neuem. Welcher Vorteil durch diese Wanderungsbewegungen entstehen soll, erschließt sich nicht, ebenso nicht, warum Leistungsberechtigte nach SGB II und SGB XII unterschiedlich behandelt werden.

Will man eine Überlastung der unteren und mittleren Einkommen vermeiden, ist der Verzicht auf die jetzt im Gesetzentwurf vorgesehene Möglichkeit, Zusatzbeiträge überhaupt erheben zu können, der einzig Erfolg versprechende Weg.

- Privatisierung der gesetzlichen Krankenversicherung



Künftig soll es Krankenkassen ermöglicht werden, Mitgliedern Prämien zu zahlen, wenn sie einen Selbstbehalt vereinbaren oder ein Jahr lang keine Leistungen (außer Vorsorge) in Anspruch genommen haben. Es ist damit zu rechnen, dass solche Tarife insbesondere mit gesunden und einkommensstarken Versicherten vereinbart werden. Kassen dürfen den Versicherten Prämien von bis zu 600 Euro im Jahr für die Wahl eines dieser Tarifmodelle und bis zu 900 Euro für die Kombination von zwei Tarifen erstatten. Die ausgezahlten Prämien stehen nicht mehr für die Versorgung zur Verfügung. Zudem werden Anreize gegeben, Leistungen zu vermeiden bzw. Krankheiten zu verschleppen. Der Versicherungsgedanke wird somit auf den Kopf gestellt.

Darüber hinaus sollen Krankenkassen noch umfassender als bisher Kostenerstattungstarife anbieten können, die Abkehr vom Sachleistungsprinzip ist vorprogrammiert. Viele Ärzte werden großes Interesse an der Kostenerstattung haben, das ist für sie lukrativer und schneller und bietet ihnen mehr Möglichkeiten, außerdem den Versicherten zusätzliche Leistungen anbieten zu können, welche von der Kasse nicht erstattet werden. Folgen werden die Entsolidarisierung der gesetzlichen Krankenversicherung und eine Angleichung an die Policen der privaten Krankenversicherungsunternehmen sein.

Zwar teilt der DGB die Absicht, die Arbeit der Spitzenverbände der Krankenkassen effizienter zu gestalten. Bevorzugt werden jedoch Lösungswege im Rahmen der Selbstverwaltung der Krankenkassen, wie sie bereits eingeschlagen worden sind. Eine solche Lösung wird auch für den Dachverband bevorzugt.

Die Änderungen bezüglich der Haftung der Krankenkassen zeigen jedoch eine Tendenz zur Privatisierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Die gesetzlichen Krankenkassen werden im vorliegenden Gesetzentwurf als Sozialversicherungsträger privaten Unternehmen angeglichen, sie werden teilprivatisiert. In die gleiche Richtung wirkt die Änderung der Gesellschaftsform der Krankenkassen-Verbände von Körperschaften des öffentlichen Rechts hin zu Gesellschaften des bürgerlichen Rechts, ebenso wie die geplante Rechnungslegung nach Handelsgesetzbuch statt nach dem Sozialgesetzbuch. Mit diesen Rahmenseetzungen und der Erlaubnis zu verbandsübergreifenden Fusionen entsteht die Gefahr einer Oligopolisierung der GKV.

Die Gesetzliche Krankenversicherung ist dem Allgemeinwohl und ihren Versicherten verpflichtet, deren Schutz sie dient, wie andere Sozialversicherungszweige auch. Zusätzlich nimmt die gesetzliche Krankenversicherung im staatlichen Auftrag auch gesellschaftliche

Aufgaben war, wie Schwangerschaftsleistungen und kostengünstige Versicherung für Arbeitslose. Eine (Teil-)Privatisierung der gesetzlichen Krankenversicherung läuft dem Versorgungsanspruch der Mehrheit zuwider. Es besteht zudem die Gefahr, dass die teilprivatisierte Krankenversicherung europäischem Wettbewerbsrecht unterliegt. In der bisherigen Rechtsprechung des EuGH spielte der öffentlich-rechtliche Charakter der Gesetzlichen Krankenversicherung eine große Rolle, um sie vom europäischen Wettbewerbsrecht auszunehmen.

- Was passiert, wenn die Krankenkasse insolvent wird?

Die geplante Geltung der Insolvenzordnung für gesetzliche Krankenkassen hätte zur Folge, dass im Rahmen von Insolvenzverfahren erbrachte Leistungen nur noch teilweise erstattet werden könnten. In der Folge werden Leistungserbringer gegenüber den Krankenkassen zur Vorkasse übergehen, die Kassen wiederum werden gezwungen, den Patienten flächendeckende Kostenerstattungstarife anzubieten, das Arzt-Patienten-Verhältnis gerät zu Lasten der Patienten in eine Schieflage. Größeren Versorgerkassen werden allein schon aufgrund der Versichertenstruktur Probleme haben. Die Folge könnte sehr schnell eine Ungleichbehandlung von Patientinnen und Patienten innerhalb der GKV sein: Kassen, die aufgrund ihrer Versichertenstruktur und Finanzlage zur Vorleistung in der Lage sind, können ihren Versicherten gegenüber eine schnellere medizinische Versorgung garantieren. Kranke und Gesunde dürfen aber nicht gegeneinander ausgespielt werden.

- Zentralisierung der Entscheidungen

Künftig soll der einheitliche Beitragssatz für den Gesundheitsfonds per Rechtsverordnung durch die Bundesregierung ohne Zustimmung der Länder festgelegt werden. Der Bundestag ist lediglich zu informieren. Ebenfalls per Rechtsverordnung ohne Zustimmung der Länder bestimmt das Bundesgesundheitsministerium den Aufbau des Fonds sowie die nähere Finanzierung des Fonds aus Beitragsmitteln.

Die Zentralisierung von Entscheidungen auf die Bundesregierung entmachtet nicht nur die soziale Selbstverwaltung der Versicherten und Arbeitgeber, sondern greift auch dem Parlament vor. Mit den

Verordnungsermächtigungen fallen Finanz- und Kontrollentscheidungen über Versichertengelder in eine Hand.

- Änderungen bei den privaten Krankenversicherungen

Auch einen tatsächlich fairen Wettbewerb zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den privaten Versicherungsunternehmen mit gleichen Bedingungen wird es nicht geben. Hier wird eine Chance verpasst, die überfällige Reform der solidarischen Krankenversicherung unter Einbezug aller Kassen anzugehen. Mit der bekannten Rosinenpickerei, dem Wettbewerb um die besten Risiken und Fehlanreize in der (ambulanten ärztlichen) Versorgung werden die Tendenzen zur Zweiklassenmedizin verstärkt. Belohnt wird nicht die bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung für die gesamte Bevölkerung, sondern das Erbringen möglichst vieler (gut bezahlter) Einzelleistungen für eine kleine Versicherten-Gruppe.

Es ergeben sich aber auch Neuerungen für die privaten Krankenversicherer. Sie sollen ehemals bei ihnen Versicherte wieder als Kunden annehmen müssen. Dabei wird der bisherige im Großen und Ganzen erfolglose Standardtarif Vorbild für den neuen Basistarif. Wahlfreiheit, wie von der großen Koalition versprochen, wird es aber nicht geben. Beispielsweise werden Beamte weiterhin gezwungen sein, sich privat kranken zu versichern.

Es ist dringend geboten, die Dienstgeber zu verpflichten, den Beamtinnen und Beamten und den Versorgungsempfängern, die freiwillig in der GKV versichert sind, den Arbeitgeberbeitrag zu gewähren. Das Beamtenrecht muss an dieser Stelle sozial geöffnet werden.

Zu einem fairen Wettbewerb zwischen PKV-Unternehmen und gesetzlichen Krankenkassen würden einkommensabhängige Beiträge, ein einheitlicher Leistungskatalog, Kontrahierungszwang für alle Versicherten, einheitliche Regelungen zur Vergütung der Leistungserbringer und ein Finanzausgleich zwischen den Kassen gehören. Solange diese Kriterien nicht erfüllt sind, bleibt der Wettbewerbsvorteil der privaten Krankenversicherungswirtschaft zu Lasten der GKV erhalten. Zumindest ist als erster Schritt erforderlich, die privaten Krankenversicherungen in einen Finanzausgleich mit der GKV einzubeziehen.

- **Strukturreformen in der GKV**

Der Gesetzentwurf enthält eine Reihe von sinnvollen Maßnahmen, die eine Verbesserung der Versorgung zum Ziel haben. So ist geplant, neue Versorgungsmodelle wie integrierte Versorgung, Disease-Management-Programme, hausarztzentrierte Versorgung und innovative Modellvorhaben dadurch zu befördern, dass die Krankenkassen ihren Patienten für die Teilnahme einen Bonus zahlen können. Im Vergleich zu den Wahlтарifen ist dies sinnvoll, denn der finanzielle Anreiz an die Versicherten kommt der ganzen Versorgungsgemeinschaft dadurch zu Gute, dass die Versorgung durch eine Verbesserung der Struktur insgesamt wirtschaftlicher wird. Zudem wird die Qualität durch verbesserte Zusammenarbeit erhöht.

Positiv ist auch zu werten, dass die Verhandlungsmöglichkeiten der Krankenkassen mit Leistungserbringern verbessert werden mit dem Ziel einer wirtschaftlichen gesundheitlichen Versorgung.

Schließlich werden einige Leistungen in den Pflichtleistungskatalog aufgenommen wie Palliativmedizin, Vater-Mutter-Kind-Kuren und geriatrische Rehabilitation, so dass die Versorgung für die Versicherten und Patienten verbessert wird.

Diese positiven Ansätze werden aber durch die gewaltigen Umbaumaßnahmen in der GKV konterkariert. Die gesetzlichen Krankenkassen werden mit an sich schon teuren Finanz- und Organisationsreformen überlastet. Die Erfahrungen anderer Sozialversicherungszweige lassen befürchten, dass die Versicherten, die Unterstützung suchen, dabei auf der Strecke bleiben werden.

- **Fazit**

Im Kern bedeutet der vorliegende Gesetzentwurf die (Teil-) Privatisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung – sowohl der Leistungen wie auch der Krankenkassen. Die Belastungen und Risiken werden vor allem auf die Versicherten verlagert – auch die Kosten für PKV-Unternehmen werden wohl zu Lasten der PKV-Kunden auf diese umgelegt. Zwischen den gesetzlichen Kassen einerseits und mit den PKV-Unternehmen andererseits wird der Wettbewerb als verschärfte Rosinenpickerei veranstaltet statt als Qualitätswettbewerb. Denn der Gesetzentwurf orientiert die gesetzlichen Krankenkassen mehr auf Leistungsvermeidung statt auf die beste Versorgung der Versicherten.

Ursache der skizzierten Entwicklung ist vor allem die drohende Unterfinanzierung der GKV . Die hierdurch bedingte Dynamik konterkariert die Behauptung, dies sei die erste Reform ohne Leistungskürzungen. Die Regelungen im vorliegenden Gesetzentwurf tragen nicht zu einer Stärkung, sondern vielmehr zu einer Schwächung der solidarischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung bei.

B) Besonderer Teil

I. Finanzierung

- Errichtung des Gesundheitsfonds (§§ 271 ff. SGB V)

Der Gesetzentwurf sieht die Einrichtung eines Gesundheitsfonds vor, in dem gesetzlich festgelegte Beiträge und ggf. auch Steuermittel gebündelt werden. Bei der Festlegung der Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge wird der Sonderbeitrag von 0,9 Prozent allein zu Lasten der Versicherten und damit der Ausstieg aus der paritätischen Finanzierung zementiert.

Das Bundesversicherungsamt (BVA) verwaltet diesen Fonds als Sondervermögen gem. § 271 „Gesundheitsfonds“ SGB V, der neu eingefügt wird. Dies gilt sowohl für die Beiträge als auch für Finanzausgaben aus Bundesmitteln. Zusätzlich zu diesen Mitteln wird eine Liquiditätsreserve gebildet, über deren Höhe und Aufbau die Bundesregierung per Rechtsverordnung nach § 241 Abs. 1 ohne Mitwirkung des Bundesrates entscheidet. Reicht die Liquiditätsreserve nicht aus, leistet der Bund ein nicht zu verzinsendes Darlehen, das bis Jahresende zurück zu zahlen ist. Die Verwaltungsausgaben des BVA müssen aus dem Fonds, das heißt weitestgehend aus Beiträgen, finanziert werden, wobei das Nähere durch eine Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 ohne Zustimmung des Bundesrates geregelt werden soll.

Gemäß dem neu eingefügten § 272 „Übergangsregelungen zur Einführung des Gesundheitsfonds“ SGB V schätzt das BVA die Ausgleichsansprüche und –verpflichtungen für einen möglichen Ausgleich zwischen den gesetzlichen Kassen in den Bundesländern. Näheres zur Datenerhebung und zur Umsetzung erfolgt per Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates. Zu den Auswirkungen dieser Regelung soll ein Gutachten in Auftrag gegeben werden. Für eine mögliche Berechnung der Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen muss das BVA die Berechnungen des RSA auf Grundlage des Jahres 2008 fortführen.

Im Zuge der Errichtung des Gesundheitsfonds wird auch die „Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung“ in § 274

SGB V verändert. Zusätzlich zu den bundesunmittelbaren Kassen und den Spitzenverbänden dürfen nun auch landesunmittelbaren Kassen durch den Bund geprüft werden. Der Bundesrechnungshof soll die Haushalts- und Wirtschaftsprüfung der gesetzlichen Kassen, ihrer Verbände und Arbeitsgemeinschaften überprüfen.

Im ersten Teil „Aufbringung der Mittel“ des ersten Abschnitts „Beiträge“ des achten Kapitels „Finanzierung“ enthält § 220 SGB V „Grundsatz“ die Regelungen, dass die Einnahmen des Fonds die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen sowie den Aufbau der entsprechenden Liquiditätsreserve zu decken haben. Darüber hinaus ist der Beitragssatz zu erhöhen, wenn aus dem Fonds die Ausgaben der Krankenkassen sowie der Aufbau der entsprechenden Liquiditätsreserve nicht zu mindestens 95 Prozent gedeckt werden. Umgekehrt soll der Beitragssatz ermäßigt werden, wenn die Deckung 100 Prozent übersteigt.

Der Gesundheitsfonds löst in der vorliegenden Form nicht das Hauptproblem der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, nämlich die wegbrechende Beitragsbasis. Vielmehr verbinden sich mit seiner Einrichtung eine Reihe neuer Risiken. Bis zur Einführung müssen sich die Kassen entschulden. Die hierfür nötigen 4 Milliarden Euro erreichen eine beitragsrelevante Größe. Ein weiteres Risiko für den Beitragssatz stellt die geplante Einführung einer Schwankungsreserve in Höhe von etwa drei Milliarden Euro dar.

Zudem bedeutet die Ausgestaltung des Fonds eine politisch gesetzte Verknappung von Beitragsmitteln. Nur im Jahr der Einführung soll der Fonds 100 Prozent der Ausgaben decken. Ansonsten ist vorgesehen, dass der Fonds die Ausgaben zu mindestens 95 Prozent decken wird. Das bedeutet, dass Ausgabenrisiken einseitig bei den Versicherten abgeladen werden. Und zwar in Form von Verschlechterung des Service, Ausdünnung des Geschäftsstellennetzes, Verschlechterungen bei freiwilligen und Satzungsleistungen und schließlich im Angebot von Billigtarifen. Reicht dies nicht aus, sind die Kassen gezwungen, den Zusatzbeitrag zu erheben. Für die großen Versorgerkassen bedeutet dies, dass sie auch in Folge der Geltung der Insolvenzordnung insolvent werden können.

Der DGB wendet sich gegen diese strukturelle Unterfinanzierung der Kassen und die einseitige Belastung der Versicherten insbesondere muss die Möglichkeit der Kassen, Zusatzbeiträge zu erheben gestrichen werden.

Mit der Konvergenz-Klausel bezüglich des Risikostrukturausgleichs für Bundesländer läuft der Gesetzgeber außerdem Gefahr, eine Regelung zu schaffen, über deren Verwirklichungschancen völlige Unklarheit herrscht. Zudem konterkariert die große Koalition ihre eigene Aussage, dass die gesetzliche Krankenversicherung eine große Solidargemeinschaft sei, nicht einzelne Kassen oder Bundesländer.

- Staatliche Festlegung des Beitrags (§ 241 SGB V)

§ 241 SGB V „Allgemeiner Beitragssatz“ wird neu gefasst. Der Beitragssatz wird künftig durch Rechtsverordnung der Bundesregierung ohne Zustimmung des Bundestages bestimmt und ggf. jährlich angepasst. Der Bundestag wird drei Wochen vorher informiert.

In Art. 2 Nr. 29c wird durch § 259 SGB V erneut festgeschrieben, dass die Arbeitnehmer den Sonderbeitrag von 0,9 Prozent allein tragen müssen.

Der DGB sieht in der Errichtung des Gesundheitsfonds eine Verschiebung von Kompetenzen zur Bundesregierung, für die der Gesetzentwurf die Begründung schuldig bleibt. Die soziale Selbstverwaltung ist Ausdruck der Bürgergesellschaft und wesentliches Element unseres demokratischen Rechtsstaats.

Stattdessen muss die Entscheidung über die Höhe der Beitragssätze bei den Vertretern der Beitragszahler, der Selbstverwaltung, bleiben. Ohne diese Finanzhoheit würde der demokratischen Selbstverwaltung bei den Kassen die wesentliche Grundlage für Richtungsbeschlüsse fehlen, auf deren Basis die Vorstände Management-Entscheidungen treffen können, die Wirtschaftlichkeit und Versorgungsqualität zusammenbringen. Die Politik hat über ihre Aufsichtsfunktion schon bislang starken Einfluss auf die Beitragssätze, nicht zuletzt hat z. B. der Druck der Aufsichtsbehörden auf die Beitragssätze zur Verschuldung einzelner Krankenkassen beigetragen.

Der DGB wendet sich erneut gegen die Aushebelung des Grundsatzes der paritätischen Finanzierung der GKV. Die Arbeitgeber müssen nach wie vor einen Anreiz haben, für eine gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeit zu sorgen. Das kann nur gelingen, wenn sie weiterhin in der Finanzverantwortung für die Gesundheitsversorgung bleiben.

- Zusatzbeitrag (242 SGB V)

Der Gesetzentwurf sieht in § 242 SGB V „Kassenindividueller Zusatzbetrag“ folgende Regelung vor: Falls die Zuweisungen aus dem Fonds die Ausgaben der Krankenkassen nicht decken, können die Kassen den Versicherten einen Zusatzbeitrag in Form einer Pauschale oder eines einkommensbezogenen Beitrags abverlangen. Dieser wird auf ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten begrenzt. Pauschale oder prozentuale Zusatzbeiträge bis zu einer Höhe von 8 Euro können ohne Prüfung einer möglichen Überforderung erhoben werden. Für den Fall, dass die Zuweisungen aus dem Fonds die Ausgaben übersteigen, können Gelder an die Versicherten ausgezahlt werden. Mögliche Schwankungen in den Finanzen müssen durch eine Rücklage gedeckt werden. Während der Selbstverwaltung die Finanzsouveränität insgesamt entzogen werden soll, darf sie per Satzungsentscheidung über Zusatzbeiträge entscheiden. Der Spitzenverband Bund hat dem Bundestag bis zum 30. Juni 2011 einen Bericht zu der Überforderungsklausel vorzulegen.

§ 251 Abs. 6 SGB V „Tragung der Beiträge durch Dritte“ regelt, dass der Zusatzbeitrag bei ALG II - Leistungsberechtigten während der Frist zur Kündigung der Krankenkasse vom Bund bezahlt wird.

Für Leistungsberechtigte zur Hilfe zum Lebensunterhalt und zur Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach SGB XII § 32 „Beiträge für die Kranken- und Pflegeversicherung“ übernimmt der jeweilige Träger sowohl die Beiträge als auch den Zusatzbeitrag.

Der DGB lehnt diese Zusatzbeiträge ab. Ein solcher Zusatzbeitrag belastet einseitig die Versicherten mit den Kostensteigerungen der Zukunft. Außerdem wirkt er zusätzlich zu den bestehenden Belastungen durch Zuzahlungen, für die eine weitere Obergrenze von zwei Prozent gilt (ein Prozent für chronisch Kranke). Zudem ist der Zusatzbeitrag, wenn er erhoben werden muss, kein Zeichen für die wirtschaftliche Kompetenz einer Kasse. Vielmehr spiegelt der Zusatzbeitrag die Zusammensetzung der Versicherten wieder: der Zusatzbeitrag muss genommen werden, wenn eine Kasse viele Geringverdiener als Versicherte hat.

Die Veränderung der 1-Prozent-Regelung verhindert nicht, dass Versorgerkassen mit vielen einkommensschwachen Mitgliedern schnell viele Härtefälle feststellen und die dadurch entstehenden

Einnahmeausfälle durch eine weitere Anhebung des Zusatzbeitrags ausgleichen müssen. Daher werden sich die Kassen im Wettbewerb mit anderen Kassen darum bemühen, möglichst keinen Zusatzbeitrag erheben zu müssen. Eher werden sie freiwillige Satzungsleistungen streichen und teure Aqoise von Menschen mit guten Risiken betreiben. Damit werden höhere Ausgaben für Werbung notwendig, anstatt mehr Aufwand für die Qualität der Versorgung zu treiben.

Wer Leistungen aus ALG II, Sozialgeld, Hilfe zum Lebensunterhalt und Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung bezieht, müsste bei acht Euro Zusatzbeitrag mehr als zwei Prozent seines Lebensunterhalts einsetzen. Auch wenn jetzt vorgesehen ist, dass ALG II – Leistungsberechtigte sofort die Kasse wechseln können, würde dies die sozialen Härten nicht verhindern. Alle Erkenntnisse zu Finanzdienstleistungen (Versicherungen, Bankkonten, Krankenkassen) weisen darauf hin, dass die dafür notwendige Mobilität bei der Wahl der Kasse stark von Bildungsgrad und Einkommen abhängig ist. Gerade Menschen in ärmeren Lebenslagen, sind weniger mobil in Finanzdienstleistungen.

Mit der für Leistungsberechtigte zur Leistung der Hilfe zum Lebensunterhalt und zu Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach SGB XII wird hier eine großzügige Lösung angestrebt jedoch zu Lasten der Sozialhilfeträger. Die Verschiebung von Lasten zwischen Sozialversicherungszweigen oder verschiedenen Systemen der sozialen Sicherung ändert die sachlichen Probleme nicht, zumal nicht ersichtlich ist, warum die Erwerbsfähigkeit, die Leistungsberechtigte nach SGB II und XII unterscheidet, automatisch eine höhere Kompetenz in Fragen des Krankenkassenwechsels nach sich ziehen sollte.

Der DGB spricht sich gegen eine Schlechterstellung von Arbeitslosengeld II-Empfängern im Vergleich zu Sozialhilfeempfängern hinsichtlich des Zusatzbeitrages aus. Das ALG II stellt ebenso wie die Hilfe zum Lebensunterhalt das Existenzminimum dar, von dem nicht systemwidrig Abzüge vorgenommen werden dürfen, die nicht in die Regelsatzbemessung eingeflossen sind. Es handelt sich um eine faktische Kürzung des Existenzminimums. Die Ungleichbehandlung wird auch nicht durch die Möglichkeit eines Kassenwechsels bei Erhebung eines Zusatzbeitrages geheilt. Hier entsteht ein unverhältnismäßiger Aufwand auf Seiten der Betroffenen wie der Kassen. Außerdem liegt es in der hier installierten Logik, dass die Kassen versuchen werden, „Wanderbewegungen“ durch Angleichung des Zusatzbeitrags auszugleichen.

Der Zusatzbeitrag ist allein eine zusätzliche Belastung der Versicherten und verschiebt mithin die paritätische Finanzierung der GKV zu Gunsten der Arbeitgeber. Ist ein solcher Zusatzbeitrag einmal eingeführt, wird er eine Steigerungsdynamik entwickeln, die zuständigen Konflikten um seine Begrenzung führen wird, insbesondere wenn die Grenze so widersprüchlich und schwer praktikabel ist wie hier vorgesehen. Z. B. werden willkürlich Unterschiede bei Hilfebedürftigen in der Zusatzbelastung getroffen. Auch deshalb muss auf die Einführung eines Zusatzbeitrags verzichtet werden.

- Beitragseinzug (§§ 28ff SGB IV)

Bisher konnten die Arbeitgeber nach § 28 f SGB IV „Aufzeichnungspflicht, Nachweis der Beitragsabrechnung und Beitragszahlung“ beantragen, dass sie ihre Beiträge getrennt nach Kassenarten gesammelt abführen können – statt an jede einzelne Kasse. Diese Kann-Regelung wird nun für die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtend und ab 2011 kassenartenübergreifend an eine Einzugsstelle.

Die Kassen waren bisher Sammelstelle für die Beiträge zur GRV und zur GAV. § 28 I SGB IV „Vergütung“ regelte, dass die beteiligten Sozialversicherungsträger über die Höhe der Vergütung an die Sammelstellen einigen mussten. Für den Fall dass eine Einigung nicht zustande kam, sah der Paragraph Vergütungshöhen vor. Nun soll sich der künftige Spitzenverband mit den anderen Sozialversicherungszweigen einigen, ein Gewinn für die Sammelstellen ausgeschlossen und keine gesetzliche Regelung für den Fall, dass keine Einigung erfolgt, vorgesehen werden.

Im Gegensatz zu ursprünglichen Planungen, die wir von Anfang an mit Nachdruck kritisiert hatten, erfolgt der Beitragseinzug nicht durch den Fonds, sondern verbleibt bei den Kassen. Das begrüßt der DGB insbesondere im Interesse der Beschäftigten und eines reibungslosen Ablaufs. An den negativen Auswirkungen des Aufbaus zusätzlicher Bürokratie durch den Fonds auf die Versicherten ändert dies allerdings nichts. Für eine Vereinheitlichung des Beitragseinzugs bedarf es im Übrigen nicht der Einrichtung des Gesundheitsfonds. Die für die Zeit ab 2011 gefundene Regelung des Beitragseinzugs wäre auch möglich, wenn die Finanzsouveränität bei den Krankenkassen verbleiben würde.

Für den DGB gilt auch hier seine bereits oben dargestellte Kritik zur Errichtung des Fonds. Zentrales Kriterium für alle weiteren Regelungen ist, dass die Versicherten nicht durch mehr Verwaltungsaufwand und nicht einseitig belastet werden dürfen.

**- Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
(§§ 267 – 272 SGB V)**

Im Zuge der Errichtung des Fonds werden in § 266 SGB V „Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds“ geregelt. Diese setzen sich aus einer Grundpauschale, alters-, geschlechts- und risikoadjustierten Zu- und Abschlägen sowie Zuweisungen für sonstige Aufgaben nach § 270 SGB V zusammen. Das BVA berechnet diese Zahlungen für ein Jahr im Voraus. Nach Jahresabschluss erfolgt eine nachträgliche Abrechnung.

§ 267 SGB V „Datenerhebungen zum Risikostrukturausgleich“ sieht nun vor, dass die Kassen Daten zu den nichtversichertenbezogenen Ausgaben, unter anderem Verwaltungsausgaben, erheben müssen. Darüber werden andere Kriterien für die Datenerhebung gestrichen.

In § 268 „Weiterentwicklung des RSA“ ist nun für 2009 eine Art morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich vorgesehen. Dieser soll bei „50 bis 80 insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf“ wirksam werden. Morbiditätszuschläge sind für die Fälle vorgesehen, in denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versichertem bei schwerwiegenden Krankheiten, die durchschnittlichen Ausgaben der GKV je Versichertem um 50 Prozent übersteigen.

§ 269 SGB V „Solidarische Finanzierung aufwändiger Leistungsfälle (Risikopool)“ enthält nun eine Regelung, der das Ende des Risikopools mit dem Inkrafttreten des weiterentwickelten RSAs verknüpft.

Der DGB hat sich wiederholt für die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs zu einem morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleich ausgesprochen, wie er vom Gesetzgeber im GMG bereits beschlossen ist, um den Wettbewerb zwischen den Kassen, um gute Risiken zu beenden und stattdessen einen Wettbewerb um gute Versorgungsqualität zu ermöglichen. Es ist zu bedauern, dass diese Weiterentwicklung im Rahmen der Konstruktion des Gesundheitsfonds in Frage gestellt wird.

Zum einen bleibt die Morbiditätsorientierung unvollständig. Die geplante Beschränkung auf 50 bis 80 Krankheiten ist zunächst eine politische Setzung, die sich nicht aus der Sache heraus erklärt. Zudem wird die Morbidität nur ungenügend abgebildet, denn je mehr Krankheiten berücksichtigt werden, desto gerechter ist der Ausgleich und desto geringer die Unterfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Multimorbidität wird ebenfalls nicht abgedeckt

Auch die Festlegung des 50-Prozent-Schwellenwertes ist willkürlich. Es ist zu befürchten, dass diese Regelung verhindert, dass Ausgaben für multimorbide Versicherte adäquat abgebildet werden. Dies wäre bei Versicherten der Fall, deren Krankheiten insgesamt hohe Ausgaben verursachen. Im Ergebnis wird durch den neuen Finanzausgleich nicht verhindert, dass Krankenkassen mit vielen chronisch kranken Versicherten weiter im Qualitätswettbewerb benachteiligt werden.

- **Steuerfinanzierung (§ 221 SGB V)**

In § 221 SGB V „Beteiligung des Bundes an den Aufwendungen“ wird in der Fassung des Art. I erneut ein Bundeszuschuss versprochen. Für das Jahr 2008 sollen staatliche Zuschüsse in Höhe von 1,5 Mrd. Euro gezahlt werden. In der Begründung heißt es, im Jahr 2009 starte der Gesundheitsfonds. In Art. II Nr. 29 ist dann ein neuer § 221 vorgesehen, der für 2009 eine pauschale Abgeltung der „versicherungsfremden Leistungen“ durch einen Finanzausschuss in Höhe von 3 Mrd. Euro vorsieht. Danach sollen sich ab 2010 die Leistungen des Bundes erhöhen.

Der DGB fordert, dass die Krankenkassen von der Finanzierung gesamtgesellschaftlicher Aufgaben entlastet werden. Diese sollten statt über Beiträge verlässlich durch Steuermittel finanziert werden. Dabei muss jedoch gewährleistet sein, dass keine Nachteile für die GKV im Verhältnis zur PKV entstehen. Der jetzt im Gesetzentwurf vorgesehene Steueranteil liegt weit unter dem Niveau der letzten Jahre.

Gleichzeitig werden der GKV aufgrund der aktuellen Maßnahmen der Haushaltskonsolidierung 4,2 Mrd. Euro entzogen (Tabaksteuer). Die Mehrwertsteuererhöhung führt zu einer zusätzlichen Belastung der GKV von ca. 900 Mio. Euro. Darüber hinaus wird eine Entlastung der GKV durch die vereinbarten Strukturmaßnahmen um 1,4 Mrd. Euro für 2007 prognostiziert, danach jährlich um 1,8

Mrd. Euro. Die geschätzten Entlastungen und der gesunkene Finanzausschuss aus Steuermitteln werden aus Sicht des DGB keinesfalls ausreichen, um die Finanzierungslücke von etwa 18 Mrd. Euro bis zum Jahr 2009 aufzufangen.

Der DGB fordert die Große Koalition in einem ersten Schritt auf, die aus politischen Entscheidungen resultierenden Einnahmeausfälle der GKV auszugleichen.

- **Liquiditätshilfen des Bundes (§ 271 SGB V)**
s. Errichtung des Fonds

II. Organisation

Im allgemeinen Teil des Referentenentwurfs, I Ziele und Handlungsbedarf, geht es unter „9. Grundlegende Reform und Neuordnung der Institutionen“ vor allem um

1. Möglichkeiten, Rechte und Pflichten der Krankenkassen und ihrer Verbände,
2. die Ersetzung der bisherigen Spitzenverbände durch einen Spitzenverband Bund sowie
3. eine Reform der Arbeits- und Entscheidungsstrukturen des gemeinsamen Bundesausschusses.

Die Regelungen zu 1. entsprechen der gewerkschaftlichen Forderung, Privilegien und Benachteiligungen von Kassen unterschiedlicher Kassenarten angesichts des Wettbewerbs untereinander zu beseitigen. Der Grundgedanke der Regelungen zu 2. und 3., die Entscheidungsstrukturen im Rahmen der sozialen und gemeinsamen Selbstverwaltung effizienter zu gestalten, wird ebenfalls geteilt. Die vorgesehenen Regelungen bergen aber die Gefahr, dass Selbstverwaltung zugunsten verstärkter zentralstaatlicher Steuerung zurückgedrängt wird. Die Veränderungen und ihre Bewertung im Einzelnen:

- Organisation der Krankenkassen (§§ 144 ff SGB V)

Zum 01.01.2009 werden alle Krankenkassen geöffnet (Ausnahmeregelung für geschlossene Betriebskrankenkassen).

Die Bundesknappschaft und die See-Krankenkasse werden geöffneten Betriebskrankenkassen gleichgestellt, die Öffnung erfolgt bereits am 01.04.2007.

Für länderübergreifende Fusionen Allgemeiner Ortskrankenkassen ist kein Staatsvertrag mehr notwendig.

Ab 01. April 2007 werden kassenartenübergreifende Fusionen möglich. Die fusionierte Kasse kann sich in diesem Fall einer der beiden Herkunftskassenarten anschließen. Fällt die Wahl auf die Kassenart mit der geringeren Mitgliederzahl, kann diese Kassenart

die Mitgliedschaft gegenüber der Aufsichtsbehörde ablehnen (wegen finanzieller Überforderung).

Für alle Fusionen (auch innerhalb einer Kassenart) gilt zukünftig, dass zusammen mit dem Fusionsantrag an die Aufsichtsbehörde „ein Konzept zur Organisations-, Personal- und Finanzstruktur der neuen Krankenkasse einschließlich der Zahl und der Verteilung ihrer Geschäftsstellen“ vorgelegt werden muss.

Für den Fall von Kassen-Schließungen soll zukünftig Insolvenzrecht gelten, die Verbandshaftung wird aufgehoben. Eine Ausnahme bilden Verbindlichkeiten, die am 01.01.2008 trotz der Verpflichtung zur Entschuldung bis Ende 2007 gem. § 222 (5) weiter bestehen.

Bei Schließungen/Insolvenzen bis zum 31.12.2017, die auf diese nicht abgebaute Verschuldung zurückzuführen sind, sollen die restlichen Kassen der Kassenart gemeinsam für offene Ansprüche eintreten, seien es Ansprüche der Leistungserbringer oder der Versicherten.

Aus Sicht des DGB ist der Aufhebung organisationsrechtlicher Beschränkungen und Privilegien zuzustimmen. Auch die weiter bestehenden Ausnahmen – die Bundesknappschaft und die landwirtschaftlichen Krankenkassen sind von der Möglichkeit kassenartenübergreifender Fusion aufgrund kassenart-spezifischer Besonderheiten ausgeschlossen – erscheinen plausibel. Zu Fragen bezüglich der See-Krankenkasse verweisen wir auf die ver.di-Stellungnahme.

Bei Fusionen ist durch die Selbstverwaltung die Sinnhaftigkeit für die Versorgung zu überprüfen; Größe allein ist kein hinreichendes Kriterium. Insofern ist der entsprechenden Auflage bei Fusionsbeantragung zuzustimmen. Entscheidend wird auch sein, dass Monopolisierung – sowohl auf Leistungsträger- wie auch Leistungserbringerseite – wirksam verhindert wird. Zusätzlich muss verhindert werden, dass aus marktstrategischen Gründen Kassen fusionieren und dann die Fusionskosten höher sind als die tatsächlichen Synergieeffekte.

Es ist sicher richtig, dass seit Einführung des allgemeinen Wahlrechts innerhalb der Kassen der GKV Ungereimtheiten entstanden sind, die mit Einführung der Möglichkeit kassenartenübergreifender Fusionen aufgelöst werden müssen.

Die Ersetzung der Verbandshaftung durch Geltung der Insolvenzordnung setzt jedoch mittel- bis langfristig die Geltung des Sachleistungsprinzips unter Druck. Auch, wenn die Regelung erst bei Kassenschließungen greifen soll, die mit der gesetzlichen Entschuldungsvorschrift *nicht* im Zusammenhang stehen, wird dann

gelten: Bereits erbrachte Leistungen werden bei Geltung der Insolvenzordnung nur noch teilweise zu befriedigen sein. In der Folge werden Leistungserbringer gegenüber den Krankenkassen zur Vorkasse übergehen. Die Folge könnte sehr schnell eine Ungleichbehandlung von Patientinnen und Patienten innerhalb der GKV sein: Kassen, die aufgrund ihrer Versichertenstruktur und Finanzlage zur Vorkasse in der Lage sind, können ihren Versicherten gegenüber eine schnellere medizinische Versorgung garantieren.

Insbesondere große Versorgerkassen wird das in die Enge treiben. Bei einigen von ihnen werden auch schon im Zusammenhang mit der Entschuldung die Probleme so groß werden, dass sie sofort Insolvenz anmelden müssen. Dafür würde allein schon die Vorstandshaftung nach Insolvenzrecht sorgen, die anders und früher greift als die Vorschriften zur Kassenschließung nach SGB V. Im Fortgang würde eine Kassenart sehr schnell an die Grenze ihrer Leistungsfähigkeit kommen.

Der DGB lehnt die Vorschrift des § 171b ab. Soweit es darum geht, Landesverbände von Krankenkassen und ihre Versicherten gegen finanzielle Folgen unternehmerischer Entscheidungen (wie z. B. Fusionen über Landesgrenzen hinweg, ggf. mit Sitzverlegung) zu schützen, die sie weder beeinflussen konnten noch zu vertreten haben, würde eine Änderung des § 265a völlig ausreichen. Mit der allgemeinen Geltung der Insolvenzordnung werden erst Krankenkassen, dann Leistungserbringer und Versicherte für die Folgen der Unterfinanzierung vieler Kassen haftbar gemacht, die durch politische Entscheidungen herbeigeführt worden sind.

Der DGB sieht hier eine zusätzliche Gefährdung unter europarechtlichen Gesichtspunkten. Mit Geltung der Insolvenzordnung droht die GKV ihren Sonderstatus zu verlieren, der bislang die Nichtgeltung beispielsweise der Dienstleistungsrichtlinie garantiert hat.

Dem kann nur vorgebeugt werden, wenn der Staat für Erfüllung von Forderungen aus Leistungen die Letztgarantie übernimmt, die die Kassen der GKV in seinem Auftrag zur Erfüllung der gesetzlichen Verpflichtung eingegangen sind, „die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern“ (§ 1, Satz 1 SGB V).

Kassenartenübergreifende Fusionen lösen für die Beschäftigten der beteiligten Krankenkassen weitergehende Folgen aus, wie sie bei kassenarteninternen Fusionen in der Regel nicht auftreten. Die im Gesetz vorgesehenen Sicherungen sind nicht ausreichend. Erforderlich sind Übergangsmandate für Personalvertretungen, Si-

cherung der Tarifbindung und Schutz vor betriebsbedingten Kündigungen.

Erheblichen Regelungsbedarf sehen wir auch für die Dienstordnungsangestellten bei AOK, IKK und einigen Betriebskrankenkassen mit ihrem beamtenähnlichen Status. Zu diesen Themen verweisen wir insbesondere auf die Stellungnahme der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di.

- Errichtung eines Spitzenverbandes

Die Krankenkassen sollen nach dem Gesetzentwurf einen Spitzenverband Bund als Körperschaft des öffentlichen Rechts bilden (§ 217a ff SGB V). Auf diesen gehen alle Aufgaben der heutigen Spitzenverbände über. Eine Mitgliederversammlung, in der jede Kasse mit zwei Verwaltungsratsmitgliedern vertreten ist, wählt den Verwaltungsrat. Der Verwaltungsrat ist paritätisch aus Versicherten- und Arbeitgebervertretern zusammengesetzt, allerdings durch krasse Benachteiligung der Versichertenvertretungen der Primärkassen AOK, BKK und IKK: Sie sollen im Verwaltungsrat des Spitzenverbandes Bund jeweils nur halb so stark vertreten sein wie die Arbeitgebervertreter. Begründet wird dies damit, dass es bei den Ersatzkassen keine Arbeitgebervertreter gibt.

Zum 31.12.2008 werden die heutigen Bundesverbände kraft Gesetzes in Gesellschaften bürgerlichen Rechts als Rechtsnachfolger der heutigen Spitzenverbände umgewandelt.

Ab 01.01.2008 soll der Spitzenverband Bund alle Krankenkassen in der Gemeinsamen Selbstverwaltung, also im Gemeinsamen Bundesausschuss und in den Bewertungsausschüssen vertreten. Als Aufgaben des Spitzenverbandes Bund werden die Unterstützung der Krankenkassen in Fragen des elektronischen Datenaustausches, grundsätzlicher Fach- und Rechtsfragen betreffend Beitrags- und Meldeverfahren sowie Entscheidungen „zur Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen, insbesondere zu dem Erlass von Rahmenrichtlinien für den Aufbau und die Durchführung eines zielorientierten Benchmarking der Leistungs- und Qualitätsdaten“ besonders genannt.

Hierzu stellt der DGB fest: Nach dem SGB V vertreten bislang die Spitzenverbände die Solidargemeinschaft der Krankenversicherung. Damit alle Versicherten ihren unterschiedslosen Anspruch auf bedarfsgerechte Versorgung einlösen können, bedarf es für die Ausgestaltung der Leistungen, Rahmenvereinbarungen und Quali-

tätsstandards, die einheitlich und gemeinsam für alle Kassen gelten, zugleich aber wettbewerbliche Suchprozesse mit dem Ziel optimierter gesundheitlicher Versorgung ermöglichen bzw. anregen. Deshalb ist es auch sachgerecht, dass im Arbeitskreis I der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände immer versucht wurde, Einstimmigkeit herzustellen.

Der bisherige § 213 Abs. 2, Satz 1 bestimmte deshalb auch, dass sich die Spitzenverbände einigen sollen. In Satz 2 sah er aber ebenso eine Mehrheitsentscheidung vor für Fälle, in denen eine Einigung nicht gelingt. Hiervon kann auch ohne einen Spitzenverband Bund Gebrauch gemacht werden. Der geplante Spitzenverband zeichnet sich allerdings durch eine Striktheit und Lückenlosigkeit in der Zentralisierung von Entscheidungen aus, so dass der Raum für Managemententscheidungen der einzelnen Kasse verschwindend klein wird.

Es ist sicher richtig, dass die einzelnen Kassenarten zwischenzeitlich einen Teil ihrer ursprünglichen „Alleinstellungsmerkmale“ verloren haben, dennoch haben die Spitzenverbände als Bundesverbände gerade hinsichtlich aller wettbewerblichen Vertragsgestaltungen auf Landesebene und insbesondere bezogen auf Unterstützung bei den neuen Versorgungsformen, dies auch und gerade über Ländergrenzen hinweg, nicht nur Sinn – es wäre leichtsinnig sie abzuschaffen.

Deshalb lehnt der DGB die Errichtung des Spitzenverbandes Bund als überflüssig und im Übrigen in seiner Selbstverwaltung willkürlich zusammengesetzt ab. Ebenfalls nicht zuzustimmen ist der Zwangsumwandlung der Spitzenverbände.

Der DGB erwartet eine Regelung auf Basis der Regelung nach § 213 (heutige Fassung), wobei das nach diesem Paragraphen benannte Gremium etwa unter dem Namen „Arbeitskreis Gesetzliche Krankenversicherung“ als Selbstverwaltungsorgan gestaltbar wäre, in dem die Kassenarten sich in der Zusammensetzung authentisch repräsentiert fänden.

- Gemeinsamer Bundesausschuss (§§ 91 – 94 und 135 SGB V)

Der gemeinsame Bundesausschuss soll mit Wirkung zum 01.04.2008 verkleinert und von den Trägerorganisationen der gemeinsamen Selbstverwaltung abgekoppelt werden. Besteht der Ausschuss heute aus dem Vorsitzenden und zwei weiteren unpar-

teischen Mitgliedern, neun Vertretern der Spitzenverbände der GKV und neun weiteren Vertretern der Leistungserbringer (K(Z)BV und die DKG), sollen die ehrenamtlich für die Kassen wie für die Leistungserbringerseiten tätigen Mitglieder durch je drei hauptamtliche Mitglieder ersetzt werden. Die hauptamtlichen Mitglieder des G-BA sind gegenüber den Trägerorganisationen der gemeinsamen Selbstverwaltung weisungsunabhängig. Auf Seiten der GKV soll der Spitzenverband Bund Träger sein, nicht mehr die heutigen Spitzenverbände.

Bestehen heute neben dem Plenum fünf weitere auf einzelne Versorgungsbereiche bezogene Beschlussgremien, so soll es zukünftig nur noch ein Beschlussgremium geben.

Anträge auf Zulassung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden müssen zukünftig innerhalb einer Frist von max. einem Jahr beschieden sein, andernfalls gelten sie als zu Lasten der GKV eingeführt.

Die Rolle der unparteiischen Mitglieder des Ausschusses soll dadurch gestärkt werden, dass sie sowohl selbst Anträge betreffend neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden stellen können, als auch durch die Möglichkeit, nicht sachgerecht erscheinende Mehrheitsentscheidungen des gemeinsamen Bundesausschusses selbst erneut auf die Tagesordnung zu setzen.

Der DGB vertritt die Auffassung, dass dadurch der erst 2004 neu errichtete, gemeinsame Bundesausschuss als Ausschuss in der Verantwortung der gemeinsamen Selbstverwaltung geschwächt wird. Lediglich über die weiter bestehenden Unterausschüsse und Arbeitsgruppen können sie ggf. weiter Einfluss nehmen. Ansonsten gibt es gegenüber den von den Bänken der gemeinsamen Selbstverwaltung bestellten je drei Ausschussmitgliedern keine andere Möglichkeit der Einflussnahme, als sie nach Ablauf von vier Jahren nicht ein zweites Mal zu benennen.

Der Gesetzgeber autorisiert den Gemeinsamen Bundesausschuss, untergesetzliche Normen zu setzen. Das kann er aus verfassungsrechtlichen Gründen nur, weil die Partner der Gemeinsamen Selbstverwaltung letztlich durch Wahlen in ihren Bereichen legitimiert sind. Bei der Einsetzung Hauptamtlicher würde diese Legitimation in verfassungsrechtlich fragwürdiger Weise abgeschnitten.

Währenddessen wird die Unabhängigkeit der hauptamtlichen Ausschussmitglieder gegenüber dem BMG deutlich dadurch eingeschränkt, dass sich das BMG zum Erlass von Verordnungen ermächtigen lässt, die zum Teil den gleichen Inhalt wie Verfahrensordnung und Geschäftsordnung haben, für deren Erlass nach dem Gesetz der G-BA zuständig ist.

Eine solche Art von „Professionalisierung“, die die Einflussmöglichkeiten der sozialen und der gemeinsamen Selbstverwaltung soweit beschränkt, lehnt der DGB ab.

Wo tatsächliche Mängel in den Verfahrens- und Entscheidungsabläufen festgestellt worden sind, kann auf andere Weise Weiterentwicklung erfolgen:

Anstelle der Bestellung hauptamtlicher Ausschussmitglieder ist ein Verfahren denkbar, mit dem auch in der vom Gesetzgeber gewünschten Weise von *einem* Beschlussgremium sektorübergreifende Entscheidungen getroffen werden, und für das auch die gewünschte Beschleunigung bei Entscheidungsfindung in bestimmten Fällen gilt: Statt die Mehrheit des Ausschusses selbst hauptamtlich zu besetzen, könnte zusätzliches fachkundiges und qualifiziertes Personal beim Vorsitzenden des gemeinsamen Bundesausschusses in der Geschäftsstelle vorgesehen werden.

III. Versicherungsrecht – Leistungsrecht

- Absicherung im Krankheitsfall (§ 5 SGB V)

Folgende Änderungen für die „Versicherungspflicht“ nach § 5 SGB V sieht der Entwurf vor: eine Versicherungspflicht in der GKV für zuletzt gesetzlich Krankenversicherte. Nicht versicherungspflichtig sind Leistungsberechtigte von ALG II, die vor ihrer Berechtigung privat oder weder gesetzlich noch privat krankenversichert waren. Versicherungspflichtig sind zukünftig alle inländischen Personen, die sich legal mehr als zwölf Monate in Deutschland aufhalten.

Der DGB setzt sich für eine solidarische Krankenversicherung aller Bürgerinnen und Bürger ein. Durch die Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze können die Starken in der Gesellschaft in das Solidarsystem einbezogen und eine sozial gerechte Finanzierung dauerhaft gewährleistet werden. Mit der vorliegenden Regelung wird aber vor allem versucht, die bisher Nichtversicherten wieder über das Krankenversicherungssystem abzusichern, aus dem sie vorher kamen.

Notwendig wäre eine Regelung, die allen Menschen den Zugang zu einer Gesundheitsversorgung zu Kosten gemäß ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit sichert.

- Neue Leistungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung

Um künftig Schnittstellenmanagement zur befördern, wird in § 11 SGB V „Leistungsarten“ der Anspruch des Versicherten auf ein Versorgungsmanagement festgelegt. Die Leistungserbringer werden auf eine sachgerechte Anschlussversorgung verpflichtet.

§ 37 b SGB V „Spezialisierte ambulante Palliativmedizin“ wird neu eingefügt und regelt den Anspruch auf ambulante sterbebegleitende Medizin in vertrauter, häuslicher Umgebung oder stationären Pflegeeinrichtungen. Diese Behandlung muss durch einen Vertragsarzt oder einen Krankenhausarzt verordnet werden und dann durch die Krankenkasse genehmigt werden. Die Leistung umfasst

die gesamten ärztlichen und pflegerischen Leistungsanteile, bei Bedarf rund um die Uhr, inklusive der Koordinierung der einzelnen Teilleistungen. Näheres bestimmt der GemBA bis 30. September 2007.

Auch unter der Überschrift „Spezialisierte ambulante Palliativmedizin“ regelt der ebenfalls neu eingefügte § 132d SGB V, dass die Krankenkassen entsprechende Verträge mit den Leistungserbringern abschließen müssen, die Vereinbarungen über die Beratung der Patienten beinhalten. Die Spitzenverbände erstellen gemeinsam und einheitlich unter Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), den Vereinigungen der Pflegeeinrichtungsträger sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Empfehlungen zu den Anforderungen, zur Qualitätssicherung und zur bedarfsgerechten Versorgung.

§ 39a SGB V „Stationäre und ambulante Hospizleistungen“ wird so verändert, dass höhere Leistungen zum Ausbau der Kinderhospize und ihrer Arbeit ermöglicht werden. Nur noch fünf Prozent der vertraglich vereinbarten tagesbezogenen Bedarfssätze sollen nicht von der GKV getragen werden.

§ 40 SGB V zu „Leistungen der medizinischen Rehabilitation“ wird im Zusammenhang mit der geriatrischen Rehabilitation verändert. Um mobile Rehabilitation für multimorbide Patienten mit erheblichen Beeinträchtigungen und komplexem Hilfebedarf zu ermöglichen, können die notwendigen Leistungen durch wohnortnahe Einrichtungen erbracht werden. Damit wird die Formulierung „in wohnortnahen Einrichtungen“ abgelöst.

Mit § 40a „Geriatrische Rehabilitation“ wird ein neuer Paragraph eingefügt. Dort wird geregelt, dass Leistungen der medizinischen Rehabilitation gem. § 40 SGB V auch in stationären Einrichtungen zu erbringen sind.

§ 41 SGB V „Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter“ enthielt bisher die Regelung, dass auf Antrag entsprechende Leistungen bei den Einrichtungen des Müttergenesungswerkes und anderer, durch die Krankenkassen gewährt werden können. Daraus wird nun eine verpflichtende Regelung.

Neben einer Ausweitung der solidarischen Finanzierungsgrundlagen fordert der DGB, dass die Qualität der Versorgung verbessert und die Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen erhöht wird.

Die Eckpunkte der Bundesregierung sehen eine ganze Reihe von grundsätzlich sinnvollen Strukturmaßnahmen vor, deren Umsetzung der DGB konstruktiv begleiten wird. Generell zu begrüßen ist, dass geriatrische Leistungen und Palliativmedizin in den Leis-

tungskatalog aufgenommen werden sollen. Inwieweit sie tatsächlich die Versorgungsqualität verbessern und die Wirtschaftlichkeit erhöhen, ist noch nicht absehbar. Insbesondere sehen wir die ausreichende Finanzierung dieser Leistungen noch nicht gewährleistet. Einige Leistungen, wie in der Palliativmedizin, müssen gar noch entwickelt werden. Die Förderung der Arbeit der Kinderhospize begrüßt der DGB ausdrücklich.

Für die Eltern-Kind-Kuren, die der DGB grundsätzlich begrüßt, aber als familienpolitische Leistung einstuft, müsste jedoch ein weiterer Erfahrungsbericht gesetzlich festgeschrieben werden. Das trägt zu einer sachlichen Auseinandersetzung darüber bei, ob die Änderung hin zu einer verpflichtenden Leistung auch zu einer entsprechenden Verbesserung beitragen wird.

Der Entwurf der Bundesregierung ist allerdings getragen von einer Fortschreibung des Leitbilds des freiberuflich tätigen Arztes. Der DGB hält es für notwendig, moderne Betriebsformen auch in der ambulanten ärztlichen Versorgung weiter auszubauen und erste Schritte zu gehen, um Doppelstrukturen abzubauen (z. B. Vorhaltung der fachärztlichen Versorgung im ambulanten Bereich und in den Krankenhäusern).

Der DGB gibt zu bedenken, dass im Gesetzentwurf zahlreiche Regelungen vorhanden sind, die Einsparungen bei den gesetzlichen Krankenkassen zum Ziel haben. Gleichzeitig werden neue Leistungen mit hohen Startkosten gesetzlich festgeschrieben, die teilweise erst noch der Entwicklung harren.

- **Verrichtungsbezogene Behandlungspflege (§§ 36, 37 SGB V und § 15 SGB XI)**

Der DGB befürwortet die geplanten Änderungen, aus denen sowohl eine Berücksichtigung von verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen beim Grundpflegebedarf als auch ein Leistungsanspruch gegen die gesetzliche Krankenversicherung folgt. Die Änderungen führen zu einer bürgerfreundlichen und unbürokratischen Zuordnung der Pflegemaßnahmen.

**- Leistungsausgrenzungen und – ausschluss (§§ 52ff. SGB V)
sowie Belastungsgrenzen (§ 62 SGB V)**

Schon bisher konnten die gesetzlichen Kassen nach § 52 SGB V „Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden“ ihre Leistungen einschränken. Nach dem vorliegenden Entwurf müssen die Kosten für medizinisch nicht indizierte Maßnahme (z. B. ästhetische Operation, Tätowierung, Piercing) an die Versicherten weitergegeben werden. Dies soll in angemessener Höhe geschehen. Das Krankengeld ist zu versagen oder zurückzufordern.

Neu eingefügt wird § 52a SGB V „Leistungsausschluss“. Hier sollen Leistungsansprüche für Personen ausgeschlossen werden, die ihren Wohnsitz oder ständigen Aufenthalt in Deutschland nur deshalb begründen, um über die geplante Versicherungspflicht oder einer darauf beruhenden Familienversicherung Leistungen der GKV in Anspruch zu nehmen. Betroffen sind von dem Leistungsausschluss beispielsweise, laut Begründung, „aufwändige, hochtechnisierte Operationen wie Organtransplantationen“. Näheres dazu regelt die Krankenkasse durch ihre Selbstverwaltung.

In § 62 SGB V „Belastungsgrenze“ wird die Absenkung der individuellen Belastungsgrenze für schwerwiegend chronisch Kranke auf 1 Prozent der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt an zusätzliche Voraussetzungen geknüpft. Betroffen sind chronisch Kranke, die an Krebsfrüherkennungs- (Männer geboren nach dem 1. April 1962; Frauen: nach dem 1. April 1987) oder Gesundheitsuntersuchung (geboren nach dem 1. April 1972) nicht teilgenommen haben. Für Chroniker gilt die Voraussetzung, dass sie an DMPs teilnehmen. Der Arzt muss das therapiegerechte Verhalten jährlich bescheinigen.

Die Spitzenverbände evaluieren die Ausnahmen von der Zuzahlung und legen dem Bundestag bis 30. Juni 2007 einen Bericht vor.

In § 65a SGB V „Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten“ wird geregelt, dass Boni zusätzlich zu abgesenkten Belastungsgrenzen gewährt werden können. Dies kann in der Satzung der Krankenkasse durch die Selbstverwaltung bestimmt werden.

Der DGB lehnt alle Regelungen ab, die im SGB V den Wechsel von der sozialen Sicherung bei Erkrankung zu einer strafenden Verhaltensprävention bedeuten. Vielmehr muss die Verhaltenprävention durch positive Anreize gefördert werden. Mindestens gleichzeitig muss aber die Verhältnisprävention einsetzen. Denn die Bundesregierung stellt in ihrer Armuts- und Reichtumsbericht-

erstattung den Zusammenhang von Einkommensarmut, fehlender Bildung, schlechter Wohnraumversorgung und mangelnder Gesundheit fest. Der Gesetzgeber teilt bisher diese Analyse. Für den DGB ist daher eine rein am Verhalten des Einzelnen ansetzende Strategie nicht zielführend. Damit droht eine Abstrafung durch Leistungsentzug zur finanziellen Schikane zu verkommen. Es kann nicht erneut ein Konzept von Fördern und Fordern in Aussicht gestellt werden, bei dem dann nur das Fordern übrig bleibt.

Darüber hinaus ist die Einführung einer Belastungsgrenze ausschließlich für Jahrgänge, die bei Inkrafttreten des Gesetzes erstmals Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen können, verfassungsrechtlich problematisch. Es handelt sich um eine sachfremde und die Schlechterstellung jüngerer Jahrgänge nicht rechtfertigende Unterscheidung, als die aktuell älteren Jahrgänge ein wesentlich größeres Risiko der genannten Erkrankungen tragen und die Notwendigkeit von Vorsorgeuntersuchungen für alle Versicherten von Bedeutung ist.

Das Selbstverschulden zum Grund für Leistungsbeschränkungen zu machen, bedeutet die Tür für weitere Streichungen im Leistungskatalog der GKV zu öffnen.

Ebenso lehnt der DGB die Regelung zum Leistungsausschluss ab. Die Unterstellung, dass massenhaft Menschen nach Deutschland strömen würden, um Sozialleistungen abzufordern entbehrt der sachlichen Grundlage. Zumal sie vorher eine Niederlassungserlaubnis erhalten haben müssten.

IV. Tarife und Einzelverträge

- Wahltarife (§ 53 SGB V)

Hier wird der § 53 „Wahltarife“ neu gefasst, der für Selbstbehalttarife für Pflichtversicherte geöffnet wird. Daneben werden Tarife für besondere Versorgungsformen (Modellvorhaben gem. § 66, hausarztzentrierte Versorgung gem. § 73b, besondere ambulante Versorgung gem. § 73c, Strukturierte Chronikerprogramme gem. § 137f und integrierte Versorgung gem. § 140a SGB V) ermöglicht. Damit können bei Nutzung dieser Tarife Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen für die Versicherten vereinbart werden. Der Versicherte, der diese Tarife wahrnimmt, muss sich für drei Jahre verpflichten – mit der Ausnahme des Sonderkündigungsrechts für besondere Härtefälle. Die Prämienzahlungen dürfen bei einem Tarif 20 Prozent der Beiträge (bis 600 Euro) und bei mehreren Wahltarifen 30 Prozent (bis 900 Euro) nicht übersteigen. Die Aufwendungen der Krankenkassen für diese Prämien müssen aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen der Kassen stammen. Mindestens alle drei Jahre muss die gesetzliche Krankenkasse hierüber Rechenschaft gegenüber der Aufsicht ablegen.

Um neue Versorgungsstrukturen entwickeln zu können, wird der § 73c SGB V „Besondere ambulante Versorgung“ neu gefasst. Diese Regelung ermöglicht Selektivverträge mit einzelnen Leistungserbringern, Gemeinschaften dieser Einrichtungsträgern und KVen. Die Ausgestaltung wird weitgehend den Vertragspartnern überlassen, wobei Doppelfinanzierung dadurch vermieden werden soll, dass die Gesamtvergütung entsprechend bereinigt werden soll.

§ 73b SGB V regelt näheres zur „Hausarztzentrierten Versorgung“, wobei Mindestqualitätsmerkmale definiert werden. Die Teilnahme ist für die Versicherten freiwillig, und die Bindung beträgt mindestens ein Jahr. Verträge können mit einzelnen Leistungserbringern, Gemeinschaften dieser Einrichtungsträgern und KVen geschlossen werden.

Mit § 140a „Integrierte Versorgung“ soll die flächendeckende Versorgung ermöglicht werden. Die zur integrierten Versorgung notwendigen Medikamente sollen vorrangig durch Verträge der Krankenkassen mit den pharmazeutischen Unternehmen bereitgestellt werden.

§ 140b „Verträge zur integrierten Versorgung“ bezieht die Pflege ein und öffnet die Krankenhäuser verstärkt für die integrierte Versorgung.

Die „Anschubfinanzierte Bereinigung“ nach § 140d SGB V wird verlängert bis einschließlich 2008. Die Mittel dürfen nur für stationäre und ambulante Versorgung, nicht für Rehabilitation, verwandt werden. Die flächendeckende Versorgung in der Region soll befördert werden. Altverträge genießen einen Bestandsschutz. Die Rückzahlungsverpflichtung der Krankenkassen an die Krankenhäuser entfällt.

Der DGB hält daran fest, dass neben der Finanzierung der Leistungen gemäß der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit die Gewährung von Sachleistungen nach dem Prinzip der Bedarfsgerechtigkeit ein Grundpfeiler der solidarischen Krankenversicherung ist. Der vorliegende Entwurf enthält die Einführung des wahlweisen Kostenerstattungstarifs und des wahlweisen Selbstbehalttarifs. Die Kehrseite dieses Angebots ist eine erhöhte finanzielle Belastung insbesondere bei Menschen, die sich dauerhaft in Behandlung befinden. Zudem sind mit der gleichzeitigen Einführung von Selbstbehalt billigere Tarifangebote zu erwarten, die attraktiv für junge und gesunde Versicherte werden. Dies führt zu einer Aushöhlung des Prinzips der solidarischen Finanzierung. Denn die solidarische Finanzierung hat bisher zwischen einerseits jungen und gesunden Versicherten sowie alten und kranken Versicherten andererseits statt gefunden. Wenn jungen und gesunden Versicherten ermöglicht wird, in Billigtarife einzusteigen, wird sich die Finanzierungslücke der GKV vergrößern – ebenso durch die Möglichkeit zu Beitragsrückerstattungen.

Zusätzliche Probleme entstehen beim Kostenerstattungstarif durch den Fehlanreiz über die betriebswirtschaftlichen Interessen der niedergelassenen Ärzte, denn der Kostenerstattungstarif ist für sie attraktiver als das Sachleistungsprinzip. Sie können direkt Geld für Leistung erhalten und gleichzeitig Leistungen über den Leistungskatalog hinaus mit verkaufen. Noch dramatischer wird das Eigeninteresse der niedergelassenen Ärzte mit der geplanten Geltung der Insolvenzordnung für die gesetzlichen Krankenkassen. Dadurch werden die Ärzte bei der Sachleistung befürchten, dass bei der Insolvenz einer Kasse, ihre Rechnungen nicht beglichen werden.

Aus diesen Gründen lehnt der DGB die Einführung bzw. Erweiterung von Kostenerstattungstarifen und Selbstbehalttarifen ab.

Der DGB begrüßt jedoch ausdrücklich die Möglichkeit, Tarife zur Förderung neuer Versorgungsformen anzubieten. Damit besteht die realistische Chance neue Versorgungsformen weiter zu beför-

dern. Die konkreten Ergebnisse bedürfen jeweils der wissenschaftlichen Prüfung und müssen dann im Einzelnen politisch bewertet werden.

V. Leistungserbringerrecht

- Neuordnung der Vergütung in der ambulanten Versorgung (§85a, 85b SGB V)

Der Gesetzentwurf sieht eine Ablösung der bisherigen Budgetierung und die Schaffung einer Gebührenordnung mit festen Euro-preisen vor. Die Mengensteuerung soll künftig über arztbezogene Regelleistungsvolumina erfolgen, bei deren Überschreiten nur noch abgestaffelte Preise an die Ärzte vergütet werden. Das Morbiditätsrisiko soll künftig auf die Krankenkassen übertragen werden.

Grundsätzlich spricht sich der DGB für die Neuordnung der ärztlichen Vergütung aus. Zielorientierung sollte dabei sein, Anreize zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung und zu einer rationalen Verordnung von Arzneimitteln, Heilmitteln und Hilfsmitteln zu geben. Daher ist es sinnvoll, wenn künftig die Vergütung den Gesundheitszustand der Versicherten über die indirekten Morbiditätskriterien Alter und Geschlecht berücksichtigen würde, zumindest so lange keine zuverlässigeren Systeme zur Patientenklassifikation zur Verfügung stehen.

Zudem ist zu begrüßen, dass historisch überkommene Unterschiede zwischen den Krankenkassen überwunden werden und künftig alle Kassen gleiche Leistungen gleich vergüten.

Problematisch an der angestrebten Regelung ist jedoch aus Sicht der Versicherten, dass das Kostenrisiko auf die Krankenkassen übertragen wird. Damit werden die Risiken dieser Neuregelung letztlich bei den Versicherten abgeladen.

So ist vorgesehen, dass über den vereinbarten Behandlungsbedarf hinausgehende Leistungen von den Krankenkassen mit dem vollen Preis vergütet werden, wenn sich die Mehrleistungen aus einem nicht vorhersehbaren Anstieg des Behandlungsbedarfs der Versicherten ergeben. Stattdessen sollte eine Lösung analog dem GMG vorgesehen werden, wonach zusätzliche Leistungen nur mit einem Preis in Höhe von 10 Prozent des Regelpreises vergütet werden.

Im Rahmen der Neuordnung der Vergütung wird auch geregelt, dass Ärzte in unterversorgten Regionen mehr Leistungen abrechnen können als Ärzte in überversorgten Regionen. Durch diese

begrüßenswerte Regelung wird erreicht, dass bisher unterversorgte Regionen für Ärzte über einen finanziellen Anreiz wieder attraktiver werden.

- **Krankenhausversorgung**

- **Sanierungsbeitrag (Art. 14 Krankenhausfinanzierungsgesetz, Art. 15 Krankenhausentgeltgesetz)**

Der Gesetzentwurf sieht einen Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser in Höhe von einem Prozent der Ausgaben für stationäre Krankenhausleistungen vor. Dieser wird erbracht durch eine Absenkung der Mindererlösausgleichsquote von bisher 40 Prozent auf 20 Prozent, eine Streichung der Rückzahlungspflicht der Krankenkassen für nicht verwendete Mittel zur Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung und um einen pauschalen Abzug in Höhe von 0,7 Prozent von den Krankenhaus-Rechnungen.

In diesem Zusammenhang verweisen wir auf die ver.di-Stellungnahme.

- **Öffnung der Krankenhäuser für hochspezialisierte Leistungen (§ 116 b SGB V)**

Bisher konnten Krankenhäuser mit Krankenkassen Verträge über die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen sowie zur Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen schließen. Künftig sollen Krankenhäuser automatisch zur ambulanten Erbringung solcher Leistungen zugelassen werden, wenn dies im Rahmen der Krankenhausplanung auf Antrag des Krankenhausträgers vorgesehen wird. Hierüber können Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140b SGB V geschlossen werden. Es müsste jedoch klarer geregelt werden, dass weder den Krankenhäusern zusätzliche Lasten, noch den Krankenkassen zusätzlichen Ausgaben durch die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen aufgebürdet werden. Dies könnte durch eine entsprechende Bereinigung des für die

ambulante Versorgung notwendigen Ausgabenvolumens geschehen.

Der DGB begrüßt, dass weitere Anstrengungen zur Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen unternommen werden sollen. Darüber hinaus ist nach wie vor eine generelle Öffnung der Krankenhäuser für die fachärztliche Versorgung zu fordern, in einer Einstiegsphase mindestens in unterversorgten Gebieten.

- Arzneimittelversorgung (§§ 31, 35b, 73d, 84, 129, 130, 130a, 140a, 305a, AMG, AMPV)

Der Gesetzentwurf sieht eine Reihe von Neuregelungen im Bereich der Arzneimittelversorgung vor:

- Umstellung der Arzneimittelpreise für verschreibungspflichtige Arzneimittel von Festbeträgen auf Höchstpreise, um eine flexible Preisgestaltung und mehr Wettbewerb im Handel zu erreichen.
- Festsetzung eines Erstattungshöchstbetrags für Arzneimittel auf der Grundlage einer Kosten-Nutzenbewertung anstatt wie bisher nur im Rahmen einer Nutzenbewertung. Die Kosten-Nutzenbewertung hat zum Ziel, die Belange der Patienten wie der Kostenträger zu berücksichtigen. Beim Patientennutzen stehen insbesondere eine Verlängerung der Lebensdauer, die Verbesserung der Lebensqualität und die Verkürzung der Krankheitsdauer im Vordergrund. Bei der wirtschaftlichen Bewertung werden neben dem Patientennutzen auch die Angemessenheit und Zumutbarkeit einer Kostenübernahme durch die Versicherten angemessen berücksichtigt.
- Möglichkeit von Rabattverträgen zwischen einzelnen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen.
- Krankenkassen bekommen die Möglichkeit zur Halbierung oder Aufhebung der Zuzahlungen für Arzneimittel, deren Wirtschaftlichkeit durch Rabattverträge gesichert ist.
- Einführung eines Zweitmeinungsverfahrens für gentechnisch entwickelte und biotechnologisch hergestellte Arzneimittel und andere hochwirksame, neue Arzneimitteltherapien und Verfahren. Hierbei soll sichergestellt werden, dass ein Arzt für besondere Arzneitherapie in zumutbarer Entfernung erreicht werden kann.
- Stärkere Anreize zur Verordnung von Einzelmengen.

- Rückgabe nicht genutzter Arzneimittel in Heimen und Hospizen.
- Ausweitung der Aut-Idem-Regelung: Grundsätzlich soll die Apotheke bei wirkstoffgleichen Arzneimitteln eine Ersetzung durch preisgünstige Präparate vornehmen.
- Arzneimittel im Rahmen der integrierten Versorgung sollen vorrangig durch Verträge mit pharmazeutischen Unternehmen bereitgestellt werden. Auch die Einbeziehung von Apotheken in die integrierte Versorgung wird erleichtert.
- Die Krankenkassen erhalten nach § 73 SGB V die Möglichkeit, Vertragsärzte ebenso wie Versicherte über preisgünstige Bezugsquellen für Arzneimittel zu informieren.
- Die Nutzung von arztbezogenen Verordnungsdaten durch Pharmaunternehmen wird eingeschränkt. Dadurch wird die Aufgabe der Pharmaberater auf ihren eigentlichen Zweck zurückgeführt, nämlich die Information des Arztes.

Der DGB begrüßt diese Regelungen, denn sie ermöglichen eine Partizipation der Versicherten der GKV am Fortschritt in der Arzneimittelversorgung zu wirtschaftlichen Preisen. Die Maßnahmen dürfen nicht zu Lasten der Versorgung gehen. Die Kontrolle der Kostenentwicklung im Bereich der Arzneimittelversorgung ist jedoch Daueraufgabe. Sollten die jetzt ergriffenen Maßnahmen nicht ausreichen, werden weitere Anstrengungen für eine effizientere Arzneimittelversorgung nötig sein. Zudem ist zu kritisieren, dass das Fremd- und Mehrbesitzverbot für Apotheken nicht gänzlich aufgehoben wird.

Die Zweitmeinungsverfahren für gentechnisch entwickelte und biotechnologisch hergestellte Arzneimittel sollte so ausgestaltet werden, dass für die Versicherten keine neuen Wege entstehen. Zwei Alternativen sind denkbar:

- Konzentration im Rahmen von medizinischen Versorgungszentren
- der Arzt für besondere Arzneimitteltherapie sucht Patienten in der Praxis ihres behandelnden Arztes oder zu Hause auf

- Heil- und Hilfsmittelversorgung (§§ 125-127 SGB V)

Für den Bereich der Heilmittelversorgung wird den Krankenkassen eine größere Vertragsfreiheit eingeräumt, indem sie die Möglichkeit erhalten, neben oder an Stelle von Verbandsverträgen Einzelverträge mit Leistungserbringern abzuschließen. Die bisher erforderliche Zulassung wird ersetzt durch den Abschluss eines Vertrages zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen. Die nötigen qualitativen Voraussetzungen werden erreicht durch die Formulierung von entsprechenden Anforderungen an die Leistungserbringer, deren Anwendung von den Spitzenverbänden der Krankenkassen empfohlen werden soll.

Der DGB begrüßt diese Regelungen, denn damit wird ein Wettbewerb unter den Leistungserbringern um gute Qualität zu sozial angemessenen Preisen angeregt.

Entsprechend werden im Bereich der Hilfsmittelversorgung Ausschreibungen vorgesehen. Für den Fall, dass diese nicht zweckmäßig sind, werden Rahmenverträge zwischen Krankenkassen oder deren Organisationen und Leistungserbringern bzw. deren Organisationen vorgesehen. Da nicht für alle Hilfsmittel Verträge machbar sein werden, sind auch Einzelvereinbarungen zwischen den Krankenkassen und Leistungserbringern vorgesehen. Dies soll im Rahmen des Kostenvoranschlags erfolgen.

Für die meisten behinderten Menschen ist häufig eine individuelle Anfertigung und Anpassung der Hilfsmittel nötig. Zudem sind bestimmte Qualitätserfordernisse zu erfüllen. Daher sollte im dritten Fall nicht nur abgehoben werden auf die Voraussetzung, dass Ausschreibungen oder Verträge nicht machbar sind, sondern auch auf das Erfordernis des festgestellten individuellen funktionsbezogenen Leistungsbedarfs. Damit wird die nötige Versorgungssicherheit für die betroffene Personengruppe hergestellt.

- **Fahrtkosten (§ 133 SGB V)**

Der Gesetzesentwurf nimmt eine Kürzung der Entgelte für die Fahrtkosten in den Bereichen Krankentransport und Rettungsdienst um 3 Prozent vor, um einem „überproportionalen“ Anstieg im Bereich der Fahrtkosten entgegenzuwirken.

Von der Reduzierung der Leistungen werden in besonderem Maße behinderte und pflegebedürftige Menschen betroffen sein. Für diesen Personenkreis wird dies eine entsprechend höhere Belastung mit sich bringen. Damit wird ein Personenkreis betroffen, dessen Haushaltseinkommen schon durch chronische Krankheit, Behinderung und Pflegebedürftigkeit ohnehin stark belastet ist.

Im Übrigen verweisen wir zu diesem Punkt auf die ver.di-Stellungnahme.

- **Dienstleistungsgesellschaften**

§ 77 a eröffnet Kassenärztlichen Vereinigungen und kassenzahnärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit, Dienstleistungsgesellschaften zu gründen. Diese sollen zur Beratung und Unterstützung der Ärzte und Zahnärzte dienen, die steigenden Managementanforderungen unterliegen.

Prinzipiell ist gegen eine verstärkte Beratung und Unterstützung der Ärzte nichts einzuwenden. Allerdings ist in Frage zu stellen, ob es sinnvoll ist, die Stellung der Kassenärztlichen Vereinigungen durch die Gewährung neuer Aufgaben zu stärken. Vielmehr sollten sich solche Beratungsfirmen frei und ohne Anbindung an KVen bilden können. Ärzte hätten dann die Möglichkeit, unter unabhängigen Angeboten auszuwählen.

- Palliative Care Teams (§ 132 d SGB V)

Künftig steht ambulante Palliativversorgung Versicherten zu, die eine besondere aufwändige Versorgung benötigen. Die Versorgung wird vertraglich zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern geregelt. Es können alle bestehenden Leistungserbringer (Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, Pflegedienste, Krankenhäuser, Hospize, Pflegeeinrichtungen) in die Versorgung einbezogen werden. Die Qualitätsanforderungen werden durch die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich festgelegt unter Beteiligung der Verbände der betreffenden Leistungsanbieter.

Der DGB begrüßt diese neue Leistung, da sie eine wichtige Versorgungslücke schließt.

VI. Private Krankenversicherung

Künftig kann sich nach § 6 SGB V „Versicherungsfreiheit“ privat gegen Krankheit versichern, wer drei Jahre hintereinander die Jahresentgeltgrenze von aktuell 47.250 Euro überschreitet. Dies gilt nicht für Personen, die am Tag der 1. Lesung des Gesetzes Kunden eines PKV-Unternehmens waren.

§ 12 des Versicherungsaufsichtsgesetzes erfährt eine Änderung, durch die ein Basistarif eingeführt wird. Er enthält einen Kontrahierungszwang für die PKV-Unternehmen hinsichtlich bestimmter Personen, die sonst keinen oder keinen zumutbaren Versicherungsschutz erfahren. Die Höhe des Basistarifs soll keinen überfordern. In § 12ff. Versicherungsaufsichtsgesetz werden einheitliche Kalkulationsgrundlagen festgeschrieben und ein Risikoausgleich zwischen den Unternehmen ermöglicht.

Die Kalkulationsverordnung wird so gefasst, dass die Portabilität der Altersrückstellungen keine Nachteile für die PKV-Kunden nach sich zieht. Für den Basistarif dürfen bei der Abgangswahrscheinlichkeit nur Sterbewahrscheinlichkeit und die Abwanderung zur GKV einbezogen werden.

§ 178 ff. Versicherungsvertragsgesetz sieht verschiedene Varianten des Basistarifs für Beihilfeberechtigte vor. Die Paragraphen schaffen weitere Voraussetzungen für die verpflichtende Portabilität der Altersrückstellungen z. B. durch einheitliche Leistungsbeschreibungen. Dabei sollen Altersrückstellungen bezogen auf den Basistarif vollständig portabel sein, bezogen auf andere Tarife nur in Höhe derer des Basistarifs.

Die vorliegenden Regelungen lösen aus Sicht des DGB den Anspruch einer solidarisch finanzierten Krankenversorgung für alle nicht ein. Die historische Trennung zwischen Gesetzlicher Krankenversicherung und privater Versicherungswirtschaft bleibt bestehen. Damit werden auch die Tendenzen der Zwei-Klassen-Medizin nicht aufgehoben.

Um die Solidarität zu stärken, muss es einen Kontraktionszwang für alle Kassen geben, der Wettbewerb um die besten Risiken muss endlich dem Wettbewerb um die beste Qualität weichen. Die privaten Versicherungen müssen am solidarischen Finanzausgleich beteiligt werden.

Die von der Bundesregierung geplante dreijährige Wartezeit für Einkommensbezieher oberhalb der Versicherungspflichtgrenze kann die Abwanderung zugunsten der PKV zwar verzögern, aber nicht stoppen.

Die Einbeziehung der privaten Versicherungswirtschaft in den Finanzausgleich mit den gesetzlichen Kassen sieht der vorliegende Entwurf nicht vor. Die finanzielle Beteiligung der PKV an Aufgaben der GKV (Primärprävention) ist unzureichend.

Mit der präzisierten Regelung wird deutlich, dass der Basistarif bereits dem praktizierten Standardtarif der PKV-Unternehmen entspricht. Schon bisher sind die PKV-Unternehmen verpflichtet, auch für Kunden über 65 Jahren einen Standardtarif anzubieten. Dieser Standardtarif sichert Leistungen auf GKV-Niveau ab. Seine Prämienhöhe ist gesetzlich an den Höchstbetrag in den GKV gekoppelt, der 2006 durchschnittlich 473,81 Euro beträgt. Das heißt, der Standardtarif bzw. der Basistarif kann eine Prämienhöhe bis zu 473,81 Euro bedeuten. Angesichts dieser Prämienhöhe ist es nicht verwunderlich, dass zum 31. Dezember 2005 nur 19.829 Personen nach Standardtarif privat versichert waren.

Sollte die Kosten des Basistarifs künftig eine Leistungsberechtigung nach SGB II oder SGB XII nach sich ziehen, ist die Prämienhöhe des Standardtarifs zu halbieren. Davon haben Leistungsträger nach SGB II und XII aber nur 125 Euro zu tragen.

Leistungsberechtigte nach SGB II oder XII erhalten zudem nur gut die Hälfte der reduzierten Prämienhöhe erstattet und müssten damit mind. 25 Prozent ihres ALG II, Sozialgeldes, Hilfe zum Lebensunterhalt sowie Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung für ihre private Krankenversicherung aufwenden. Damit ist für diese Personengruppe der PKV-Basistarif absehbar nicht praktikabel.

Der Gesetzentwurf geht davon aus, dass PKV-Unternehmen etwa 237 Euro benötigen, um durch diese Regelung nicht allzu sehr geschädigt zu werden. Im Gegensatz dazu ist der Gesetzgeber bezüglich diesen Personenkreises der Meinung, dass 125 Euro für die GKV ausreichend sind.

Der DGB fordert einen Wettbewerbsrahmen, der gesetzliche Krankenkassen und private Versicherungsunternehmen gleichen Bedingungen unterwirft. Dazu gehören einkommensabhängige Beiträge, ein einheitlicher Leistungskatalog, Kontrahierungszwang für alle Versicherten, einheitliche Regelungen zur Vergütung der Leistungserbringer und ein Finanzausgleich zwischen den Kassen. So-

lange diese Kriterien nicht alle erfüllt sind, bleibt der Wettbewerbsvorteil der privaten Krankenversicherungswirtschaft zu Lasten der GKV erhalten.

Es ist zu begrüßen, dass Altersrückstellungen beim Wechsel der privaten Krankenversicherung mitgenommen werden können. Dadurch wird erstmals ein Wettbewerb zwischen den privaten Krankenversicherungsunternehmen um Bestandsversicherte ermöglicht. Nun sollen die Altersrückstellungen im Umfang des Basisarbeitsvertrags zwischen den PKV-Unternehmen portabel werden. Durch die Einschränkung des Umfangs wird der Wettbewerb jedoch wieder eingegrenzt.

Wahlfreiheit wird es nicht geben. Beispielsweise werden Beamte weiterhin gezwungen sein, sich privat kranken zu versichern. Hier ist dringend geboten, die Dienstgeber zu verpflichten, den Beamtinnen und Beamten und den Versorgungsempfängern, die freiwillig in der GKV versichert sind, den Arbeitgeberbeitrag zu gewähren. Das Beamtenrecht muss an dieser Stelle sozial geöffnet werden.

Der PKV-Verband droht im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform bereits mit Prämiensteigerungen von bis zu 36 Prozent. Dies verunsichert die PKV-Kunden, die nicht die Wahlfreiheit haben, in die soziale GKV zu wechseln. Der DGB fordert den Gesetzgeber und die Bundesregierung auf, diese Verunsicherung zu beenden. Dies kann z. B. durch die Übernahme der Arbeitgeberbeiträge für Beamtinnen und Beamte geschehen. Andererseits kann der Gesetzgeber den Beamtinnen und Beamten sowie weiteren PKV-Kunden die Prämienlast erleichtern, indem bei der ärztlichen und zahnärztlichen Gebührenordnung die Mehrfachsätze reduziert werden.

Kritisch sieht der DGB, dass die bestehenden Unterschiede in der Qualität der Versorgung nicht beseitigt werden. Die Zwei-Klassen-Medizin zwischen gesetzlichen und privaten Kassen wird nicht abgebaut.

VII. Regelungen zur Prävention

In § 20 SGB V „Prävention und Selbsthilfe“ wird der Betrag, den die Krankenkassen für Primärprävention - und neu auch für Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren ausgeben sollen -, für 2006 auf 2,74 Euro pro Versichertem festgesetzt. Die Steigerungen in den kommenden Jahren sollen sich an der Bezugsgröße „Durchschnittsentgelt der gesetzlichen Rentenversicherung“ nach § 18 Abs 1 SGB IV entwickeln.

Neu eingefügt wird § 20a SGB V „Betriebliche Gesundheitsförderung“ der wie bisher die Krankenkassen zur Kooperation mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger verpflichtet. Neu ist die Möglichkeit der Übertragung von Aufgaben auf andere Krankenkassen, ihre Verbände oder Arbeitsgemeinschaften. Darüber hinaus können Krankenkassen untereinander im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zusammenarbeiten.

Ebenfalls wird § 20b SGB V „Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren“ neu eingefügt. Wie bisher auch werden die Krankenkassen zur Unterstützung der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren verpflichtet. Hinzu kommt, dass die Krankenkassen zur Bildung regionaler Arbeitsgemeinschaften aufgefordert werden.

Zusätzlich findet sich im Entwurf auch der § 20d SGB V „Primäre Prävention durch Schutzimpfungen“. Darin wird der Anspruch der Versicherten auf Schutzimpfungen gegen ansteckende Krankheiten verpflichtend - mit Ausnahme derer, die durch eine nicht beruflich bedingte Auslandsreise notwendig werden. Grundlage der Entscheidung, ob eine die Impfung eine Leistung der GKV sein wird, ist die Empfehlung der Ständigen Impfkommision beim Robert-Koch-Institut.

Der DGB begrüßt Regelungen, die mehr Engagement in Präventionsfragen anregen.

Die Neufassung des §20 bzw. die Ausdehnung auf §§ 20a - 20d führt nicht zu mehr Übersichtlichkeit. Bezogen auf den Zusammenhang mit dem Arbeitsschutz sogar zu einer praxisfernen Zersplitterung. Während im §20 SGB IV Abs. 2 (derzeitige Fassung) klar formuliert ist, was betriebliche Gesundheitsförderung bedeutet, führt die Aufspaltung in den §20a Betriebliche Gesundheitsförderung und §20b Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren eher zur Verwirrung.

In der derzeitigen Fassung wird klar der Vorrang des Arbeitsschutzes herausgestellt und die betriebliche Gesundheitsförderung als "den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahme" bezeichnet. Das Arbeitsschutzrecht schreibt dem Arbeitgeber klar die Verantwortung für Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit zu. Er hat dazu, insbesondere nach dem Arbeitsschutzgesetz, die Pflicht, durch eine Gefährdungsbeurteilung die arbeitsbedingten Risiken zu ermitteln, geeignete Schutzmaßnahmen festzulegen und zu dokumentieren und in einem dynamischen Prozess die Weiterentwicklung im Sinne des Schutzziels voranzutreiben. Dies geschieht alles auf Kosten der Arbeitgeber.

Darüber hinaus kann es sinnvoll sein, bestimmte Maßnahmen der Verhaltensprävention, die auf den o. g. Maßnahmen jedoch basieren müssen, durch die Krankenkassen durchführen zu lassen.

Der Text im geplanten §20a „Betriebliche Gesundheitsförderung“ enthält eine sehr unklare Formulierung, wenn es heißt, die Krankenkassen erbringen Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben, "um unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale zu erheben und Vorschläge zur Verbesserung zur gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten zu entwickeln." Dies darf nicht bedeuten, dass die Krankenkassen jetzt die Gefährdungsbeurteilung nach dem Arbeitsschutzgesetz durchführen können.

Hier bedarf es der Klarstellung durch einen eindeutigen Bezug zur Gefährdungsbeurteilung nach dem Arbeitsschutzgesetz.

Zur Verdeutlichung des Unterschieds:

Betriebliche Gesundheitsförderung bedeutet, den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen durch die Krankenkassen finanzieren zu lassen. Diese Maßnahmen haben dann zwangsweise immer einen konkreten Bezug zur betrieblichen Situation der Beschäftigten.

Gesundheitsförderung in Betrieben kann z. B. auch bedeuten, das Kollektiv der Beschäftigten zur Früherkennung von Diabetes oder Darmkrebs anzuhalten, was sicherlich sinnvoll ist, jedoch keine Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung darstellt.

Hinsichtlich der Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen empfiehlt der DGB ein Konzept, das eine Arbeitsteilung zwischen Bund, Ländern und Kommunen sowie Sozialversicherungsträgern vorsieht. Eine effiziente Bekämpfung der Infektionskrankheiten kommt auch den gesetzlich Versicherten zu-

gute. Jedoch können ihnen nicht allein die Kosten der zum Schutz der Bevölkerung notwendigen Impfungen aufgebürdet werden.

VIII. Patientenbeteiligung

In § 20c „Förderung der Selbsthilfe“ wird der Betrag, den die Krankenkassen für Selbsthilfeförderung ausgeben sollen -, für 2006 auf 0,55 Euro pro Versichertem festgesetzt. Die Steigerungen in den kommenden Jahren sollen sich an der Bezugsgröße „Durchschnittsentgelt der gesetzliche Rentenversicherung“ nach § 18 Abs 1 SGB IV entwickeln. An der Verteilung der Fördergelder sind neben den Spitzenverbänden der Krankenkassen (Sic!) Vertretungen der Selbsthilfe beteiligt.

Der DGB begrüßt generell die Förderung der Selbsthilfe. Die Begründung des Gesetzentwurfes klassifiziert dies als „gesamtgesellschaftliche Aufgabe“. Nach Meinung des DGB müssen gesamtgesellschaftliche Aufgaben, mit denen die gesetzlichen Krankenkassen betraut werden, durch staatliche Zuschüsse an die GKV finanziert werden. Da aber auch gesetzlich Versicherte Mitglieder der Selbsthilfegruppen sind, ist es gerechtfertigt, wenn ihre Kassen einen Teil der Arbeit finanziell unterstützen.

Insgesamt ist die Verwendung der Beitragsgelder für die Arbeit der Selbsthilfegruppen einer wissenschaftlichen Evaluation zu unterziehen.