

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0273(0)  
vom 11.09.03**

**15. Wahlperiode**

**Stellungnahme zum**

**Entwurf eines Gesetzes**

**zur Modernisierung der**

**Gesetzlichen Krankenversicherung**

**GKV-Modernisierungsgesetz – GMG**

**Berlin**

**9. September 2003**

Kontakt:

**Verbraucherzentrale Bundesverband (vz bv) e.V**

Fachbereich Gesundheit und Ernährung

**Markgrafenstr. 66, 10969 Berlin**

Tel: 030-25800432; Fax: 030-25800418,

Email: [isenberg@vzbv.de](mailto:isenberg@vzbv.de); [etgeton@vzbv.de](mailto:etgeton@vzbv.de); [www.vzbv.de](http://www.vzbv.de)

## Inhaltsverzeichnis

	<b>Seite</b>
<b>Vorbemerkung und Gesamtfazit</b>	<b>3</b>
Ausgangslage im Jahr 2003	3
Gesamtbeurteilung	3
<b>Stellungnahme zu den einzelnen Maßnahmen</b>	<b>5</b>
1. <b>Stärkung der Patientensouveränität</b>	<b>5</b>
2. <b>Verbesserung der Qualität in der Patientenversorgung</b>	<b>8</b>
3. <b>Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen</b>	<b>9</b>
4. <b>Neugestaltung der Vergütung im ambulanten Bereich</b>	<b>11</b>
5. <b>Neuordnung der Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln</b>	<b>11</b>
6. <b>Reform der Organisationsstrukturen</b>	<b>13</b>
7. <b>Stärkung der Prävention</b>	<b>15</b>
8. <b>Neuordnung der Finanzierung</b>	<b>15</b>

## Vorbemerkung und Gesamtfazit

### Ausgangslage im Jahr 2003

Gemessen am Anteil des Bruttoinlandsproduktes ist nach den USA und der Schweiz das deutsche Gesundheitssystem das teuerste der Welt. Verglichen mit anderen Industrienationen, die zum Teil deutlich weniger für ihr Gesundheitswesen ausgeben, ist jedoch die *Qualität* der Versorgung anhand der verfügbaren Daten über Mortalität und Morbidität sowie über die Ergebnisse einzelner medizinischer Maßnahmen nur durchschnittlich. So hat der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen für das deutsche Gesundheitswesen ein Nebeneinander von Unter-, Fehl- und Überversorgung diagnostiziert. Schon die Gesundheitsreform 2000 hat auf diesen Missstand reagiert und erste Maßnahmen zur Qualitäts- und Effizienzverbesserung eingeleitet. Die Modernisierung des deutschen Gesundheitswesens hin zu mehr integrierter Versorgung, effizienteren Strukturen und transparenteren Abläufen muss fortgesetzt werden.

Gleichzeitig muss in der Reform 2003 die Finanzgrundlage der gesetzlichen Krankenversicherung auch auf der Einnahmeseite auf eine tragfähige Basis gestellt werden. Langfristig lässt sich Nachhaltigkeit in der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung nur sichern, wenn die Solidarbasis für die Beitragserhebung erweitert wird. Ziel ist die Ausweitung des jetzigen Systems zu einer allgemeinen Bürgerversicherung. Eine Verschiebung dieser Grundsatzentscheidung kann den Fortbestand der solidarischen Krankenversicherung insgesamt gefährden. Das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) soll nach Ansicht des Verbraucherzentrale Bundesverbandes e.V. (vzbv) daher schon jetzt erste Schritte in diese Richtung einschlagen, um den Übergang zur allgemeinen Erwerbstätigen- oder Bürgerversicherung in seinen sozialen und ökonomischen Auswirkungen abzuwägen und verantwortbar gestalten zu können.

### Gesamtbeurteilung

Die Beurteilung der vorgesehenen Einzelmaßnahmen orientiert sich daran, ob und wie weit sie in der Lage sind, diese Ziele zu verwirklichen. In der Gesamtbetrachtung stellt der Gesetzentwurf ein Bündel von Maßnahmen zusammen, die aus Sicht des vzbv nur teilweise geeignet sind, die Qualität der Versorgung zu verbessern (z.B. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin); dazu gehören vor allem die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die Stärkung der hausärztlichen und der integrierten Versorgung. Der Erwartung, mit diesen Maßnahmen seien sämtliche Effizienzreserven im System erschlossen, ist ausdrücklich zu widersprechen. Vielmehr werden die Leistungserbringer finanziell und strukturell weitgehend ge-

schont; Anbietermonopole bleiben erhalten. Die Maßnahmen zur Strukturreform der Selbstverwaltung gehen in die richtige Richtung, scheuen aber davor zurück, Funktion und Arbeitsteilung zwischen Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen, Ärztekammern und medizinischen Fachgesellschaften grundsätzlich neu zu ordnen.

Während also Strukturreformen, die ihre Wirkung ohnehin erst mittelfristig entfalten, nur halbherzig angegangen wurden, werden Patienten und Versicherte unmittelbar und deutlich stärker belastet. Die Reform der Zuzahlungssystematik hat dabei mit der Zielsetzung, Eigenverantwortung von Versicherten und Patienten zu stärken, nichts mehr zu tun. Die Zuzahlungen der Patienten werden mit geschätzten 3,3 Mrd. Euro zusätzlicher Einnahmen vielmehr als Finanzquelle erschlossen. In der Verteilungswirkung bedeutet diese Reform der Zuzahlungen, dass *kranken* Versicherte stärker belastet werden zugunsten der gesunden Versicherten, insbesondere aber zugunsten der Arbeitgeberseite. Dieser Tendenz, die Lasten einseitig auf die Patienten umzulegen, entspricht auf der anderen Seite das Vorhaben, Versicherten Beitragsrückgewähr und Selbstbehalttarife anzubieten – auch diese Maßnahme zugunsten gesunder und gut verdienender Versicherter entzieht der Patientenversorgung die notwendigen Mittel. Gleichzeitig verliert die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gerade bei den Versicherten, die hohe Beiträge entrichten und denen der Weg in die private Krankenversicherung offen steht, durch die Anhebung der Zuzahlungen immer weiter an Attraktivität. Der vzbv vermisst eine klare Grundsatzentscheidung in Richtung auf eine Bürgerversicherung: die Verbreiterung der Solidarbasis könnte die durch das Reformgesetz geplanten und mit dem Solidarprinzip unvereinbaren Umverteilungseffekte vermeiden.

Durchweg positiv ist die Regelung der Patientenbeteiligung zu beurteilen. Patienten und ihren Organisationen werden damit die erforderlichen Anhörungs- und Mitspracherechte eröffnet.

## Stellungnahme zu den einzelnen Maßnahmen

Zu Beginn der Einzelbewertung sei auf die Stellungnahme des vzbv zum Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) vom 20. Juni 2003 verwiesen. Die vorliegende Stellungnahme berücksichtigt nur die im Vergleich zum GMG abweichenden Regelungen.

### 1. Stärkung der Patientensouveränität

- a) *Transparenz* – Die Verbesserung der Information von Patienten über die Qualität der Versorgung ist zu begrüßen. Bei der Offenlegung der Finanzen durch die Krankenkassen wäre insbesondere Wert auf die Höhe der Rücklagen sowie eine etwaige Verschuldung zu legen. Diese Informationen können von Bedeutung sein, um die zu erwartende Entwicklung des jeweiligen Beitragssatzes einer Krankenkasse beurteilen zu können.
- b) *Gesundheitskarte* – Die Einführung eines elektronischen Rezepts kann unerwünschte Wirkungen von Arzneimitteln und ihrer Kombinationen vermeiden, aber auch zu Verhinderung von Missbrauch beitragen. Der Ausbau der Chipkarte zur elektronischen Gesundheitskarte bzw. Patientenakte weitet diese Möglichkeiten aus. Die Zusammenführung der Behandlungsdaten kann unnötige und gegebenenfalls sogar schädliche Doppeluntersuchungen vermeiden und zu einer besseren Abstimmung von Therapiemaßnahmen unterschiedlicher Ärzte beitragen. Modellversuche mit Patientenakten auf Papier konnten zeigen, dass sich aus dieser Zusammenführung der Daten sowohl für Ärzte wie für Patienten Vorteile ergeben. Die elektronische und womöglich zentrale Speicherung dieser Daten wirft jedoch erhebliche Probleme im Hinblick auf Datenschutz und Datensicherheit auf. In diesem äußerst sensiblen Handlungsfeld fallen die möglichen Risiken für die informationelle Selbstbestimmung besonders stark ins Gewicht und müssen in der Kosten-Nutzen-Relation einer solchen Maßnahme entsprechend hoch bewertet werden. In jedem Fall ist die Einführung einer elektronischen Patientenakte an die Freiwilligkeit des Versicherten gebunden; niemand darf zur Speicherung seiner medizinischen Daten gezwungen oder durch finanzielle Anreize genötigt werden. Die Akzeptanz eines solchen Instruments bei den Versicherten würde sich erhöhen, je differenzierter der Zugang zu einzelnen Informationen vom Versicherten selbst gesteuert werden kann. Das Urteil des Verbraucherschutzes kann daher erst gefällt werden, wenn eine Gesamtkonzeption der elektronischen Patientenakte und ihrer technischen Umsetzung vorliegt. Bei der Erstellung dieser Konzeption sind die Organisationen der Verbraucher und Patienten aktiv zu beteiligen. Die Beteiligungsrechte der Patienten und Versicherten sind im Gesetz derzeit nicht geregelt. Im Gesetzentwurf wird die Vorbereitung der Gesundheitskarte allein den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung ü-

bertragen. Aufgrund der besonderen Sensibilität gesundheitsrelevanter Daten ist aber die Hinzuziehung der maßgeblichen Organisationen zur Vertretung der Interessen von Versicherten und Patienten schon bei der Konzeption der elektronischen Gesundheitskarte unerlässlich. Dies gilt auch, wenn – wie der Gesetzentwurf vorsieht – eine Regelung per Rechtsverordnung durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung herbeigeführt werden muss.

- c) *Kostenerstattung* – Die Gewährung der Wahl von Kostenerstattung für alle Versicherten, verbunden mit dem Anreiz, erst dann einen Selbstbehalttarif wählen zu können, führt ein Strukturelement der privaten Krankenversicherung in die GKV ein und setzt die Patienten den Gewinninteressen der Leistungsanbieter aus. Am bewährten *Sachleistungsprinzip* in der GKV sollte indes festgehalten werden. Es trägt der Tatsache Rechnung, dass Patienten dem Arzt gegenüber nie nur Kunden sind. Das Sachleistungsprinzip schützt die Verbraucher davor, dass notwendige medizinische Leistungen, die von der Krankenkasse erstattet werden, mit frei verkäuflichen individuellen Gesundheitsleistungen vermischt und so den Patienten sukzessive mehr Lasten aufgebürdet werden.
- d) *Leistungen in der EU* – Mit der Neuregelung des § 13 SGB V Abs. 4ff setzt die Bundesregierung die jüngste Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) um. Der vzbv begrüßt, dass es den gesetzlich Versicherten künftig unabhängig von ihrem Versichertenstatus möglich sein soll, grundsätzlich Kostenerstattung für im europäischen Ausland in Anspruch genommene Leistungen von der eigenen Krankenkasse zu erhalten. Das jüngste Urteil des EuGH (Rechtssache C-385/99) vom 13. Mai 2003 stellt neuerlich klar, dass auch in einem auf dem Sachleistungsprinzip basierenden Gesundheitssystem Kostenerstattung für Leistungen im Ausland möglich ist. Die im Gesetz vorgesehene Unterscheidung zwischen ambulanten und stationären Leistungen – für letztere gilt weiterhin ein Genehmigungsvorbehalt – ist im Sinne der Planungssicherheit des Krankenhausbedarfs akzeptabel.
- e) *Versicherungsumfang* – Krankenkassen sollen künftig freiwillig Versicherten Tarife mit Beitragsrückgewähr oder Selbsthalten mit Beitragsminderung anbieten können. Diese Maßnahme dient offenbar dem Ziel, Versicherte in der GKV zu halten. Es stärkt indes nicht die Solidarität, wenn die Nichtinanspruchnahme medizinischer Leistungen finanziell belohnt wird, während auf der anderen Seite Patienten durch erhebliche Zuzahlungen zur Kasse gebeten werden. Dies widerspricht dem Sinn einer solidarischen Risikoversicherung, in der Gesunde für Kranke und gut Verdienende für Geringverdienende eintreten. Der vzbv lehnt daher diese Regelung ab.
- f) *Private Zusatzversicherungen* – Den gesetzlichen Krankenkassen soll die Möglichkeit eingeräumt werden, mit privaten Krankenversicherungsunternehmen zu kooperieren. Dabei

geht es um Zusatzversicherungsverträge zwischen den Versicherten der Krankenkasse und den jeweiligen Versicherungsunternehmen, insbesondere für die Wahlarztbehandlung im Krankenhaus, einen Ein- oder Zweibettzuschlag im Krankenhaus sowie eine Auslandsreisekrankenversicherung. Der **vzbv** begrüßt diese Regelung im Grundsatz, weil damit einem Wunsch der Versicherten Rechnung getragen wird, bestimmte Versicherungen, die ihren Krankenversicherungsschutz ergänzen, über ihre Krankenkasse abschließen zu können. Unklar bleibt jedoch, was mit der Zusatzversicherung, insbesondere bei günstigeren Gruppentarifen, geschieht, wenn der Versicherte von seinem Kassenwahlrecht Gebrauch macht. Die Konsequenzen der Regelung für die europarechtliche Einordnung der gesetzlichen Krankenkassen als parafiskalische Körperschaften des öffentlichen Rechts oder als private Unternehmen werden nicht erläutert. Auch hier besteht weiterer Klärungsbedarf.

- g) *Bonus für Versicherte* – Den Krankenkassen soll die Möglichkeit eröffnet werden, Versicherten, die regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten oder zur primären Prävention in Anspruch nehmen, einen Bonus zu gewähren. Zu erwägen wäre, ob auch die Teilnahme an sinnvollen Impfprogrammen mit einem Bonus belegt werden sollte. Die Präzisierung, dass ein Bonus nur für *qualitätsgesicherte* Präventionsprogramme gewährt werden kann, ist begrüßenswert und sollte auch für Früherkennungsprogramme gelten. Die nachhaltige Wirkung einzelner von Krankenkassen durchgeführten Präventionsprogramme ist durchaus umstritten. Die Koppelung von Prävention und Bonussystemen setzt für die einzelnen Krankenkassen einen Anreiz, Präventionsmaßnahmen wiederum primär unter Marketinggesichtspunkten zu betrachten. Anreizmodelle sollten sich aus Sicht des **vzbv** weniger auf „gesundheitsbewusstes Verhalten“, das sich kaum kontrollieren lässt, beziehen, sondern auf solche Handlungsoptionen, in denen Versicherte und Patienten durch ihr Verhalten Kosten einsparen oder die Effizienz der Versorgung erhöhen und damit *Systemverantwortung* vor allem im Sinne der *Wirtschaftlichkeit* wahrnehmen können. Die Förderung der betrieblichen Gesundheitsförderung durch einen Bonus ist demgegenüber uneingeschränkt zu begrüßen.
- h) *Patientenbeteiligung* – Die Regelung der §§ 140f und 140g stellt einen deutlichen Fortschritt im Blick auf Transparenz und Partizipation im deutschen Gesundheitssystem dar. Damit werden Formen der Verfahrens- und Beratungsbeteiligung in den entscheidenden Gremien des Gesundheitswesens etabliert. Dies entspricht der Forderung eines großen Teils der relevanten Patientenorganisationen. Begrüßenswert ist insbesondere, dass der Vorschlag des **vzbv**, ein Anerkennungsverfahren für Patientenorganisationen auf Bundesebene einzuführen, aufgegriffen wurde und auch die finanzielle Grundlage der Beteiligung geklärt wurde.

- i) *Patientenbeauftragte/r* – Die Einrichtung des/r Patientenbeauftragten wird vom vzbv ausdrücklich begrüßt. Diesem/r Beauftragten sollte ein *Beirat* zugeordnet sein, in dem die relevanten Organisationen der Patientenvertretung und -unterstützung vertreten sind. Die Zielsetzung, Patientenrechte weiterzuentwickeln, wird vom vzbv ausdrücklich unterstützt. Hier hat in der Tat die Funktion des/der Patientenbeauftragten eine wichtige Aufgabe. Sprachrohr der Patienteninteresse in der Öffentlichkeit soll er/sie allerdings nicht sein. Diese Aufgabe erfüllen die Patientenorganisationen schon jetzt. Sie soll der/die Beauftragte in dieser Rolle unterstützen.

## 2. Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung

- a) *Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit* – Der vzbv begrüßt die Einrichtung einer unabhängigen Institution zur Verbesserung der Qualität in der medizinischen Versorgung nach dem Vorbild des englisch-walisischen National Institute for Clinical Excellence (NICE). Die im GMG vorgesehene Aufgabenbeschreibung, zum einen anhand der wissenschaftlich neusten Erkenntnisse Informationen über die Qualität von Leistungen der medizinischen Versorgung zur Verfügung zu stellen und andererseits Stellungnahmen und Empfehlungen für die Gestaltung des Versorgungsgeschehens abzugeben, ist sinnvoll und kann dazu beitragen, Qualität und Effizienz auf wissenschaftlich gesicherter Grundlage nachhaltig zu verbessern. Der vzbv begrüßt, dass das Institut an die gemeinsame Selbstverwaltung angebunden wird. Allerdings sollte neben der reinen Nutzen- auch eine *Kosten-Nutzen-Bewertung* durch das Institut vorgenommen werden können. Der Bundesausschuss benötigt eine *evidenzbasierte* Grundlage, um die Frage der Wirtschaftlichkeit einer Leistung einschätzen zu können. Ansonsten besteht die Gefahr, dass Entscheidungen über den Leistungskatalog wieder ohne wissenschaftliche Basis aufgrund diffuser Verhandlungsprozesse getroffen werden.
- b) *Fortbildung der Ärzte* – Die Präzisierung und Ausweitung der Fortbildungspflicht für Ärztinnen und Ärzte ist sinnvoll und notwendig, um die Qualität insbesondere der ambulanten Versorgung zu verbessern. Wenn in Zukunft die Verlängerung der vertragsärztlichen Zulassung daran gebunden werden soll, ob Mediziner an unabhängigen Fortbildungsmaßnahmen teilgenommen haben, so ist dies sinnvoll, wenngleich allerdings nur eine äußerliche Qualitätsanforderung. Wichtiger aus Verbrauchersicht ist es, dass Ärztinnen und Ärzte regelmäßig Angebote einer selbstorganisierten Qualitätsentwicklung, etwa in Form von intervisorischen Qualitätszirkeln (Peer Review) wahrnehmen, weil sich nur so das Niveau der Behandlung kontinuierlich und nachhaltig steigern lässt. Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen müssen diesen Rahmen für konkrete und sinnvolle Fortbildungs-



und Qualitätssicherungsmaßnahmen nutzen, damit die neue Regelung der Fortbildungspflicht nicht technokratisch ins Leere läuft.

- c) *Qualitätsmanagement* – In den Praxen soll ein internes Qualitätsmanagement neu eingeführt werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, über ihre eigenen, die Qualitätssicherung der Ärzte unterstützenden Aktivitäten Qualitätsberichte vorzulegen. Der vzbv begrüßt diese Regelung, mit der eine Empfehlung der 72. Gesundheitsministerkonferenz umgesetzt wird. Ob die Kassenärztlichen Vereinigungen von ihrer Struktur und ihrer personellen Besetzung her in der Lage sind, Qualitätssicherung und -entwicklung in der ambulanten Versorgung zukünftig zu gewährleisten, muss angesichts der erheblichen Organisationsmängel und Interessenverquickungen bezweifelt werden. Demgegenüber wäre zu prüfen, ob der Auftrag für ein umfassendes Qualitätsmanagement nicht besser bei den Ärztekammern anzusiedeln wäre.

### **3. Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen**

- a) *Medizinische Versorgungszentren* – Der vzbv begrüßt die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, weil sie die Möglichkeit einer integrierten wohnortnahen Versorgung eröffnen, in der einzelwirtschaftliche Interessen hinter dem gemeinsamen Qualitätsergebnis zurückstehen. Diese Perspektive wird den medizinischen Versorgungszentren im Gesetzentwurf noch nicht in ausreichender Weise eröffnet. Leitbild ist weiterhin die freiberufliche Tätigkeit des niedergelassenen Arztes. Ob die Zentren eine ernsthafte Chance haben, sich zu Versorgungsalternativen zu entwickeln, wenn sie wie geplant unter der Bedarfsplanung und Zulassungskontrolle der Kassenärztlichen Vereinigungen stehen, ist überaus zweifelhaft. Es ist sicherzustellen, dass die entsprechenden Einrichtungen durch die Vergütungssystematik für die erschlossenen Effizienzgewinne nicht bestraft, sondern belohnt werden. Ein Teil der erzielten Einsparungen muss für sinnvolle Reinvestitionen in die Gesundheitszentren genutzt werden können. An dieser Stelle sieht der vzbv eine wichtige Gestaltungsaufgabe der Politik wie der Kostenträger für die Zukunft des Gesundheitswesens.
- b) *Integrierte Versorgung* – Gesundheitszentren und Praxisnetze werden privilegierte Partner bei der Weiterentwicklung der integrierten Versorgung sein. Der Auftrag der Krankenkassen, Verträge für integrierte Versorgung jenseits des Sicherstellungsauftrages und ohne Einfluss der Kassenärztlichen Vereinigungen abzuschließen, eröffnet den Kostenträgern die Möglichkeit, das Versorgungsgeschehen mitzubestimmen. Die Beschränkung der integrierten Versorgungsmodelle auf jeweils ein Prozent der ambulanten und stationären Vergütung erscheint dem vzbv unzureichend angesichts der Bedeutung, die eine sektor-

übergreifende Versorgung für Qualität und Effizienz des Gesundheitswesens in Zukunft haben wird. Das wesentliche Strukturdefizit des deutschen Gesundheitssystems wird durch die vorliegende Regelung nur halbherzig angegangen. Insgesamt kommt die integrierte Versorgung nur weiter, wenn auch die Vergütungssystematik zwischen ambulantem und stationären Sektor im Sinne einer umfassenden Fallpauschalenvergütung integriert wird. (s.u.)

- c) *Hausarztssystem* – Künftig können die Krankenkassen ihren Versicherten spezielle Modelle zur hausärztlichen Versorgung anbieten. Der vzbv begrüßt dies, weil in der Vergangenheit zu viele Anreize zur fachärztlichen Spezialisierung gesetzt und damit die Rolle der Allgemeinmedizin und die Navigationsfunktion der Hausärzte geschwächt wurde. Es ist sicherzustellen, dass Zahl und Qualifikation der Hausärzte, insbesondere für die „Lotsenrolle“, ausreichend ist, um den Anforderungen einer verbesserten hausärztlichen Versorgung gerecht werden zu können. Für das intensive und anspruchsvolle Patient-Arzt-Gespräch ist eine spezielle Ausbildung notwendig, die auch die Qualifikation für ein individuelles Case-Management einschließt. Diese Qualifikationen sind vor der Zulassung zum Hausarztssystem zu erwerben. Die Zertifizierung muss für die Patientinnen und Patienten erkennbar sein. Wie jede Systemsteuerung kann auch das Hausarztssystem indes zu unerwünschten Effekten führen. So besteht die Gefahr, dass der Hausarzt als „Gatekeeper“ den notwendigen Zugang zur fachärztlichen Versorgung für Patientinnen und Patienten verzögert. Die erwünschte Lotsenfunktion könnte sich aufgrund falsch gesetzter Anreize gegen das angestrebte Ziel einer rationaleren Versorgung richten. Außerdem nehmen für weite Teile der chronisch Kranken Fachärzte, etwa in Schwerpunktpraxen, die Rolle des Vertrauensarztes ein. Auch sie müssen in ihrer Navigationsfunktion gestärkt werden. Es bedarf daher Ausnahmeregelungen für diese Patientengruppe.
- d) *Öffnung der Krankenhäuser* – Der vzbv begrüßt die Teilöffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung. Sie führt zu einem dazu, dass medizintechnische Investitionen effizienter genutzt und so mittelfristig Kosten eingespart werden können. Ob sich diese Einsparpotenziale realisieren lassen, ohne in der ambulanten fachärztlichen Versorgung direktere Steuerungsinstrumente für die Neuanschaffung und Aufstellung medizintechnischer Geräte zur Verfügung zu haben, muss allerdings bezweifelt werden. Zum anderen kann die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung auch zur besseren Integration der Versorgungssektoren beitragen. Sektorübergreifende Versorgungsketten aus einer Hand bieten die Chance, dass Patientinnen und Patienten bedarfsgerechter versorgt werden, bergen aber auch die Gefahr, dass Anbieterinteressen den Behandlungsverlauf unangemessen dominieren. Ambulant tätige Krankenhäuser müssen daher über ein qualifiziertes Case-Management verfügen. Allerdings wird im Gesetzentwurf den Kassenärztli-

chen Vereinigungen ein erheblicher Einfluss bei der Öffnung von Krankenhäusern gesichert, so dass es in der Praxis vermutlich selten dazu kommen wird. Der vzbv plädiert dafür, die Öffnungsmöglichkeit nicht allein an die Nichterfüllung des Sicherstellungsauftrages zu binden.

- e) *Arbeitszeiten im Krankenhaus* – Die zum Teil unzumutbaren Arbeitsbedingungen im Krankenhaus sind nicht nur eine Belastung für die Mitarbeiter, sondern beeinträchtigen auch die Qualität und Sicherheit der medizinischen Versorgung. Daher ist es aus Verbrauchersicht zwingend erforderlich, Arbeitszeitmodelle im Krankenhaus zu etablieren, die sowohl den Mitarbeitern wie auch den Patienten entgegen kommen. In diesen Reformprozess sind indes auch die krankenhausinternen Hierarchiestrukturen sowie bestimmte Privilegien von Universitätskliniken einzubeziehen.

#### 4. Neugestaltung der Vergütung im ambulanten Bereich

Die Ersetzung klarer Budgetgrenzen durch die Einführung von *Regelleistungsvolumina* ab 2006 kann zu Überschreitungen der bisherigen Ausgabengrenzen in der ambulanten Versorgung führen. Wenn künftig die Krankenkassen die Risiken der Morbiditätsentwicklung tragen sollen, so muss es dafür objektive, nachvollziehbare Daten geben. Entsprechend dazu ist die Fortschreibung des Risikostrukturausgleichs (RSA) im Hinblick auf die Morbiditätsverteilung unerlässlich und dringlich. Die zwischen Regierung und Opposition vereinbarte Bund-Länder-Arbeitsgruppe darf keinesfalls zu einer Verzögerung des morbiditätsorientierten RSA führen. Eine Orientierung der ambulanten (fachärztlichen) Vergütung am Fallpauschalensystem der Krankenhäuser wäre sinnvoll, auch um die Integration der Versorgungssektoren zu erleichtern (s.o.). Dass künftig die Abrechnung von bestimmter Leistungen an Qualitätsmerkmale der Leistungserbringer gebunden werden soll, ist zu begrüßen.

#### 5. Neuordnung der Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

- a) *Festbeträge für patentgeschützte Arzneimittel* – Die Einbeziehung patentgeschützter Arzneimittel mit vergleichbaren Wirkstoffen in die Festbetragsregelung ist zu begrüßen, da sich hier Einsparpotenziale von rund einer Mrd. Euro realisieren lassen.
- b) *OTC-Präparate* – Die Herausnahme der sogenannten OTC-Präparate aus dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung ist in seinen Auswirkungen sowohl im Blick auf die zu erwartenden Einsparungen wie auch auf die Belastungen für Patientinnen und Patienten fraglich, zumal einige dieser Präparate bereits in die sogenannte Positivliste aufgenommen wurden und daher als therapeutisch sinnvoll eingestuft wurden. Ob die um-

fangreichen Ausnahmeregelungen für Kinder und Jugendliche, für homöopathische und anthroposophische Arzneimittel ohne zugelassenes Anwendungsgebiet sowie bei schweren Erkrankungen geeignet sind, um Härten etwa für chronisch Kranke tatsächlich zu vermeiden, bleibt dahingestellt. Es ist zu erwarten, dass durch diese Maßnahme Umgehungs-effekte einsetzen, so dass die nicht verschreibungspflichtigen und nun auch nicht mehr erstattungsfähigen Arzneimittel letztlich durch die Verschreibung nicht nur teurerer, sondern auch riskanterer Medikamente substituiert werden. Zu befürchten ist daher, dass die Maßnahme sogar mehr kostet als sie einbringt. Die Regelung trifft überdies insbesondere naturheilkundliche Arzneimittel, die in der Regel schonender und preiswerter sind als vergleichbare Produkte der Schulmedizin. Im Gegensatz zu dieser Regelung wünscht sich eine Mehrheit der Versicherten sogar eine weiter gehende Erstattung von homöopathischen oder Pflanzenpräparaten. Aufgrund der genannten medizinischen, sozialen und ökonomischen Risiken lehnt der vzbv diese Maßnahme ab.

- c) *Arzneimittel für private Lebensführung* – Arzneimittel, die überwiegend der Verbesserung der privaten Lebensführung dienen, sollen von den Krankenkassen nicht mehr erstattet werden. Das betrifft z.B. Mittel gegen erektile Dysfunktionen. Es ist schwer nachvollziehbar, wie die Abgrenzung zwischen ernsten somatischen oder psychischen Störungen und der Verbesserung der privaten Lebensführung vorgenommen werden soll. Das genannte Beispiel ist populistisch, zeigt aber, dass eine solche Trennung in der Praxis nur schwer durchzuführen sein dürfte.
- d) *Versandhandel und Lockerung des Mehrbesitzverbotes* – Der vzbv befürwortet die Maßnahmen zur Liberalisierung des Arzneimittelvertriebes: die Aufhebung des Mehrbesitzverbotes und die Zulassung von Versandapotheken führen Elemente des Wettbewerbs in die bisher stark regulierte Distribution von Arzneimitteln ein. Die Regelung beschränkt die Gründung von Apothekenfilialen allerdings auf drei pro Apotheker. Damit wird eine Ketten-gründung verhindert. Faktisch wird sich durch diese Maßnahme auf dem Arzneimittelmarkt wenig ändern. Medikamente sind indes kein Gut wie jedes andere, sondern unterliegen weiterhin besonderen Sicherheits- und Qualitätsanforderungen – das gilt auch für den Vertrieb. Die Zulassung von Versandapotheken kann daher nur unter strengen Auflagen und europäisch einheitlichen Qualitätsstandards erfolgen. Dabei ist dafür Sorge zu tragen, dass die erzielten Einsparungen sowohl den betroffenen Patientinnen und Patienten als der Gemeinschaft der Versicherten zugute kommen. Der vzbv begrüßt, dass wesentliche von den Verbraucherverbänden bereits vorlegte Qualitätskriterien zur Zulassung von Versandapotheken in den GMG-Entwurf aufgenommen worden sind.

- e) *Hilfsmittelversorgung* – Die Möglichkeit für Krankenkassen, Hilfsmittel auszuschreiben, ist zu begrüßen. Allerdings gilt künftig wie für alle Leistungen eine Zuzahlung von 10 Prozent (s.u.).

## 6. Reform der Organisationsstrukturen

- a) *Organisationsrecht der Krankenkassen* – Das Mitgliedschafts- und Organisationsrecht der verschiedenen Krankenkassen soll harmonisiert werden, um Wettbewerbsverzerrungen zu vermindern. Die Angleichung der Wettbewerbsbedingungen der Krankenkassen hängt im wesentlichen an der Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Sollte dies vor 2007 möglich sein, so könnten die bis dahin notwendigen geplanten Restriktionen schneller beendet werden. Ziel muss ein Wettbewerb der Krankenkassen um mehr Qualität und besseren Service sein, nicht aber um „gute“ oder „schlechte Risiken“. Darum sollte der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich so schnell wie möglich eingeführt werden.
- b) *Struktur der Kassenärztlichen Vereinigungen* – Eine Reform der Kassenärztlichen Vereinigungen ist überfällig und war bereits ein Anliegen der letzten Gesundheitsreform. Die Professionalisierung der Arbeitsweisen und die Zusammenlegung zu größeren Einheiten berührt indes nicht das grundsätzliche Problem, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen trotz ihres Status' als Körperschaften des öffentlichen Rechts ihrer Funktion, zwischen den unterschiedlichen Ärzteguppen zu vermitteln, sachgerechte Verteilungslösungen in der Vertragsgestaltung mit den Krankenkassen zu finden sowie die korrekte Leistungserbringung und -abrechnung wirksam zu kontrollieren, weiterhin nicht gerecht werden. Nach außen gerieren sich die Kassenärztlichen Vereinigungen als Standesorganisation mit eigenem politischen Mandat, bis hin zu unmittelbaren Eingriffen in den Wahlkampf. Die Kampagne etlicher Kassenärztlicher Vereinigungen gegen die Einführung des Disease-Management-Programme hat dem Ruf der verfassten Ärzteschaft schweren Schaden zugefügt und zu Recht die Aufsichtsbehörden auf den Plan gerufen. Aus Verbrauchersicht sind Zweifel angemeldet, ob die im Gesundheitswesen notwendige unabhängige Vertretung der Ärzteschaft noch von einer Organisationsstruktur zu erwarten ist, die sich derart desavouiert hat. Die Frage, ob die Kassenärztlichen Vereinigungen überhaupt noch reformierbar sind, ist aus dieser Perspektive derzeit nicht eindeutig positiv zu beantworten. Letztlich wäre die Teilung des Sicherstellungsauftrages zwischen Leistungsanbieter und Kostenträger sinnvoll und entspräche dem Sinn der Selbstverwaltung.
- c) *Neuordnung der gemeinsamen Selbstverwaltung* – Die Bündelung von Bundes- und Koordinierungsausschüssen sowie der von der gemeinsamen Selbstverwaltung betriebenen In-

stitutionen ist sinnvoll und kann zu mehr Effizienz in der Arbeit der Selbstverwaltung führen. Durch § 140f ist die angemessene Vertretung der Patienten und Verbraucher sichergestellt.

- d) *Bekämpfung von Missbrauch und Korruption* – Die geplanten Maßnahmen zur Korruptionsbekämpfung geben der Selbstverwaltung weitere Instrumente zur Missbrauchskontrolle an die Hand und werden vom **vzbv** begrüßt. Kontrollen und Plausibilitätsprüfungen (z. B. auf der Basis von Zeitprofilen) zur Erkennung von betrügerischen Falschabrechnungen sind grundsätzlich begrüßenswert, sofern sie von realistischen Werten ausgehen. Die Ursachen für Korruption und Abrechnungsbetrug werden indes dadurch noch nicht beseitigt. Die derzeitigen Vergütungssysteme begünstigen Intransparenz, Falschabrechnung und Missbrauch, und sie erzwingen teilweise praxisferne Behandlungsmethoden, die weniger am Patientenwohl als vielmehr an der Abrechnungssystematik orientiert sind. Deshalb sollte das bestehende Abrechnungssystem zu Gunsten eines auf realistischen und nachprüfbareren Kriterien wie Kopf- und Diagnosepauschalen basierenden Honorarmodells ersetzt werden. Krankenkassen müssen überdies durch gezielte Datenzusammenführung in den Stand versetzt werden, die Beziehungen zwischen Leistungserbringern und Versicherten, sowie zwischen den Leistungserbringern untereinander nachvollziehen zu können. Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen sollen verpflichtet werden, Abrechnungsbetrug und Korruption schärfer zu ahnden; sie benötigen dafür auch die geeigneten Sanktionsinstrumente. Die Unabhängigkeit wissenschaftlicher und ärztlicher Fachgesellschaften, welche durch ihre Therapieleitlinien und Richtlinien großen Einfluss auf das medizinische Handeln ausüben, muss durch geeignete Regeln gewährleistet werden. Korruption betrifft aber nicht nur die Leistungserbringer, sondern auch Sachverständige und Mitglieder von Beratungs- oder Entscheidungsgremien. Medizinische Sachverständige, Gutachter und Meinungsbildner müssen bei ihrer Tätigkeit Zuwendungen und Interessenkonflikte transparent und öffentlich machen.
- e) *Transparenz der Mittelverwendung* – Krankenkassen und Kassen- bzw. Kassenzahnärztliche Vereinigungen müssen künftig über die Verwendung der Mittel gegenüber ihren Mitgliedern Rechenschaft ablegen und ihre Verwaltungskosten gesondert als Beitragssatz bzw. Umlageanteil ausweisen. Hierzu zählt auch die Veröffentlichung der Vorstandsvergütungen einschließlich etwaiger Nebenleistungen und wesentlicher Versorgungsregelungen. Diese Maßnahme ist zu begrüßen, sollte aber um die Offenlegung der Rücklagen sowie einer etwaigen Verschuldung der jeweiligen Krankenkasse ergänzt werden (s.o.).
- f) *Deckelung der Verwaltungskosten* – Die Senkung der Verwaltungskosten, die Vermeidung der Verschwendung von Beitragsmitteln und die Steigerung der Effizienz in der Administration der Krankenkassen ist ein wichtiges Ziel, um unnötige Kosten einzusparen. Die vorge-

schlagene gesetzliche Deckelung der Verwaltungsausgaben widerspricht jedoch dem Grundsatz einer im Wettbewerb notwendigen weitgehend unabhängigen Betriebsführung. Ein Gutteil der Verwaltungsausgaben entspringt überdies politisch gewollten, wünschenswerten und notwendigen Vorgaben des Gesetzgebers, z.B. die Durchführung von Disease-Management-Programmen, Patientenberatung oder -beteiligung. Auch die in das Marketing der jeweiligen Krankenkasse fließenden Mittel entsprechen dem Willen des Gesetzgebers, wonach Krankenkassen sich im Wettbewerb behaupten sollen. Die Regulierung des Haushaltführung der einzelnen Krankenkasse ist demgegenüber dirigistisch und systemfremd.

- g) *Verwertung von Leistungs- und Abrechnungsdaten* – Dass die Leistungs- und Abrechnungsdaten zur Systemsteuerung durch Selbstverwaltung, Politik auf Bundes- und Landesebene, Gesundheitsberichterstattung und Forschung kassenarten- und sektorübergreifend pseudonymisiert zur Verfügung gestellt werden, entspricht einer Forderung des vzbv. In der neu einzurichtenden Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz sind Beteiligungsregeln für Patientinnen und Patienten vorgesehen. Das ist bei diesem sensiblen Thema auch unbedingt notwendig.

## **7. Stärkung der Prävention**

Die Prävention soll im Unterschied zum Gesetzentwurf der Regierung nicht mehr im Rahmen dieser Gesundheitsreform, sondern im Zuge des geplanten Präventionsgesetzes geregelt werden. Damit werden die positiven Ansätze des Gesetzentwurfes, z.B. die stärkere Poolbildung der Mittel für Prävention oder die Berücksichtigung der verschiedenen Ebenen (Bund, Land) bei der Selbsthilfeförderung wieder zur Disposition gestellt. Der vzbv sieht in der Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung eine wesentliche Zukunftsaufgabe der Gesundheitspolitik und fordert daher die Bundesregierung auf, das Präventionsgesetz möglichst bald vorzulegen und mit den im Deutschen Forum für Prävention und Gesundheitsförderung versammelten Organisationen abzustimmen.

## **8. Neuordnung der Finanzierung**

- a) *Versicherungsfremde Leistungen* – Seit Jahren wird die Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung durch so genannte versicherungsfremde Leistungen beklagt. Die Abgrenzung dieser Leistungen von den inhärenten Aufgaben der GKV aufgrund des Krankheitsbezuges ist kaum konsequent durchzuhalten. Die Auswahl der „versicherungsfremden Leistungen“ dürfte daher nie ganz ohne Willkür zu treffen sein. Nichtsdestotrotz ist es

sinnvoll, gesellschafts- und familienpolitische Aufträge der GKV aus Steuermitteln zu refinanzieren. Zur Deckung der empfohlenen Steuerfinanzierung kann die angekündigte stufenweise Erhöhung der Tabaksteuer mittelfristig ausreichen. Allerdings ist zu prüfen, ob sich aus der Gewährung eines Bundeszuschusses an die gesetzlichen Krankenkassen ein analoger Anspruch für die Private Krankenversicherung ergibt und wie dieser Anspruch gegebenenfalls auszuschließen ist.

- b) *Sonderversicherung des Zahnersatzes* – Ab 2005 sollen die Versicherten Aufwendungen für den Zahnersatz separat versichern, und zwar bei ihrer Krankenkasse oder optional auch bei einem privaten Versicherungsunternehmen. Damit soll die GKV um 3,5 Mrd. €, entsprechend die Arbeitgeber um 1,75 Mrd. € entlastet werden; das entspräche pro Versichertem einer Summe von ca. 5,7 € im Monat. Die Versicherten müssen bei einer privaten Versicherung jedoch voraussichtlich mit einer deutlich höheren zusätzlichen Belastung rechnen. Darum ist wahrscheinlich, dass die meisten Verbraucher das Zahnersatzrisiko bei ihrer Krankenkasse absichern. Durch den einheitlichen, einkommensunabhängigen Beitrag geht jedoch ein Stück Solidarität innerhalb der GKV verloren, ohne dass damit ein verhaltenssteuernde, präventiver Nutzen verbunden wäre. Der zusätzliche administrative Aufwand einer Sonderversicherung des Zahnersatzes wird die Versicherten vermutlich sogar zusätzlich belasten. Die Neuregelung des Zahnersatzes hat vor allem ideologische Gründe und dient letztlich einem gesundheitspolitischen Experiment: sie soll erklärtermaßen als Pilotprojekt einer weitergehenden Auslagerung medizinischer Leistungen aus dem Katalog der GKV dienen. Der vzbv lehnt eine solche Strategie der sukzessiven Leistungsausgrenzung ohne positive Lenkungseffekte ab.
- c) *Auslagerung des Krankengeldes* – Auch die mittelfristig geplante Umverteilung des Krankengeldes stellt eine einseitige Belastung der versicherten Arbeitnehmer zugunsten der Arbeitgeberseite dar. Ob dadurch tatsächlich Impulse für mehr Beschäftigung freigesetzt werden, ist fraglich. Die faktische Verschiebung der paritätischen Finanzierung wird durch einen zusätzlichen Beitragssatz verschleiert. Demgegenüber regt der vzbv die Heranziehung anderer Einkommensarten wie z.B. Miet-, Zins- und Kapitalerträge in das Beitragsaufkommen der GKV im einer *Bürgerversicherung* an.
- d) *Ausgrenzung bzw. Einschränkung von Leistungsansprüchen*  
Die Einschränkung des Leistungsrahmens der gesetzlichen Krankenversicherung ist aus Sicht der Versicherten immer negativ zu beurteilen. Im Zuge einer Konsolidierung der GKV-Finzen müssen indes auch Versicherte und Patienten ihren Beitrag leisten. Der vzbv trägt daher folgende Maßnahme mit:



- Der Leistungsanspruch bei Maßnahmen der künstlichen Befruchtung wird auf Frauen zwischen 24 und 40 und Männer bis 50 Jahre sowie auf drei Behandlungsversuche eingeschränkt. Diese Eingrenzung ist sinnvoll.
- Die Einschränkung der Leistungspflicht bei Sterilisation auf medizinisch indizierte Behandlungen ist hinnehmbar.
- Bei Sehhilfen sind die Zuschüsse der Krankenkassen etwa zu Brillen in den letzten Jahren schon so stark reduziert worden, dass ein Verzicht darauf eine für Verbraucherinnen und Verbraucher erträgliche Mehrbelastung darstellt.
- Die Streichung des Sterbegeldes aus dem Leistungskatalog war ohnehin vorgesehen und stellt eine im Zuge der Konsolidierung der GKV-Finzen vertretbare Belastung der Versicherten dar.

Demgegenüber sieht der vzbv folgende Maßnahmen als kritisch an:

- Fahrtkosten mit dem Taxi oder einem Mietwagen zur ambulanten Behandlung werden außer in Ausnahmefällen, nicht mehr übernommen. Diese Sparmaßnahme würde insbesondere mobilitätsbehinderte Menschen ohne eigenen PKW betreffen. Zumindest sind für diesen Personenkreis großzügige Ausnahmeregelungen zu treffen, die nicht nur den körperliche Zustand, sondern auch das konkrete Angebot im Personennahverkehr berücksichtigen.
  - Mit dem Entbindungsgeld (derzeit 77,- €) wird eine familienpolitische Maßnahme ganz aus dem Leistungskatalog entfernt. Der vzbv plädiert dafür, das Entbindungsgeld im Leistungskatalog zu belassen wie andere gesundheitspolitische Leistungen aus Steuermitteln zu finanzieren.
- e) *Beitragsgestaltung der Krankenkassen* – Mit dem Gesetzentwurf soll sichergestellt werden, dass sich die durch die genannten Leistungsausgrenzungen sowie die durch die Steuerfinanzierung erzielten Entlastungen voll und die weiteren durch das Gesetz bewirkten Ausgabenminderungen und Mehreinnahmen mindestens zur Hälfte in der Höhe der Beitragsätze und Beitragsklassen auswirken und nicht nur zur Auffüllung der Rücklagen und zum Schuldenabbau verwendet werden. Dasselbe gilt für die Einführung zusätzlicher Beitragsätze für Zahnersatz oder Krankengeld. Damit wird wiederum tief in die Geschäftspolitik der jeweiligen Krankenkasse eingegriffen. Ein solcher Dirigismus ist aber weder mit den Regeln des freien Wettbewerbs der Krankenkassen noch mit den Interessen der Versicherten vereinbar. Aus Sicht der Versichertengemeinschaft muss dem Schuldenabbau eindeutig Vorrang vor Beitragsentlastungen eingeräumt werden. Die durch die Streckung der Entschuldung fälligen Zinsaufwendungen müssen schließlich auch von den Versicherten getragen werden und ließen sich bei zügiger Tilgung vermeiden. Es ist davon auszugehen, dass keine Krankenkasse im Wettbewerb um Versicherte ihre Beiträge höher hält

als unbedingt notwendig. Darum sind direkte Vorgaben des Gesetzgebers zur Beitragsgestaltung unzulässige Eingriffe in den Kassenwettbewerb, die zudem einer nachhaltigen Finanzierung der GKV entgegenstehen.

- f) *Zuzahlungen* – Das neue Zuzahlungssystem belastet Patienten insgesamt mit jährlich 3,3 Mrd. € zusätzlich. Die prozentuale Berechnung der Zuzahlungen auf alle Leistungen hat keine spezifische Steuerfunktion, etwa im Hinblick auf Qualität oder Effizienz, sondern lediglich abschreckende Wirkung bei der Inanspruchnahme von Leistungen. Dies kann mittelfristig sogar zu Mehrkosten führen, wenn notwendige frühzeitige Diagnosen und Behandlungen unterbleiben. Wie sich die geplante *Praxisgebühr* von 10 € pro Quartal und Behandlungsfall auf multimorbide Patienten auswirkt, die mehrere Fachärzte im Quartal besuchen müssen, ist derzeit nicht hinlänglich geklärt. Während bei *Krankenhausaufenthalten* eine Begrenzung der täglichen Eigenbeteiligung von 28 (vormals 14) Tagen vorgesehen ist, wird die tägliche prozentuale Zuzahlung für die *häusliche Krankenpflege* unbegrenzt fällig. Dies ist mit dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ nicht zu vereinbaren und setzt letztendlich einen unerwünschten Anreiz zur Inanspruchnahme pflegerischer Leistungen im Krankenhaus. Für Pflege und Heilmittel fällt zusätzlich noch eine Verordnungsgebühr von jeweils 10 € an. Das ab 2005 geplante befundorientierte Zuschusssystem beim *Zahnersatz* wird Patienten wieder stärker zu Kunden machen und sie den bekannten Problemen der Übervorteilung durch den Zahnarzt aussetzen. Trotz der Beibehaltung einer *Belastungsgrenze* von zwei Prozent (bzw. einem Prozent bei chronisch kranken Menschen) des Bruttoeinkommens fällt die Möglichkeit einer vollständigen *Befreiung* in Zukunft weg und wird auch nicht mehr durch eine sozial verträgliche Minderung der Zuzahlungen auf jeweils einen Euro ersetzt. Diese Regelung trifft insbesondere sozial Benachteiligte und führt für Menschen, die bisher von Zuzahlungen befreit waren, zu erheblichen Mehrbelastungen. Da diese Reform der Zuzahlungssystematik keine verhaltensteuernden Wirkungen, die zu mehr Wirtschaftlichkeit führen, lässt erwarten, lehnt der vzbv sie ab.
- g) *Beitrag für Rentner* – Versorgungsbezüge und Alterseinkünfte aus selbständiger Tätigkeit von in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Rentnern sollen künftig mit dem vollen Beitragssatz belegt werden. Die Maßnahme stellt ein Stück mehr Generationengerechtigkeit innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung her und ist daher aus Verbrauchersicht zu befürworten.
- h) *Einbeziehung von Sozialhilfeempfängern* – Die vorgeschlagene Regelung zur Einbeziehung von Sozialhilfeempfängern in den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung ist für die Krankenkasse kostenneutral, kann aber zur Entlastung der Kommunen beitragen, weil künftig nur die für GKV anfallenden Kosten zu bezahlen sind. Die Maßnahme ist daher zu begrüßen.

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0273(1)  
vom 15.09.03**

**15. Wahlperiode**



**DEUTSCHER  
HAUSÄRZTEVERBAND**

**Kurzstellungnahme zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD,  
CDU/CSU und BÜNDNIS 90/Die Grünen „Entwurf eines Gesetzes  
zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-  
Modernisierungsgesetz – GMG)“**

(Stand: 15.09.2003)

Der Deutsche Hausärzteverband gibt folgende Stellungnahme zu den wesentlichen Regelungen des zuvor genannten Entwurfs ab, wobei wir uns bei der Bewertung auf einzelne, die hausärztlichen Belange besonders betreffende Regelungen konzentrieren.

Unsere vorläufige Bewertung wird sich nachfolgend an der Frage orientieren:  
**„Gesundheitsreform 2003 – Stärkung oder Schwächung der Hausärzte?“**

Nachdem seit Anfang September 2003 der erste gemeinsame Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/Die Grünen vorliegt, werden die Konturen einer Gesundheitsreform 2003 immer deutlicher. Dies gilt in besonderem Maße für die bedauerlicherweise festzustellende Abkehr des „Gesetzgebers“ von einer ursprünglich angestrebten Stärkung der Hausärzte und der hausärztlichen Versorgung. Von den in den ersten Arbeitsentwürfen für ein Gesundheitsmodernisierungsgesetz zur Stärkung der Hausärzte und der hausärztlichen Versorgung vorgesehenen Regelungen ist im wesentlichen kaum noch etwas übrig geblieben. Gleichwohl kann alleine unter Zugrundelegung dieser Feststellung die eingangs gestellte Frage nach einer Stärkung oder Schwächung der Hausärzte und der hausärztlichen Versorgung nicht beantwortet werden, denn entscheidend für die Beantwortung dieser Frage ist nicht alleine der vorliegende Gesetzestext, sondern die zukünftige Ausgestaltung der künftig im Wettbewerb zueinander stehenden neuen Versorgungsformen; denn nach wie vor ist das Sozialgesetzbuch 5 ein Rahmengesetz, das durch die Adressaten seiner Regelungen konkretisiert und umgesetzt werden muss.

Die Regelungen im einzelnen:

Eine zentrale Rolle im Rahmen bei der Bewertung dieser neuen Versorgungsformen spielt dabei die in **§ 73 b SGB V** (neu) normierte „**Hausarztzentrierte Versorgung**“.

Die noch in den Arbeitsentwürfen vom 11. und 26. August 2003 für Hausärzte inakzeptablen Vorgaben für die Vereinbarung und Umsetzung einer hausarztzentrierten Versorgung erscheinen nach dem nunmehr vorliegenden Fraktionsentwurf in einem günstigeren Licht. Auch wenn die Systematik der Regelung des § 73 b SGB V (neu) beibehalten wurde, sind doch zwei Elemente hinzugekommen, die aus Sicht unseres Verbandes für die zukünftige Ausgestaltung einer hausarztzentrierten Versorgung Chancen bieten, diese Versorgungsform im Interesse unserer Mitglieder zumindest mitzubestimmen und mitzugestalten.

Zum einen ergibt sich dies aus der jetzt nach dem Gesetz vorgesehenen Regelung, wonach die Krankenkassen neben Einzelverträgen mit Hausärzten nunmehr auch mit **Gemeinschaften von Hausärzten** Verträge zur Umsetzung einer „Hausarztzentrierten Versorgung“ abschließen können. Zum zweiten ist es als ein wesentlicher Fortschritt in der Entwicklung des Gesetzgebungsverfahrens zu bewerten, wenn die **Vergütung** für die besondere Versorgungsform einer hausarztzentrierten Versorgung auf Gesamtvertragebene auch **außerhalb der Gesamtvergütung als zusätzliches Entgelt** für die von Hausärzten geforderte besondere Qualität verhandelt werden kann.

Störend für die zeitnahe Umsetzung einer hausarztzentrierten Versorgung sind die drei notwendigen Regelungsebenen Bewertungsausschuss, Gesamtvertrag und Gruppen- bzw. Einzelvertrag. Es besteht die große Gefahr, dass die gemeinsame Selbstverwaltung ähnlich schleppend diesen Gesetzauftrag umsetzt wie sie es bereits auch schon mit der notwendigen gesetzlichen Gliederung in haus- und fachärztliche Versorgung des § 73 SGB V getan hat – mittlerweile wird diese Umsetzung seit 14 Jahren verschleppt. Von zentraler Bedeutung wäre daher eine Stärkung der Mitbestimmungsrechte der Hausärzte in den Kassenärztlichen Vereinigungen gewesen.

Darüber hinaus erscheint die Forderung einer „besonderen Qualität“ für Hausärzte wegen der bereits bestehenden Qualität nicht sinnvoll. Akzeptabel wäre ein verpflichtendes Qualitätssicherungssystem für teilnehmende Hausärzte gewesen. In keiner Weise tolerabel ist in der jetzigen Fassung, dass Hausärzte, die die Qualität zur Teilnahme nachweisen, nicht automatisch zur hausarztzentrierten Versorgung zugelassen werden. Damit ist jede Investition in nützliche Qualität eine Entscheidung unter großer Unsicherheit.

Eine hausarztzentrierte Versorgung kann schließlich nur zum Erfolg führen, wenn sichergestellt ist, dass Hausärzte für Hausärzte diese Inhalte auf Gesamtvertragebene verhandeln. Erst, wenn hier die Inhalte stimmen, machen Verträge auf der nachfolgenden Ebene zwischen Krankenkassen und Hausärzten bzw. Gemeinschaften von Hausärzten Sinn.

Damit kann übergeleitet werden zu der Bewertung der Neuregelungen in den §§ 79, 80 und 81 SGB V (neu), die sich mit der **Neuorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung** (KV und KBV), den **Aufgaben** von Vertreterversammlung und hauptamtlichen Vorstand sowie der **Wahl** ihrer jeweiligen Mitglieder befassen. Auch in diesem Regelungsbereich sind die ursprünglich zur Stärkung der Hausärzte vorgesehenen Bestimmungen dem parteiübergreifenden Konsens zwischen SPD und CDU/CSU zum Opfer gefallen. Lediglich die verbindliche Einführung des **Verhältniswahlrechtes** bei den Wahlen zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigungen blieb erhalten. Dagegen sind ursprüngliche Elemente, die ein Mindestmaß an hausärztlicher Interessenvertretung in den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sichern sollten, weggefallen. Dies gilt sowohl für die Wahlen zur Vertreterversammlung und zum hauptamtlichen Vorstand, als auch für die Abstimmung von hausärztlichen Mitgliedern der Vertreterversammlung in ausschließlich hausärztlichen Angelegenheiten. Diese aus Sicht

unseres Verbandes eindeutig negative Entwicklung kann zukünftig nur dadurch kompensiert werden, dass hausärztliche Interessen berücksichtigende Satzungen und Wahlordnungen auf der Ebene der Selbstverwaltung beschlossen werden. Von besonderer Bedeutung könnte hierbei eine Satzungsregelung sein die sicherstellt, dass in der Vertreterversammlung in Angelegenheiten, die ausschließlich die hausärztliche, die fachärztliche oder die psychotherapeutische Versorgung betreffen, nur die Mitglieder der jeweils betroffenen Gruppe stimmberechtigt sind.

Diese Regelung muss als Mindestbestandteil in den zukünftigen Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen enthalten sein, wenn eine an hausärztlichen Interessen orientierte Umsetzung einer hausarztzentrierten Versorgung erreicht werden soll.

Wie wichtig künftig eine **ausreichende Repräsentanz hausärztlicher Interessensvertretung in den Kassenärztlichen Vereinigungen und in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung** sein wird, zeigt sich auch an den teils positiv, teils negativ zu bewertenden Neuregelungen in den §§ 84, 85 und 85 a ff SGB V (neu). Sowohl bei der **Vereinbarung von Vergütungsanteilen für Maßnahmen zur Information und Beratung der Vertragsärzte über Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arznei- und Heilmittelversorgung**, als auch bei der Umsetzung der sogenannten „**Ost-West-Angleichung**“ auf der Ebene der Vereinbarung der Gesamtvergütung, der **Vereinbarung von Honorarverteilungsmaßstäben** und nicht zuletzt der Vorbereitung und Umsetzung der im Jahre 2007 in Kraft tretenden **Regelleistungsvolumina** müssen Hausärzte in den entsprechenden ärztlichen Selbstverwaltungsgremien ausreichend präsent sein, und zwar jeweils abgesichert durch verbindliche Satzungsbestimmungen, wie sie teilweise bereits an vorstehender Stelle vorgeschlagen wurden. Entsprechendes gilt auch für den Bewertungsausschuss, der in Zukunft im vergütungsrechtlichen Bereich eine noch wichtigere Rolle spielen wird; hier müssen hausärztliche Interessen hinreichend vertreten sein!

Die §§ 106 und 106 a SGB V (neu) - **Wirtschaftlichkeits-, Richtgrößen- und Abrechnungsprüfungen** - haben trotz des Wegfalls des „Kollektivregresses durch die Hintertür“ in seinem Regelungswert keinen Bezug mehr zum Praxisalltag. Notwendig wäre ein transparentes Informationssystem zur wirtschaftlichen und qualitätsgesicherten Versorgung. Der Hausärzteverband hat dazu einen bereits in der Praxis bewährten Vorschlag gemacht. Nun gilt es den vom Gesetzgeber vorgegebenen Rahmen durch vernünftige, angemessene und vor allem am **Versorgungsbedarf** und der **Morbidität** der Versicherten ausgerichteten Richtgrößen- und Prüfvereinbarungen auszufüllen. Denn nur so kann erreicht werden, dass das in den gesetzlichen Neuregelungen angedeutete Prinzip „Beratung und Unterstützung vor Sanktionierung“ auch tatsächlich umgesetzt wird. Derartige Vereinbarungen können aber nur mit hausärztlichen Sachverstand interessensgerecht getroffen werden, denn Hausärzte spielen im Rahmen dieser Thematik als „Vielverordner“ und „Primärversorger“ eine zentrale, wenn nicht übergeordnete Rolle. Dieser muss Rechnung getragen werden durch die satzungsrechtlich abgesicherte Teilnahme von Hausärzten bei Abschluss derartiger Vereinbarungen.

Die Honorarangleichung der neuen Länder ist ein prioritäres Ziel des Hausärzteverbandes. Dieses durch einen Honorarabzug aus den alten Bundesländern erreichen zu wollen ist der falsche Weg. Damit wird die Attraktivität, sich als junger Arzt insbesondere für die hausärztliche Versorgungsebene zu entscheiden, flächendeckend in Deutschland deutlich reduziert.

Ähnliches gilt für die Etablierung des Regelleistungsvolumens, das vom Prinzip richtig und wichtig für uns Vertragsärzte ist, aber in dieser Ausgestaltung die enorme Gefahr in sich birgt, dass techniklastige Fächer ohne Versorgungsnutzen bedient werden.

Der Grundsatz „**von Hausärzten für Hausärzte**“ gilt erst recht bei der Bewertung des **§ 95 d SGB V (neu)**. Mit dem neueingefügten **§ 95 d (Pflicht zur fachlichen Fortbildung)** wird ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen ärztlichen Fortbildungsaktivitäten und ärztlichem Honorar hergestellt. Vertragsärzte, welche die von der KBV und Bundesärztekammer definierten Fortbildungsanforderungen innerhalb von fünf Jahren nicht erfüllen, müssen mit Honorarabzug rechnen. Vertragsärzte, die die Fortbildungsanforderungen dauerhaft nicht erfüllen, müssen sogar mit dem Entzug der Zulassung rechnen. Eine solche rigide Zwangsregelung ist abzulehnen, da sie nicht auf Freiwilligkeit und Überzeugung setzt, sondern das gewünschte Fortbildungsverhalten durch einen Malus zu erreichen versucht. Darüber hinaus wäre es wichtig und richtig gewesen, dass die jeweiligen Arztgruppen über die Kriterien der für sie geltenden Fortbildungsanforderungen selbst bestimmen und diese nicht von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung festgelegt werden. Sinnvoller wäre es also gewesen, ein positives Anreizsystem zu schaffen, das Akzeptanz bei den Ärzten findet und den Besonderheiten der einzelnen Fachgruppen stärker Rechnung trägt und zwar durch Einbindung z. B. des Deutschen Hausärzteverbandes oder der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin bei der Definition von Fortbildungsanforderungen für Hausärzte. Diese, vom Gesetzgeber nicht geregelten, dennoch unabdingbaren Voraussetzungen für eine qualifizierte Fortbildung von Hausärzten, müssen demnach hinsichtlich ihrer Umsetzung jetzt unmittelbar gegenüber den vorgenannten Körperschaften eingefordert werden!

Nahezu ausnahmslos positiv zu bewerten sind die geplanten Neuregelungen zur **Integrierten Versorgung nach den §§ 140 a ff SGB V (neu)**. Hier bieten sich insbesondere für den Abschluss von **Rahmen- und Gemeinschaftsverträgen** durch den Hausärzteverband oder an den Verband angegliederte Vertragsgemeinschaften Chancen, eine hausarztzentrierte Versorgung auch außerhalb der in § 73 b SGB V (neu) vorgesehenen Form zu vereinbaren und umzusetzen.

Zu begrüßen ist, dass für Verträge zur Integrierten Versorgung, aber auch gerade für die hausarztzentrierte Versorgung, die Kasse per Satzung die Praxisgebühr sowie die Zuzahlungen verringern kann (§ 65 a – Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten). Konsequenz wäre gewesen, die Kostenträger zur Gewährung eines „Mindestbonus“ bzw. eines ebenfalls möglichen verminderten Beitragssatzes zu verpflichten.

Abschließend ist noch zu der **Praxisgebühr** gemäß des neueingefügten **§ 28 Absatz 4 SGB V (neu)** Stellung zu nehmen. Künftig müssen Versicherte eine Praxisgebühr pro Erstinanspruchnahme eines Vertragsarztes oder Psychotherapeuten im Quartal zahlen. Diese Praxisgebühr soll gemäß **§ 43 b SGB V (neu)** vom Leistungserbringer einzuziehen sein. Sein Vergütungsanspruch gegenüber der KV und auch die Gesamtvergütung wird um die insgesamt einbehaltenen Praxisgebühren verringert. Diese Regelung wird insbesondere für Hausärzte, auf die überwiegend die Aufgabe des Einzuges der Praxisgebühr zukommen wird, einen erhöhten Praxisverwaltungsaufwand bedeuten. Dabei ist völlig ungeklärt, wie das Inkassoverfahren bei säumigen Zahlern durchgeführt werden kann. Die Tatsache, dass Praxisgebühren bei weiteren Leistungserbringern, die auf Überweisung aufgesucht werden, entfallen, wird im Ergebnis dazu führen, dass für die Patienten die Inanspruchnahme spezialisierter Leistungen erst nach Überweisung durch den Hausarzt sinnvoll wird. Die damit verbundene stärkere Hausarztzentrierung des Gesamtsystems ist zu begrüßen. Dem negativ zu bewertenden bürokratischen Mehraufwand in der Hausarztpraxis steht also ein eher positiv zu bewertender Effekt zugunsten einer stärkeren Hausarztorientierung im Gesamtsystem gegenüber. Strikt abzulehnen ist allerdings das Fehlen jeglicher Vergütung des höheren Verwaltungsaufwandes, der in der Hausarztpraxis durch den Einzug der Praxisgebühr entstehen wird.

**Zusammenfassend** lässt sich feststellen, dass das geplante Gesetzesvorhaben für eine Gesundheitsreform 2003/2004 auf den ersten Blick einen Rückschritt im Vergleich zum Vorentwurf, insbesondere für die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte und ihre Patienten darstellt.

Dieser Gesetzesentwurf stellt keine notwendige Strukturreform dar, bietet aber durchaus Ansatzpunkte zur Etablierung zukunftsweisender Versorgungsstrukturen. Trotz gravierender Schwächen bietet das Gesetz für Hausärzte zumindest eine Chance und Option zur Vereinbarung und Umsetzung hausarztzentrierter Versorgungsstrukturen.

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0273(2)  
vom 15.09.03**

**15. Wahlperiode**

### Stellungnahme

zum Entwurf eines Gesetzes zur  
Modernisierung der Gesetzlichen  
Krankenversicherung (GKV-  
Modernisierungsgesetz – GMG)

der Fraktionen SPD, CDU/CSU und  
Bündnis 90/Die Grünen

[BT-Drucksache Nr. 15/1525 vom  
09.09.2003]

Hausvogteiplatz 13  
10117 Berlin  
Telefon 030 20604-0  
Telefax 030 20604-222  
[www.vfa.de](http://www.vfa.de)

Hauptgeschäftsführerin  
Cornelia Yzer



## Einleitung

Der vorliegende Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) folgt dem bekannten Muster der Gesundheitspolitik, die Regulierungsschraube weiter anzuziehen, um die Beitragssätze zur GKV kurzfristig zu stabilisieren. Die ursprünglich angekündigte Strukturreform findet nicht statt.

Durch punktuelle Eingriffe in das bestehende System, wie sie im GMG-Entwurf z. B. bei der Krankengeldfinanzierung, der Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen, dem Schuldenabbau der Krankenkassen und den Zuzahlungen vorgesehen sind, können die massiven finanziellen Probleme der GKV nicht nachhaltig entschärft und die Lohnnebenkosten nicht signifikant gesenkt werden. Die Versicherten werden finanziell massiv belastet, ohne dass ihnen im Gegenzug bessere Qualität und erweiterte Wahlrechte geboten werden. Statt zumindest einzelne Leistungsbereiche konsequent in den Bereich der eigenverantwortlichen Absicherung zu überführen, bleiben diese nun mit geänderten Finanzierungsregeln im GKV-System integriert. Im Vertragsbereich wird zudem der Wettbewerb um die beste Versorgungsqualität durch neue Reglementierungen unterbunden. Mit einer solchen primär auf Kostendämpfung ausgerichteten Gesundheitsreform werden weder kurzfristig die strukturellen Qualitäts- und Effizienzprobleme des Systems, noch mittelfristig die finanziellen Probleme der GKV gelöst werden können.

Seite 2/13

Dennoch wird in Kauf genommen, dass diese Gesundheitsreform erhebliche Strukturschäden für den Pharmastandort Deutschland verursacht. Durch den Ausbau regulatorischer Instrumente im Arzneimittel-sektor werden gerade die Unternehmen der pharmazeutischen Industrie überproportional getroffen, die besonders innovativ sind und einen hohen Beitrag zur Wertschöpfung in Deutschland leisten.

Belastungen in einer Größenordnung von 2 Milliarden Euro jährlich kommen auf die forschenden Arzneimittelhersteller allein durch

- die Erhöhung des Zwangsrabatts von 6 Prozent auf 16 Prozent,
- die Ausweitung der Festbetragsregelung auf patentgeschützte Arzneimittel und
- die Neugestaltung der Aut-idem-Substitution, die zu Lasten der Originalhersteller gehen wird, ohne wesentliche Einspareffekte für die GKV zu generieren,

zu. Diese Neuregelungen treffen dieselben Unternehmen, die bereits durch gesundheitspolitische Maßnahmen der vergangenen Jahre mit rd. 2 Milliarden Euro jährlich belastet sind. Diese Gesamtbelastung in Höhe von 3 bis 4 Milliarden Euro in 2004 ist in Relation zu einem Umsatz von 9 bis 10 Milliarden Euro zu sehen, den die forschenden Arzneimittelhersteller im GKV-Arzneimittelmarkt erzielen. Es liegt auf der Hand, dass solche Eingriffe des Gesetzgebers nicht ohne Auswirkungen auf Investitionen und Arbeitsplätze bleiben werden.

**Zu Art. 1 Nr. 22, § 34 Abs. 1 SGB V – Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel**

Die vorgesehene Neufassung des § 34 Abs. 1 SGB V, wonach nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel aus dem Leistungskatalog herausgenommen werden, ist aus Sicht des VFA geeignet, zu einer sinnvollen Prioritätensetzung des GKV-Ressourceneinsatzes beizutragen.

**Zu Art. 1 Nr. 22, § 34 Abs. 3 SGB V – Leistungsausschlüsse des Bundesausschusses  
(in Verbindung mit Neufassung von § 92 Abs. 1 Satz 1 und § 31 Abs. 1 Satz 1 SGB V)**

Seite 3/13

Nach dem Gesetzentwurf wird der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (umstrukturiert nach § 91 SGB V n.F. zum „Gemeinsamen Bundesausschuss“) ausdrücklich ermächtigt, Leistungsausschlüsse – so im Rahmen der Arzneimittelrichtlinien für den Bereich der Arzneimittelversorgung – vorzunehmen. Eine solche Aufwertung des Bundesausschusses zum „kleinen Gesetzgeber“ ist aus Sicht des VFA eine falsche politische Richtungsentscheidung. Der Bundesausschuss darf als Selbstverwaltungsgremium nur die Regelungskompetenz für eigene Angelegenheiten haben, die die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung unmittelbar betreffen. Eine darüber hinaus gehende Zuständigkeit, wie die jetzt vorgesehenen Gestaltungsmöglichkeiten bezüglich des GKV-Leistungskatalogs, wäre eine „Fremdverwaltung“ und insofern systemwidrig.

Zudem wird es künftig das Nebeneinander verschiedener Normsetzungsebenen – Gesetzgebung, Rechtsverordnung und Entscheidungen des Bundesausschusses – bei der Konkretisierung des Leistungsanspruchs geben. Dies ist eine unnötige Überregulierung, bei der Abgrenzungsprobleme zu Lasten der Betroffenen vorprogrammiert sind. Die Definition des Leistungskatalogs sollte deshalb ausschließlich dem Gesetz- und Ordnungsgeber vorbehalten bleiben.

Die Kompetenz des Bundesausschusses zu Verordnungseinschränkungen und –ausschlüssen zu Lasten von Außenstehenden, namentlich Versicherten und Arzneimittelherstellern, ist insbesondere im Hinblick auf dessen fehlende demokratische Legitimation auch verfassungsrechtlich bedenklich. Gerade Arzneimittelhersteller werden durch Verordnungseinschränkungen und –ausschlüsse in ihren Grundrechten beeinträchtigt. Die vorgesehenen Anhörungsrechte der Hersteller vor Erlass der Arzneimittelrichtlinien gleichen die fehlende Mitentscheidungsbefugnis daher nicht aus. Des Weiteren ist die beabsichtigte Neuregelung aus europarechtlichen Gründen äußerst kritisch zu sehen. Der Bundesausschuss ist bei Verordnungseinschränkungen und Leistungsausschlüssen funktional unternehmerisch tätig und unterliegt daher dem EU-Kartellrecht. Bis zu einem Vorliegen der höchstrichterlichen Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes in dieser Frage verbieten sich daher die geplanten gesetzgeberischen Maßnahmen.

**Zu Art. 1 Nr. 23, § 35 Abs. 1a SGB V – Festbeträge für patentgeschützte Arzneimittel**

Nach dem Gesetzentwurf sollen patentgeschützte Arzneimittel unter Festbetrag kommen, sobald drei Präparate einer Substanzklasse auf dem Markt sind. Nur „Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen, die eine therapeutische Verbesserung, auch wegen geringer Nebenwirkungen, bedeuten“, bleiben festbetragsfrei – allerdings nur so lange, bis das zuerst in Verkehr gebrachte Arzneimittel patentfrei wird und § 35 Abs. 1 Satz 1-3 SGB V greift.

Diese Festbetragsregelung für patentgeschützte Arzneimittel bestand im Prinzip bereits bis 1995. Sie wurde abgeschafft, weil sie sich nach Überzeugung der politischen Entscheidungsträger als Investitionshindernis erwiesen hatte. Nach Einfügung der sog. „Patentschutzklausel“ in die Festbetragsregelung (7. SGB V-Novelle) im Jahre 1996 – sie besagt, dass für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen keine Festbeträge gebildet werden – wurden bei den VFA-Mitgliedsunternehmen über 10.000 neue Arbeitsplätze geschaffen. Mit der jetzt vorgesehenen Aufhebung der Patentschutzklausel droht diese positive Beschäftigungsentwicklung revidiert zu werden. Eine solche Aushöhlung der Preisbildungsfreiheit der Hersteller für innovative Arzneimittel wäre ein fatales Signal gegen den Pharmastandort Deutschland und wird vom VFA deshalb abgelehnt.

Seite 4/13

Sollten Regierung und Opposition – ungeachtet der gravierenden Einwände der forschenden Arzneimittelhersteller – an der Einbeziehung patentgeschützter Arzneimittel in die Festbetragsregelung festhalten wollen, ist der Vereinbarung aus den „Eckpunkten zur Gesundheitsreform“ Rechnung zu tragen: „Patentgeschützte Arzneimittel, die eine erkennbare therapeutische Verbesserung bewirken oder geringere Nebenwirkungen verursachen, bleiben auch künftig festbetragsfrei.“ (Ziffer 4.1, Satz 1) Insbesondere die Homogenität der Festbetragsgruppen ist sicherzustellen. Bei der Festbetragsgruppenbildung muss unbedingt zwischen patentfreien und patentgeschützten Arzneimitteln differenziert werden. Die saubere Abgrenzung der drei Stufen der Festbetragsregelung ist auch dann einzuhalten, wenn das zuerst in Verkehr gebrachte Arzneimittel patentfrei wird. Für das patentfreie Arzneimittel wäre dann samt der Generika ein Festbetrag der Stufe 1 (für Arzneimittel mit denselben Wirkstoffen) festzulegen. Patentgeschützte Arzneimittel müssten weiterhin eine eigene Festbetragsgruppe der Stufe 2 (für Arzneimittel mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen, insbesondere mit chemisch verwandten Stoffen) haben, die nicht durch Einbeziehung generikafähiger Wirkstoffe inhomogen werden darf. Dies wird durch die Neufassung des § 35 Abs. 1a SGB V im Gesetzentwurf, der sich nur auf die Phase bis zum Patentauslauf der Erstsубstanz der Wirkstoffklasse und damit zum Markteintritt des ersten Generikums bezieht, jedoch nicht sichergestellt. Es muss deshalb eine klarstellende Formulierung in § 35 Abs. 1 SGB V aufgenommen werden.

Formulierungsvorschlag des VFA:

*In § 35 Abs. 1 SGB V wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt: „Vorrangig sind Festbeträge nach Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 mit der Maßgabe zu bilden, dass eine Gruppenbildung nicht zwischen Arzneimitteln mit patentgeschützten Wirkstoffen und generikafähigen Arzneimitteln erfolgt.“*

Auf jeden Fall ist klarstellend in die Begründung zur Neufassung der Festbetragsregelung aufzunehmen: *„Patentgeschützte Arzneimittel mit Wirkstoffen, die eine therapeutische Verbesserung, auch wegen geringerer Nebenwirkungen, bewirken, bleiben unabhängig davon, ob der Patentschutz für den ersten Wirkstoff dieser Wirkstoffklasse bereits ausgelaufen ist, festbetragsfrei. Die Eingruppierung eines Wirkstoffes in eine Festbetragsgruppe nach § 35 Abs. 1 Satz 2 Ziffer 2 oder 3 erfordert eine Vergleichbarkeit, die bei Vorliegen einer therapeutischen Verbesserung nicht gegeben ist.“*

Seite 5/13

Zudem sollte in der Neufassung von § 35 Abs. 1a SGB V von einer Festbetragsgruppenbildung *„mit mindestens drei Wirkstoffen“* und nicht *„mit mindestens drei Arzneimitteln“* die Rede sein. Sonst wäre nicht eindeutig geregelt, dass eine Festbetragsgruppenbildung der Stufe 2 für Arzneimittel mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen erfolgen soll.

### Rechtsschutz

Nicht zuletzt in Anbetracht der geplanten Einbeziehung von patentgeschützten Arzneimitteln in die Festbetragsregelung ist zu gewährleisten, dass den Arzneimittelherstellern zumindest ein Rechtsschutz gegen die Festsetzung von Festbeträgen zusteht. Vor dem Hintergrund der Festbetragsentscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 17.12.2002 sind gegenwärtig Tendenzen der Sozialgerichtsbarkeit mit Besorgnis zu sehen, die Antrags- bzw. Klagebefugnis der pharmazeutischen Unternehmen in Festbetragsverfahren per se anzuzweifeln.

Angesichts dieser Ausführungen muss nun konkret damit gerechnet werden, dass die Sozialgerichte in laufenden und künftigen Festbetragsverfahren eine Antrags- bzw. Klagebefugnis generell in Frage stellen. Dies hätte zur Folge, dass sich betroffene Unternehmen z. B. nicht einmal gegen die Zugrundelegung eines objektiv fehlerhaften Äquivalenzfaktors zur Wehr setzen könnten und würde den Rechtsschutz der betroffenen Unternehmen auf dramatische Weise abschneiden. Es kann letztlich auch nicht im Interesse der Politik sein, dass die Rechtmäßigkeit des Verwaltungshandelns nicht überprüft wird. Denn im Regelfall hätten Ärzte und Patienten kein Interesse, die Rechtmäßigkeit von die Arzneimittelhersteller belastenden Festbetragsentscheidungen überprüfen zu lassen. Angesichts der bestehenden Unsicherheiten sollte die geplante Änderung der Festbetragsregelung genutzt werden, um gesetzlich klarzustellen, dass Klagen der Unternehmen gegen fehlerhafte Festbetragsentscheidungen möglich sind. Dies würde auch den Sozialgerichten nutzen, bestehende Unsicherheiten abzuwenden.

*Formulierungsvorschlag des VFA:*

*§ 35 Abs. 7 SGB V wird wie folgt neu gefasst: „Die Festbeträge sind im Bundesanzeiger bekannt zu machen. Klagen gegen die Festsetzung der Festbeträge haben keine aufschiebende Wirkung. Eine solche Klage kann auch von einem Arzneimittelhersteller erhoben werden. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Eine gesonderte Klage gegen die rechnerischen mittleren Tages- und Einzeldosen oder andere geeignete Vergleichsgrößen nach Absatz 1 Satz 4 oder gegen sonstige Bestandteile der Festsetzung der Festbeträge ist unzulässig.“*

**Zu Art. 1 Nr. 23, § 35 Abs. 5 SGB V – Festbeträge für Arzneimittel mit denselben Wirkstoffen**

Seite 6/13

Nach dem Gesetzentwurf sollen Festbeträge der Stufe 1 für Arzneimittel mit denselben Wirkstoffen künftig undifferenziert im unteren Preisdrittel festgesetzt werden. Diese Ausrichtung ist verfehlt und wird die Versorgungssicherheit und –qualität in diesem Marktsegment erheblich beeinträchtigen. Deshalb ist es umso wichtiger sicherzustellen, dass die in § 35a Abs. 2 SGB V festgelegten Regeln zur Versorgungssicherheit im gesamten Festbetragssystem, auf die sich Ministerium, Krankenkassen und Industrie seinerzeit verständigt hatten, über das Jahresende 2003 hinaus gelten. Dies kann durch Übernahme des entsprechenden Passus in § 35 SGB V geschehen. Dadurch würde gleichzeitig die Rechtssicherheit für alle Beteiligten erhöht. Nur klare staatliche Vorgaben an die Festbetragsfestsetzung können den EU-kartellrechtlichen Anforderungen entsprechen. Der genannte Passus schließt zudem faktisch Präparate ohne Verordnungen (sog. Dummies) bei der Festbetragsberechnung aus und macht insofern die gesamte Regelung strategieresistent. Nach dem GMG-Entwurf würden hingegen nur hochpreisige Dummies ausgeschlossen.

*Formulierungsvorschlag des VFA:*

*In § 35 Abs. 5 SGB V werden nach Satz 2 folgende Sätze angefügt:  
„Dabei müssen mindestens ein Drittel aller Verordnungen und mindestens ein Viertel aller Packungen einer Gruppe zum Festbetrag verfügbar sein; zugleich darf die Summe der jeweiligen Vmhundertsätze der Verordnungen und Packungen, die nicht zum Festbetrag erhältlich sind, den Wert von 100 nicht überschreiten. Bei der Festsetzung dürfen die Festbeträge höchstens 27,5 vom Hundert unter dem Originalpreis liegen, bei der Anpassung dürfen sie höchstens um 27,5 vom Hundert abgesenkt werden. Es sind die Verordnungsdaten des Arzneimittelindex der gesetzlichen Krankenversicherung zugrunde zu legen; sie sind im Rahmen der Anhörung zur Verfügung zu stellen.“*

**Zu Art. 1 Nr. 25, § 35b SGB V – Bewertung des Nutzens von  
Arzneimitteln  
(in Verbindung mit dem neuen § 139a-c SGB V)**

Der VFA hat grundsätzlich erhebliche Bedenken gegen eine zentrale Nutzenbewertung von Arzneimitteln. Diese birgt die Gefahr der Standardisierung der medizinischen Versorgung und bedeutet eine zusätzliche Belastung für die Hersteller im Anschluss an das – ohnehin bereits sehr aufwendige – Zulassungsverfahren. Der Nutzen von Arzneimitteln muss dezentral, von den Marktteilnehmern selbst, bewertet werden, um dem individuellen Behandlungsfall gerecht zu werden.

Der Gesetzentwurf sieht – anders als frühere Vorlagen – allerdings eine kurze, offene Formulierung zur Nutzenbewertung vor, die dem neuen „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ und dem Bundesausschuss Gestaltungsspielraum lässt. Die offene Gesetzesvorschrift darf aber nicht durch einschränkende Festlegungen im Begründungsteil des Gesetzentwurfs konterkariert werden. Bei der praktischen Ausgestaltung der Gesetzesvorschrift muss vielmehr darauf geachtet werden:

Seite 7/13

- dass es sich tatsächlich um eine wissenschaftliche Nutzenevaluierung von Arzneimitteln handelt,
- dass starre Beurteilungsschemata (etwa das A-B-C-Modell aus früheren Fassungen des Reformgesetzes) oder Standardisierungen (etwa Nutzenkalküle „für die überwiegende Zahl der Patienten“) vermieden werden,
- dass die Nutzenbewertung auf breite Anwendungserfahrung aufsetzt und der Patientenzugang zu neuen Medikamenten nach dem Zulassungsverfahren garantiert ist,
- dass die Hersteller und die Patienten auf allen Stufen des Bewertungsprozesses diskursiv beteiligt werden und
- dass die Aussagen zum Nutzen für die behandelnden Ärzte Empfehlungscharakter haben und ihnen damit weiterhin ein Verordnungsspielraum bleibt.

Bereits bei der gesetzlichen Ausgestaltung der Nutzenbewertung ist zu vermeiden, dass die Therapiefreiheit der Ärzte eingeschränkt wird. Die Bewertungen des Instituts, die Bestandteil der Arzneimittelrichtlinien werden, dürfen deshalb nicht mit konkreten Rechtsfolgen für die Ärzte im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung verbunden werden, wie es in § 106 Abs. 5b SGB V des Gesetzentwurf vorgesehen ist. Ferner ist die Beteiligung der Hersteller bei der Nutzenbewertung direkt in § 35b SGB V vorzusehen.

Neben effektiven Beteiligungsrechten der Hersteller im Bewertungsverfahren nach Abs. 1 ist eine Mitwirkung der Hersteller in der vom Ministerium berufenen Expertengruppe „Off Label“ für den zulassungsüberschreitenden Einsatz von Arzneimitteln nach Abs. 3 angezeigt. Die im Gesetzentwurf vorgesehene explizite Zustimmung der Hersteller zu dem Bewertungsvorgang der Expertengruppe ist hingegen überflüssig, da ein vom Hersteller gebilligter „off label use“ bereits heute als be-

stimmungsgemäßer Gebrauch angesehen wird und insofern haftungsrechtlich relevant ist. Der letzte Satz in Abs. 3 ist deshalb zu streichen.

### **Zu Art. 1 Nr. 48, § 73 Abs. 8 SGB V – Informationen der Kassenärztlichen Vereinigungen**

Ein Ausbau der Arzneimittelinformationen der Kassenärztlichen Vereinigungen für die behandelnden Ärzte droht zu einem verordnungslenkenden, die Therapiefreiheit einschränkenden Instrument zu werden. Zudem ist ein Informationswildwuchs zu erwarten, wenn Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen etc. eigene detaillierte Hinweise geben. Sinnvoll können Informationen überhaupt nur sein, wenn sie aktuell und homogen sind.

Seite 8/13

Methodisch problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass für die vergleichende Arzneimittelbewertung unreflektiert auf die Tagesdosen-Angaben (DDD) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) auf Basis der Anatomisch-chemisch-therapeutischen Klassifikation zurückgegriffen wird. Die WHO selbst hält die Methodik nicht für geeignet, um Preisvergleiche zwischen verschiedenen Arzneimitteln durchzuführen. *„The cost per DDD can validly be used to compare, for example, the costs of two formulations of the same drug. However, it is usually not valid to use this metric to compare costs of different drugs or drug groups“*, schreibt das *“WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology“* auf seiner Homepage unter dem Stichwort *“Use und misuse“* ausdrücklich zu der Methodologie.

### **Zu Art. 1, Nr. 63, § 84 Abs. 4a SGB V – Bonuszahlungen für Ärzte**

Problematisch ist, dass im Entwurf die Einhaltung vereinbarter Wirtschaftlichkeitsziele mit Bonuszahlungen für Vertragsärzte verknüpft wird. Leidtragender wird insbesondere der Patient sein, weil der Abbau von in vielen Indikationsgebieten nachweislich bestehenden Defiziten in der Arzneimitteltherapie gefährdet wird. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat in einer Dokumentation u.a. die unzureichende medikamentöse Therapie bei vielen Hypertonikern, Asthmatikern, Krebspatienten und Menschen mit psychischen Störungen herausgestellt. Durch die Bonuszahlungen wird jetzt ein Anreizsystem installiert, mit dem eine Verordnungsweise honoriert wird, die sich womöglich weniger an den individuellen Bedürfnissen des Patienten als an eigenen ökonomischen Vorteilen des Verordners orientiert. Die Regelung läuft einer qualitätsorientierten Arzneimittelversorgung zuwider und stellt die therapiegerechte Verordnung moderner Arzneimittel in Konkurrenz zu den finanziellen Interessen des Arztes. Daher wird die Einfügung von § 84 Abs. 4 a SGB V abgelehnt.



**Zu Art. 1 Nr. 71, § 92 Abs. 1 Satz 1 SGB V - Normsetzungskompetenz des Bundesausschusses**

Die vorgesehene gesetzliche Ermächtigung des Bundesausschusses zur Normsetzung bei der Konkretisierung des GKV-Leistungskatalogs ist aus Sicht des VFA ordnungspolitisch und rechtlich unzulässig (s.o. zu Art. 1 Nr. 22, § 34 Abs. 3 SGB V). Wenn der Gesetzgeber jedoch – trotz aller Bedenken – an dieser problematischen Neuregelung festhalten will, muss den betroffenen pharmazeutischen Unternehmen in jedem Fall die Möglichkeit gegeben sein, die Entscheidungen des Bundesausschusses über Verordnungseinschränkungen und –ausschlüsse gerichtlich überprüfen zu lassen. Eine ausdrückliche gesetzliche Klarstellung sollte in § 92 Abs. 3 SGB V aufgenommen werden.

*VFA-Formulierungsvorschlag:*

*In § 92 Abs. 3 SGB V wird vor Satz 1 folgender Satz eingefügt: „Klagen der Arzneimittelhersteller gegen Verordnungseinschränkungen und Verordnungs Ausschlüsse nach Absatz 1 Satz 1 sind zulässig.“*

Seite 9/13

**Zu Art. 1 Nr. 76, § 95d SGB V – Fortbildungspflicht für Ärzte**

Vertragsärzte sollen nach dieser Vorschrift zur fachlichen Fortbildung verpflichtet werden, wobei die Fortbildungsinhalte „frei von wirtschaftlichen Interessen“ sein müssen (§ 95d Abs. 1 Satz 3 SGB V). Zu begrüßen ist, dass die im ursprünglichen Entwurf enthaltene unwiderlegliche Vermutung, dass Fortbildungsinhalte bereits dann nicht frei von wirtschaftlichen Interessen sind, wenn z. B. ein Unternehmen der pharmazeutischen Industrie eine produktbezogene Informationsveranstaltung durchführt oder den Teilnehmern entsprechende Mittel zuwendet, gestrichen wurde. Denn diese Regelung schoss über das angestrebte Ziel hinaus. Bereits die „Leitsätze zur ärztlichen Fortbildung“, wie sie die Bundesärztekammer 1993 erarbeitet hat, sehen zu Recht vor, dass die Sponsortätigkeit Form und Inhalt der Fortbildungsmaßnahme nicht beeinflussen darf. Objektive Produktinformationen nach wissenschaftlichen Kriterien durch die pharmazeutische Industrie werden aber gerade nicht von vornherein von der Zertifizierung ausgenommen. Häufig lassen sich wissenschaftliche Erkenntnisse über therapeutische Durchbrüche nämlich ohne Bezug auf den Einsatz innovativer Arzneimittel auch gar nicht sachgerecht vermitteln. Selbstverständlich ist aber, dass reine Marketingveranstaltungen ohne wissenschaftlichen Bezug von der Zertifizierung ausgeschlossen bleiben.

Umso unverständlicher ist, dass zwar der Gesetzestext selbst geändert, nicht jedoch die Gesetzesbegründung bereinigt worden ist. Damit die im Gesetzestext vorgenommene Änderung nicht praktisch ins Leere läuft, muss die entsprechende Passage auch aus dem Begründungsteil gestrichen werden.



**Zu Art. 1 Nr. 82, § 106 SGB V – Wirtschaftlichkeitsprüfung für Ärzte**

Die Neufassung der Bestimmungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung definiert strikte Vorgaben für die ärztliche Ordnungsweise. Damit werden die Ärzte quasi „an die kurze Leine“ genommen. Kritisch für die Arzneimittelversorgung ist insbesondere der neue Absatz 5b. Damit wird die o.g. Nutzenbewertung von Arzneimitteln durch das neue Zentralinstitut, die Bestandteil der Arzneimittel-Richtlinien werden soll, unmittelbar für das ärztliche Ordnungsverhalten und die Wirtschaftlichkeitsprüfung relevant. Die Medikamentenbewertung wird darüber hinaus mit konkreten Rechtsfolgen für die Ärzte verbunden. Das bedeutet: Die Therapiefreiheit der Ärzte wird massiv ausgehöhlt; die individuelle Patientenorientierung in der Arzneimittelversorgung geht verloren. Der VFA lehnt deshalb diese Neuregelung strikt ab. Die Einfügung von Abs. 5b muss daher ersatzlos entfallen.

Seite 10/13

**Zu Art. 1 Nr. 92, § 129 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V – Aut-idem-Regelung**

Nach dem Entwurf soll die Aut-idem-Regelung künftig auch dann angewandt werden, wenn der Arzt schon von sich aus ein preisgünstiges Medikament verordnet hat. Dies wird die als solche schon nicht unproblematische Arzneimittelsubstitution, die das Arzt-Patienten-Verhältnis belastet und zudem im bereits durch Festbeträge der Stufe 1 betroffenen Marktsegment wirkt, gravierend erweitern. Von dem zu befürchtenden verschärften Rabattwettbewerb zugunsten der Apotheken hätte die GKV allerdings keinerlei finanziellen Nutzen, weil die Rabatte allein dem Handel zugute kommen.

Die Bestimmungen entsprechen im Übrigen nicht dem Wortlaut des Reformkompromisses. Es war vorgesehen, die Aut-idem-Regelung zu vereinfachen und durch Festbeträge der Stufe 1 zu ersetzen. Nun aber stehen Aut-idem-Substitution und Festbeträge der Stufe 1 im gleichen Marktsegment ungeordneter denn je nebeneinander – ein klassisches Beispiel für Überregulierung. Durch die neue Ausgestaltung der Aut-idem-Regelung wird vor allem aber die Versorgungssicherheit gefährdet, weil selbst ein verordnetes preisgünstiges Präparat noch durch ein preisgünstigeres Arzneimittel ersetzt werden muss. Es ist damit eine Preisspirale nach unten abzusehen, die zu einer Gefährdung der Versorgungssicherheit führen wird, weil Billigst-Generika oft nicht in ausreichendem Umfang zur Verfügung stehen.

Die ursprünglich angestrebte Vereinfachung und Entbürokratisierung der Aut-idem-Regelung kann hingegen durch folgende Festlegungen im Gesetzentwurf erreicht werden:

- eine Umkehrung des derzeitigen (und damit eine Wiederherstellung des vormaligen) Regel-Ausnahme-Verhältnisses bei der Substitution sowie
- die Klarstellung, dass alle Präparate bis zum Festbetrag – der unter Berücksichtigung der heute in § 35a Abs. 2 SGB V defi-

nierten Regeln zur Versorgungssicherheit festzusetzen ist (s.o.)  
– per se als preisgünstig gelten und der Apotheker hier nicht  
substituieren darf.

*Formulierungsvorschlag des VFA:*

*§ 129 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V wird wie folgt gefasst: „1. Abgabe eines preisgünstigen Arzneimittels in den Fällen, in denen der verordnende Arzt a) ein Arzneimittel nur unter seiner Wirkstoffbezeichnung verordnet oder b) kein preisgünstiges Arzneimittel verordnet und die Ersetzung des Arzneimittels durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel durch den Apotheker zugelassen hat“*

*§ 129 Abs. 1 Sätze 3-5 SGB V werden durch folgenden Sätze ersetzt:  
„Ein Arzneimittel, dessen Preis den Festbetrag nach § 35 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 nicht überschreitet, gilt als preisgünstig.“*

Seite 11/13

#### **Zu Art. 1 Nr. 92, § 129 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V – Importarzneimittel**

Die Einführung einer Preisabstandsklausel stellt sicher, dass Reimporte nur dann in den Genuss staatlicher Förderung kommen, wenn sie die GKV finanziell entlasten, indem sie eine Mindest-Preisdifferenz einhalten. Allerdings wäre eine generelle prozentuale Abstandsklausel von 15 Prozent – wie ursprünglich im Reformkompromiss vorgesehen - in der Sache marktgerechter, da Parallelimporteure auch bei Arzneimitteln, die mehr als 100 Euro kosten, Rabatte von 20 Prozent an Apotheken geben.

*Formulierungsvorschlag des VFA:*

*§ 129 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V wird wie folgt gefasst: „2. Abgabe von preisgünstigen importierten Arzneimitteln, sofern der für den Versicherten maßgebliche Arzneimittelabgabepreis mindestens 15 vom Hundert und gleichzeitig mindestens 2 Euro niedriger ist als der Arzneimittelabgabepreis des Bezugsarzneimittels; in dem Rahmenvertrag nach Absatz 2 kann auch ein höherer Vomhundertsatz oder Mindestbetrag vereinbart wird,“*

#### **Zu Art. 1 Nr. 95, § 130a SGB V – Anhebung des Herstellerrabatts**

Die geplante Anhebung des Zwangsrabatts für Hersteller von 6 auf 16 Prozent in 2004 ist ordnungspolitisch verfehlt und in ihrer Belastungswirkung nicht hinnehmbar. Ein staatlich verordneter Preisabschlag von 16 Prozent ist ein massiver Schlag gegen eine der innovativsten Branchen in Deutschland. Er richtet sich darüber hinaus pauschal auf alle verschreibungspflichtigen Nichtfestbetrags-Arzneimittel und geht damit über das Ziel einer Übergangsregelung für die Festbetragsausdehnung (s.o. zu Art. 1 Nr. 23, § 35 Abs. 1a SGB V) weit hinaus. Denn therapeutische Durchbrüche oder auch Arzneimittel gegen seltene

Krankheiten („orphan drugs“), die bewusst keinen Festbetrag bekommen sollen oder per definitionem niemals einen solchen erhalten können, werden beim Zwangsrabatt in vollem Umfang einbezogen.

Wenn die politischen Entscheidungsträger – entgegen aller Kritik – an der Erhöhung festhalten wollen, ist die Ausrichtung des Zwangsrabatts dringend zu überprüfen. Große Forschungsanstrengungen von pharmazeutischen Unternehmen, die politisch ausdrücklich gewünscht sind, dürfen durch den Zwangsrabatt nicht plötzlich bestraft und ausgebremst werden. Deshalb sind zumindest Innovationen, die nach dem Willen des Gesetzgebers auch zukünftig keinen Festbetrag zu erwarten haben, vom Herstellerrabatt auszunehmen; nicht zuletzt gilt das für Arzneimittel gegen seltene Krankheiten oder Kinderarzneimittel, für die der europäische Gesetzgeber z. Z. ähnlich der orphan-drugs-Verordnung besondere Anreize diskutiert. Dies würde zudem dem Charakter einer echten Übergangsregelung beim Herstellerrabatt entsprechen. Auch müssen Präparate, die der Aut-idem-Regelung unterliegen, - wie schon bisher – vom Herstellerrabatt ausgeklammert sein. Die Ausgliederung der Produkte aus dem Zwangsrabatt ist schon vor Inkrafttreten des Gesetzes zu regeln, um Rechtssicherheit zu schaffen.

Seite 12/13

#### **Zu Art. 22 Nr. 1, § 1 HWG – Erweiterung der Arzneimittelinformation**

Der Gesetzentwurf stellt klar, dass es Pharma-Unternehmen möglich ist, interessierten Bürgern konkrete Anfragen zu einem Arzneimittel zu beantworten, ggf. auch mittels elektronischer Medien. Allerdings soll es Herstellern – im Unterschied zu früheren GMG-Entwürfen – nicht erlaubt sein, Verbrauchern unmittelbaren Zugang zu amtlich genehmigten Informationen in Form von Packungsbeilagen und Fachinformationen zu verschaffen. Dies ist aus Sicht des VFA eine unzureichende Regelung, die dem Informationsbedürfnis der Verbraucher ebenso wenig gerecht wird wie den EU-rechtlichen Standards. Es sollte deshalb auf die weitergehende Formulierung aus den früheren GMG-Entwürfen zurückgegriffen werden.

*Formulierungsvorschlag des VFA:*

*Dem § 1 HWG wird folgender Absatz 5 angefügt: „(5) Das Gesetz findet keine Anwendung auf Packungsbeilagen und Fachinformationen im Sinne des Arzneimittelgesetzes und auf den Schriftwechsel und die Unterlagen, die nicht Werbezwecken dienen und die zur Beantwortung einer konkreten Anfrage zu einem bestimmten Arzneimittel erforderlich sind.“*

#### **Zu Art. 24 – Novellierung der Arzneimittelpreisverordnung**

Bei der Neufassung der Arzneimittelpreisverordnung ist klarzustellen, dass Apotheker großzügige Rabatte, die sie heute vielfach – sei es in Naturalform oder in bar – von Generika- und Importfirmen erhalten, an die GKV weitergeben müssen. Es würde der Philosophie eines fes-

ten Abgabehonorars für Apotheken widersprechen, wenn Rabatte nicht zur finanziellen Entlastung der GKV beitragen würden, sondern dem Handel zugute kämen. Deshalb sollte in der Arzneimittelpreisverordnung verbindlich geregelt werden, dass die neu festgelegten Distributionsmargen auf dem Netto-Herstellerabgabepreis aufsetzen. Alternativ könnte ein generelles Rabattverbot oder eine explizite Verpflichtung zur Weitergabe von Rabatten an die GKV in die Arzneimittelpreisverordnung aufgenommen werden.

*Formulierungsvorschlag des VFA:*

*In § 1 AMPreisV wird folgender Absatz 5 angefügt: „(5) Bezugsbasis für den Großhandelszuschlag nach § 2 und den Apothekenzuschlag nach § 3 ist der Netto-Herstellerabgabepreis.“*

Seite 13/13

12.09.2003

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0273(4)  
vom 17.09.03  
  
15. Wahlperiode**

**Stellungnahme  
des  
Bundesverbandes der  
Arzneimittel-Hersteller (BAH)**

**zum Gesetzentwurf  
der Fraktionen SPD, CDU/CSU  
und Bündnis 90/Die Grünen**

**„Entwurf eines Gesetzes  
zur Modernisierung  
der gesetzlichen Krankenversicherung  
(GKV-Modernisierungsgesetz - GMG)**

**(Drucksache 15/1525)**

**INHALTSVERZEICHNIS**

<b>Einleitung</b>	<b>3</b>
<b>A. Leistungsausschlüsse durch den Gemeinsamen Bundesausschuss über die Arzneimittel-Richtlinien (Art. 1 Nr. 18 a) aa) zu § 31 Abs. 1 Satz 1, Nr. 22 b) zu § 34 Abs. 3 SGB V und Nr. 71 a) bb) zu § 92 Abs. 1 Satz 1 SGB V)</b>	<b>3</b>
<b>B. Herausnahme rezeptfreier Arzneimittel aus der GKV-Versorgung (Art. 1 Nr. 22 a) aa) zu § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V)</b>	<b>4</b>
<b>C. Weiterentwicklung der Festbetragsregelungen (Art. 1 Nr. 23 zu § 35 SGB V)</b>	<b>4 - 5</b>
<b>D. Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln (Art. 1 Nr. 25 zu § 35b SGB V)</b>	<b>5 - 6</b>
<b>E. 16%iger Herstellerrabatt auch für aut-idem-preisregulierte verschreibungspflichtige Arzneimittel (Art. 1 Nr. 95 a) und b) zu § 130a Abs. 1a und Abs. 3 SGB V)</b>	<b>6 - 8</b>
<b>F. Beibehaltung der Arzneimittelpreisverordnung für rezeptfreie Arzneimittel (Art. 24 Nr. 1 zu § 1 Abs. 4 Arzneimittelpreisverordnung - AMPreisV)</b>	<b>8 - 9</b>
<b>G. Lockerung des Mehrbesitzverbotes (Art. 20 zum Apothekengesetz) und Einführung des Versandhandels (Art. 20 zu § 11a Apothekengesetz und Art. 23 zur Änderung von § 43 Abs. 1 Satz 1 AMG)</b>	<b>9 - 10</b>

## Einleitung

Der Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller (BAH), der in Deutschland als mitgliederstärkster Verband die Interessen von ca. 430 pharmazeutischen Unternehmen vertritt, hält an der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und die sie tragenden Grundstrukturen, insbesondere am Solidaritätsprinzip fest. Nach Auffassung des Verbandes kann aber Beitragssatzstabilität in der GKV ohne gravierende strukturelle Änderungen an die sich wandelnden Lebens- und Arbeitsverhältnisse sowie an die demographische Entwicklung nicht garantiert werden. Insofern greift der vorliegende Gesetzentwurf zum GMG zu kurz.

Der BAH hat zur Gesundheitsreform weitreichende Vorschläge gemacht. Der BAH setzt sich u.a. bei grundsätzlicher Beibehaltung des Solidaritätsprinzips für mehr privatversicherungsrechtliche Elemente wie beispielsweise Beitragsrückerstattung, Selbstbehalt, Wahlfreiheit für die Versicherten sowie für ein sog. Selbstmedikationsbudget ein.

Nachfolgend beschränkt der Verband seine Stellungnahme in chronologischer Reihenfolge auf diejenigen Vorschläge des Gesetzentwurfs, die den Arzneimittelbereich mittelbar oder unmittelbar betreffen.

### **A. Leistungsausschlüsse durch den Gemeinsamen Bundesausschuss über die Arzneimittel-Richtlinien (Art. 1 Nr. 18 a) aa) zu § 31 Abs. 1 Satz 1, Nr. 22 b) zu § 34 Abs. 3 SGB V und Nr. 71 a) bb) zu § 92 Abs. 1 Satz 1 SGB V)**

Diese Regelungen sehen vor, dass der neu zu schaffende Gemeinsame Bundesausschuss die Befugnis erhalten soll, über die Arzneimittel-Richtlinien (AMR) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V selbständig und eigenständig Arzneimittel sowie andere Leistungen aus der GKV-Versorgung auszuschließen.

Die AMR sind kein verfassungsrechtlich zulässiges Regelungsinstrument, um mit normativer Wirkung für alle Beteiligten den Umfang und den Inhalt der Krankenbehandlung festzulegen. Die untergesetzliche Konkretisierung vom Parlament beschlossener Gesetze durch AMR des Bundesausschusses in Gestalt allgemein verbindlicher außenwirksamer Rechtsnormen genügt nicht den verfassungsrechtlichen Anforderungen und ist deshalb verfassungswidrig. Dies hat Prof. Dr. Ossenbühl in seinem Rechtsgutachten vom Juli 1998 festgestellt; in der wissenschaftlichen Literatur haben die verfassungsrechtlichen Feststellungen von Prof. Dr. Ossenbühl überwiegend Zustimmung erhalten.

#### **Forderung des BAH:**

**Art. 1 Nr. 18 a) aa), Nr. 22 b) und Nr. 71 a) bb) werden ersatzlos gestrichen.**

## **B. Herausnahme rezeptfreier Arzneimittel aus der GKV-Versorgung (Art. 1 Nr. 22 a) aa) zu § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V)**

Danach werden nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel von der Versorgung nach § 31 SGB V ausgeschlossen.

Der BAH lehnt die grundsätzliche Herausnahme rezeptfreier Arzneimittel aus der GKV-Versorgung aus folgenden Gründen ab:

1. Arzneimittelsicherheitskriterium der Rezeptpflicht kein geeigneter Maßstab für Erstattungsfähigkeit
2. Restriktive Beurteilung von Arzneimittelrisiken wegen Verschreibungspflicht bzw. Erstattungsfähigkeit
3. Keine beschwerdeadäquate Therapie mehr möglich, statt dessen Steigerung der Arzneimittelrisiken
4. Therapeutische Lücken sind unausweichlich, insbesondere bei
  - topischen Antimykotika
  - Antihistaminika zur Behandlung von Allergien
  - Schmerzmittel (zur Behandlung leichter und mittlerer Schmerzen)
  - Hauterkrankungen durch die Basis- sowie Intervalltherapie bei Neurodermitis und Psoriasis
  - alle pflanzlichen Arzneimittel usw.
5. Ausschluss nahezu aller Phytopharmaka aus der GKV-Erstattungsfähigkeit trifft vor allem mittelständische Arzneimittel-Hersteller
6. Umstellungsmarathon auf rezeptpflichtige Arzneimittel gesundheitspolitisch inakzeptabel
7. GKV-Mehrausgaben in Milliardenhöhe durch Substitution
8. BMGS könnte ohne Einvernehmen mit BMWA und ohne Zustimmung des Bundesrates durch Rechtsverordnung nach § 48 Abs. 2 AMG nicht verschreibungspflichtige und damit nicht erstattungsfähige Arzneimittel bestimmen.

### **Forderung des BAH:**

**Art. 1 Nr. 22 a) aa) wird ersatzlos gestrichen.**

## **C. Weiterentwicklung der Festbetragsregelungen (Art. 1 Nr. 23 zu § 35 SGB V)**

Art. 1 Nr. 23 sieht im Rahmen der Weiterentwicklung der Festbetragsregelungen Festbeträge für patentgeschützte Arzneimittel (Art. 1 Nr. 23 b) zu § 35 Abs. 1a SGB V) sowie die Absenkung der Festbeträge für wirkstoffgleiche Arzneimittel in das untere Preisdrittel (Art. 1 Nr. 23 d) zu § 35 Abs. 5 SGB V) vor. Die Festbeträge für patentgeschützte Arzneimittel höhlen das verfassungsrechtlich garantierte Patent aus, die Drittellösung bedeutet einen gesundheitspolitisch, aber auch ökonomisch inakzeptablen Preisabsenkungsmechanismus mit Kellertreppeneffekt.



Nachdem das Bundeskartellamt im Januar 2001 die von den GKV-Spitzenverbänden damals auf der Grundlage von § 35 SGB V vorgenommenen massiven Festbetragsabsenkungen aus kartellrechtlichen Erwägungen verboten hat, haben politische Kompromissgespräche unter Leitung von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt stattgefunden, die in der Verabschiedung des im August 2001 in Kraft getretenen Festbetrags-Anpassungsgesetzes (FBAG) und in der sich in § 35a SGB V niederschlagenden Übergangsregelung mündeten.

Die durch das FBAG eingeführten Bestimmungen des § 35a SGB V enthalten konkrete Definitionen der Wirtschaftlichkeitsreserven und eines ausreichenden Versorgungsangebotes sowie der Kappungsgrenzen. Insofern bestimmt § 35a Abs. 2 Satz 3 SGB V, dass mindestens ein Drittel aller Verordnungen und mindestens ein Viertel aller Packungen einer Gruppe zum Festbetrag verfügbar sein müssen. Bei der Anpassung dürfen die Festbeträge höchstens um 27,5 v.H. abgesenkt werden.

Mit dem Außerkrafttreten von § 35a SGB V lebt das „alte“ Festbetragsfestsetzungsverfahren des § 35 SGB V wieder auf, wonach in einem zweistufigen Verfahren die GKV-Spitzenverbände Festbeträge festsetzen. Die Bestimmungen in § 35 SGB V enthalten aber nicht die in § 35a Abs. 2 SGB V enthaltenen Konkretisierungen der Wirtschaftlichkeitsreserven, des ausreichenden Versorgungsangebotes sowie der Kappungsgrenzen. § 35 SGB V ist dementsprechend an die Bestimmungen in § 35a SGB V anzupassen.

#### **Forderungen des BAH**

**„Art. 1 Nr. 23 b) wird gestrichen“**

**Art. 1 Nr. 23 d) wird wie folgt gefasst:**

**„§ 35 Abs. 5 SGB V ist nach Satz 2 wie folgt zu ergänzen:**

**„Dabei müssen mindestens ein Drittel aller Verordnungen und mindestens ein Viertel aller Packungen einer Gruppe zum Festbetrag verfügbar sein; zugleich darf die Summe der jeweiligen vom Hundertsätze der Verordnungen und Packungen, die nicht zum Festbetrag erhältlich sind, den Wert v.H. nicht überschreiten. Bei der Anpassung dürfen die Festbeträge höchstens um 27,5 v.H. abgesenkt werden.“**

#### **D. Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln (Art. 1 Nr. 25 zu § 35b SGB V)**

Der BAH sieht keine Notwendigkeit für eine zentrale und damit einheitliche Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln. Durch das im SGB V in den §§ 2 Abs. 1, 12 und 70 verankerte Wirtschaftlichkeitsgebot und dessen Konkretisierungen ist bereits jetzt sichergestellt, dass nur Arzneimittel mit hinreichendem therapeutischen Nutzen erstattet werden. Das Wirtschaftlichkeitsgebot hat im SGB V durch

- die Negativliste (§ 34)
- die Positivliste (§ 33a)
- die Arzneimittel-Richtlinien (§ 92 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6)
- Arzneimittelvereinbarungen (§ 84 Abs. 1)
- arztgruppenspezifische Richtgrößen (§ 84 Abs. 6 SGB V)
- Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 106)
- die aut-idem-Regelung (§ 129 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1)
- die Hinweise des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur therapie- und preisgerechten Auswahl der Arzneimittel (§ 92 Abs. 2 Satz 3)
- Festbeträge (§ 35) und
- die Zuzahlung (§ 31 Abs. 3)

normative Konkretisierungen erfahren. Es besteht damit bereits jetzt im SGB V eine hohe und ausreichende Regelungsdichte, um mit Blick auf die Erstattungsfähigkeit den therapeutischen Nutzen und damit auch ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis des Arzneimittels festzustellen. Einer zusätzlichen Bewertung des Nutzen des Arzneimittels bedarf es somit nicht.

Im übrigen lässt sich die Frage, ob ein Arzneimittel für eine Behandlung zweckmäßig, ausreichend und notwendig ist, jeweils nur bezogen auf den individuellen Behandlungsfall bewerten, nicht aber pauschal für ein Arzneimittel, losgelöst von dem Behandlungsziel und dem Bedürfnisspektrum des jeweiligen Patienten (u.a. Art und Schwere der Erkrankung). Der therapeutische Nutzen eines Arzneimittels kann nur patientenorientiert beurteilt werden. Standardisierte Therapieschemen mit Standardarzneimitteln sind nicht ausreichend, um den individuellen Patienten - einen Standardpatienten gibt es nicht - zielgenau mit Arzneimitteln zu behandeln. Sachgerechtes Kriterium für die Erstattungsfähigkeit eines Arzneimittels kann nur die belegte Wirksamkeit bei der jeweils für ein Arzneimittel beanspruchten Indikation sein.

#### **Forderung des BAH:**

**Art. 1 Nr. 25 wird gestrichen.**

#### **E. 16%iger Herstellerrabatt auch für aut-idem-preisregulierte verschreibungspflichtige Arzneimittel (Art. 1 Nr. 95 a) und b) zu § 130a Abs. 1a und Abs. 3 SGB V)**

Danach beträgt der Abschlag für verschreibungspflichtige Arzneimittel im Jahre 2004 16 v.H. Der 16%ige Herstellerabschlag gilt nicht für Arzneimittel, für die ein Festbetrag aufgrund des § 35 oder des § 35a SGB V festgesetzt ist.

Zumindest nach der bisherigen Intention des Gesetzgebers sollen vom Herstellerrabatt nur diejenigen Arzneimittel betroffen sein, die nicht preisreguliert sind. Preisregulierungen erfolgen bisher im wesentlichen durch Festbeträge und durch die aut-idem-Regelungen. Dementsprechend sind gegenwärtig gemäß § 130a Abs. 3 SGB V Festbetragsarzneimittel und aut-idem-preisregulierte Fertigarzneimittel

vom 6%igen Herstellerrabatt ausgenommen. Der Festbetragsmarkt ist aber nicht identisch mit dem aut-idem-Markt. Eine Reihe von verordnungstarken Wirkstoffen wie z.B.

- Bisoprolol
- Cefuroxim
- Ciprofloxacin
- Moclobemid
- Norfloxacin
- Ofloxacin
- Omeprazol
- Roxithromycin
- Zolpidem
- Zopiclon

ist gegenwärtig durch Preisoberlinien der aut-idem-Regelung preisreguliert, obwohl für diese Wirkstoffe keine Festbeträge bestehen. Für diese aut-idem-Gruppen sind - bezogen auf das untere Preisdrittel - aut-idem-Preisoberlinien bestimmt worden mit der Folge, dass ca. 95% der davon betroffenen Arzneimittel unter bzw. auf dieser Preisdrittellinie liegen und damit ein erheblicher generischer Wettbewerb stattfindet. Der 6%ige Herstellerrabatt fällt für diese Arzneimittel gemäß § 130a Abs. 3 Nr. 2 SGB V nicht an.

**Es wäre systemwidrig, wenn diese durch die aut-idem-Preislinien preisregulierten Arzneimittel im Jahr 2004 auf den aut-idem-reduzierten Herstellerabgabepreis nochmals einen 16%igen Zwangsrabatt leisten müssen, nur weil die Preisregulierung formal nicht durch die Festbeträge, auf deren Bildung der Hersteller keinen Einfluss hat, sondern durch die aut-idem-Regelung erfolgt.**

Zusätzliche Brisanz erhält diese Problematik dadurch, dass auch im Jahre 2004 quartalsweise bereits bestehende Preisoberlinien angepasst sowie für neue aut-idem-Substanzen, für die noch keine Festbeträge bestehen, erstmals Preisoberlinien festgeschrieben werden. Zwar werden die Regelungen zur Bestimmung der oberen Preislinien des unteren Preisdrittels durch Streichung der Sätze 3 - 5 in § 129 Abs. 1 SGB V (vgl. dazu Art. 1 Nr. 92a) bb) gestrichen. Aber gemäß Art. 37 Abs. 7 des Fraktionsentwurfs - diese Vorschriften regeln das Inkrafttreten des Gesetzes - werden die Regelungen zur Bestimmung der aut-idem-Preislinien des unteren Preisdrittels erst mit dem Inkrafttreten der neuen Festbeträge im unteren Preisdrittel für Arzneimittel der Stufe 1 (wirkstoffgleiche Arzneimittel) außer Kraft treten. **Dies bedeutet, dass auch im Jahre 2004 für diejenigen aut-idem-Wirkstoffe, für die noch keine Festbeträge im unteren Preisdrittel festgesetzt worden sind, weiterhin jedes Quartal neue Preisoberlinien festgesetzt werden müssen.**

Davon ist u.a. die verordnungstarke Gruppe der Statine insbesondere mit Simvastatin betroffen, für die der Arbeitsausschuss „Arzneimittel“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (BÄK) in seiner Sitzung am 1.

Juli 2003 einen Entwurf für weitere Hinweise zur Austauschbarkeit von Darreichungsformen unter Berücksichtigung ihrer therapeutischen Vergleichbarkeit beschlossen hat. Insofern werden nach einer entsprechenden Beschlussfassung des BÄK z.B. für die Statine im Jahre 2004 so lange aut-idem-Preisoberlinien festgesetzt werden, bis für das jeweilige Statin ein Festbetrag beschlossen worden ist - das Verfahren zur Bestimmung der Festbetragsgruppen sowie zur Bestimmung der Höhe des jeweiligen Festbetrages dauert erfahrungsgemäß ca. neun bis zwölf Monate. In diesem Zeitraum sind die davon betroffenen Arzneimittel aut-idem-preisreguliert und müssen zudem auf den aut-idem-reduzierten Herstellerabgabepreis einen 16%igen Rabatt an die Krankenkassen leisten.

Daher müssen auch diejenigen verschreibungspflichtigen Arzneimittel, für die die obere Preislinie des unteren Preisdrittels veröffentlicht worden ist bzw. die unter die sog. Fünfer-Regelung fallen (§ 130a Abs. 3 Nr. 2 SGB V) und damit preisgünstig im Sinne des SGB V sind, aus der Abschlagsregelung ausgenommen werden.

#### **Vorschlag des BAH:**

**Analog der bisherigen gesetzlichen Regelung in § 130a Abs. 3 SGB V ist § 130a Abs. 3 SGB V wie folgt zu fassen:**

**„Art. 1 Nr. 95 b) wird wie folgt gefasst:**

**Abs. 3 wird wie folgt gefasst:**

**„(3) Die Absätze 1, 1a und 2 gelten nicht für**

- 1. Arzneimittel, für die ein Festbetrag aufgrund des § 35 oder des § 35a festgesetzt ist,**
- 2. Arzneimittel, für die aufgrund von § 129 Abs. 1 Satz 4 die obere Preisoberlinie des unteren Preisdrittels veröffentlicht wurde, oder Arzneimittel, für die gemäß § 129 Abs. 1 Satz 5 keine Preisoberlinie des unteren Preisdrittels veröffentlicht wird.“**

#### **F. Beibehaltung der Arzneimittelpreisverordnung für rezeptfreie Arzneimittel (Art. 24 Nr. 1 zu § 1 Abs. 4 Arzneimittelpreisverordnung - AMPPreisV)**

Danach werden nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel aus der AMPPreisV ausgenommen. Unabhängig davon, ob rezeptfreie Arzneimittel zu Lasten der GKV abgegeben oder im Rahmen der Selbstmedikation erworben werden, muss die AMPPreisV in der bisher gültigen Fassung auf alle rezeptfreien Arzneimittel Anwendung finden, weil

- Preisverdrängungswettbewerb auf allen Handelsstufen führt zur Reduzierung des Arzneimittelsortiments; nur noch „Spitzenprodukte“ gelangen in das Apothekensortiment, die Produktvielfalt wird eingeschränkt

- Nach den allgemeinen Marktgesetzen stiegen beispielsweise in einer Grippewelle die Preise der entsprechenden Arzneimittel schlagartig an
- Die Aufhebung der Preisbindung führt dazu, dass ein Arzneimittel in allen ca. 21.500 deutschen Apotheken und auch für jeden einzelnen Apothekenbesucher unterschiedliche Abgabepreise hat
- Gesundheits- oder verbraucherpolitische Vorteile unterschiedlicher Arzneimittelpreise sind nicht erkennbar: Sinkende Arzneimittelpreise sind nicht zu erwarten, da Preisvergleiche mangels Zugriffsmöglichkeiten bzw. Preisauszeichnungen nicht möglich sind.

#### **Vorschlag des BAH:**

**Die Arzneimittelpreisverordnung, insbesondere die Zuschläge nach den §§ 2 und 3 der Arzneimittelpreisverordnung in der am 31. Dezember 2003 gültigen Fassung gelten für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel fort.**

#### **Forderungen des BAH:**

„Art. 24 Nr. 1 wird gestrichen.“

#### **Folgeänderung zu Art. 24 Nr. 1 (neu)**

„Die Zuschläge nach den §§ 2 und 3 der Arzneimittelpreisverordnung in der am 31. Dezember 2003 gültigen Fassung gelten für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel fort.“

### **G. Lockerung des Mehrbesitzverbotes und Einführung des Versandhandels (Art. 20 Nr. 2, Nr. 3, Nr. 10 und Nr. 11 zum Apothekengesetz und Art. 23 Nr. 1 zur Änderung von § 43 Abs. 1 Satz 1 AMG)**

Durch diese Regelungen sollen das Mehrbesitzverbot gelockert (bis zu vier Apotheken) und der Versandhandel sowie der elektronische Handel auch mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln mit dem Verbraucher ermöglicht werden.

Der BAH lehnt diese "Liberalisierung der Arzneimitteldistribution" ab und spricht sich für eine Beibehaltung des gegenwärtigen Distributionssystems für Arzneimittel aus. Das deutsche System zur Distribution von Arzneimitteln ist geschichtlich gewachsen und hat sich bewährt. Es besteht der Grundsatz der Apothekenpflicht und ein Versandhandelsverbot. Gleichzeitig unterliegen die Apotheker einem Fremd- und Mehrbesitzverbot. Ärzte dürfen grundsätzlich keine Arzneimittel an den Endverbraucher abgeben; sie haben kein Dispensierrecht. Sollte man den Versandhandel von Arzneimitteln - auch aus dem europäischen Ausland nach Deutschland - in größerem Umfang gestatten, würde das bisherige Distributionssystem komplett in Frage gestellt werden. Unabhängig davon, welche konkreten Auswirkungen ein großflächiger Versandhandel auf

- die Arzneimittelversorgung der Verbraucher / Patienten,
- das Arzneimittelsortiment in den Offizinapotheken,

- die wirtschaftliche Situation der Apotheken und
- die Arzneimittelpreise

hätte, lehnt den Verband den mit dem Versandhandel verknüpften Systemwechsel bei der Distribution von Arzneimitteln ab.

Überdies ist vor dem Hintergrund des Binnenmarktes und des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs anerkannt, dass ein Versandhandel europarechtlich nur grenzüberschreitend ausgestaltet werden kann. Daher kann jede (EG-)ausländische Apotheke oder sonstige Betriebsstätte, die die innerstaatlichen Anforderungen für den Versandhandel erfüllt, auch Arzneimittel nach Deutschland versenden. Das gilt auch dann, wenn die Anforderungen an den Versandhandel in den anderen EG-Mitgliedstaaten nicht so weit reichen und detailliert sind wie dies vor allem in der Apothekenbetriebsverordnung für deutsche Apotheken geregelt ist.

Während also deutsche Apotheken unter allen Aspekten, vor allem aber unter dem Aspekt der Arzneimittelsicherheit sehr hohe Anforderungen zu erfüllen haben, können ausländische Apotheken ohne Erfüllung dieser Anforderungen Arzneimittel nach Deutschland versenden. Dies wird zur Folge haben, dass entsprechende Anreizsysteme der Krankenkassen Ärzte bzw. Patienten in verstärktem Maße anhalten, Arzneimittel in großem Umfang im Wege des Versandes von ausländischen Apotheken oder Betriebsstätten zu beziehen. Damit würde den deutschen Apotheken, die zwingend die strengen deutschen apothekenrechtlichen Bestimmungen für den Versandhandel erfüllen müssen, die wirtschaftliche Grundlage entzogen. Eine reibungsvolle Arzneimittelversorgung durch deutschen Apotheken wäre dann gefährdet.

**Forderung des BAH:**

**Art. 20 Nr. 2, Nr. 3, Nr. 10 und Nr. 11 und Art. 23 Nr. 1 werden gestrichen.**

Bonn, 16.09.2003  
Dr.K./En

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0273(5)  
vom 17.09.03  
  
15. Wahlperiode**

**Vorstand:**  
Dipl.Psych. Detlev Kommer  
Präsident  
Dipl.Psych. Dr. Lothar Wittmann  
Vizepräsident  
Dipl.Psych. Monika Konitzer  
Vizepräsidentin  
Dipl.Psych. Hermann Schürmann  
Dipl.-Soz. Päd. Peter Lehdorfer

An  
die Mitglieder des Ausschusses für Gesundheit  
und soziale Sicherung des Deutschen Bundestages

1. Oktober 2003

**„Last minute“ Anliegen der Psychotherapeuten zur Verabschiedung  
des „GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG)“**

Die Bundespsychotherapeutenkammer hat mit Bedauern zur Kenntnis genommen, dass in dem vorliegenden Entwurf zu einem „GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)“ die vom Sachverständigenrat für eine konzertierte Aktion im Gesundheitswesen geforderte Neuorientierung an einem bio-psycho-sozialen Gesundheits- und Krankheitsverständnis unterblieben ist. Aufgrund der großen gesundheitsökonomischen Bedeutung der multifaktoriell bedingten chronischen Erkrankungen und der krankheitswertigen psychischen Störungen sind wir überzeugt, dass diese Neuorientierung, die eng mit einer besseren Positionierung der Psychotherapeuten im Gesundheitssystem verknüpft ist (vgl. die „Strukturellen Essentials der Bundespsychotherapeutenkammer zur Gesundheitsreform“ in der Anlage), auch in den kommenden Jahren weiterhin auf der Agenda für eine effektive Reform des Gesundheitssystems stehen wird.

Neben einer fehlenden Neuorientierung enthält der Gesetzentwurf aber auch Regelungen, die zu einer Verschlechterung des status quo für Psychotherapiepatienten und der Arbeitsbedingungen der Psychotherapeuten führen. Im Sinne einer minimalen Berücksichtigung der berechtigten Interessen der Psychotherapeuten bitten wir deshalb, die im folgenden aufgeführten Änderungsvorschläge bei den anstehenden Beratungen im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages aktiv zu unterstützen und in die Endfassung des Gesetzes einzubringen:

### **1) Einbeziehung der Psychotherapeuten in den elektronischen Datenverkehr**

Die Psychotherapeuten sind in Kapitel X SGB V „Versicherungs- und Leistungsdaten, Datenschutz, Datentransparenz“ nicht aufgeführt und damit in der Folge vom elektronischen Datenverkehr der Zukunft ausgeschlossen, ohne dass es dafür sachliche Gründe gibt.

So sind in **§ 291a Abs. 4 Nr.1 und 2 SGB V** die Leistungserbringergruppen, die berechtigt sind, auf die „Elektronische Gesundheitskarte“ der Versicherten zuzugreifen, abschließend aufgezählt (Ärzte, Zahnärzte, ggf. Apotheker).

Dies hat zur Folge, dass Befunde, die von Psychotherapeuten erhoben werden, auf der Gesundheitskarte der Versicherten nicht gespeichert werden, obwohl derartige Informationen z.B. für Hausärzte durchaus von erheblicher Bedeutung sind und kostenspielige Mehrfachuntersuchungen dadurch vermieden werden könnten. Dies gilt im umgekehrten Fall auch für psychotherapeutische Behandlungen. Da Psychotherapeuten nicht zugriffsberechtigt sind, obwohl sie aufgrund ihrer Ausbildung hinreichend qualifiziert sind, ärztliche Befunde, Diagnosen und Verordnungen sachgerecht bewerten zu können, sind sie auf den erheblich zeitaufwendigeren Weg verwiesen, sich die nötigen Informationen im Rahmen mündlicher oder schriftlicher Rückfragen bei mitbehandelnden Ärzten zu erheben. Für eine derartige Erschwerung der Arbeitsbedingungen der Psychotherapeuten gibt es keinerlei sachliche Gründe.

Weiter ist in **§ 291a Abs. 7 SGB V** („Schaffung der erforderlichen Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur“) die Bundesärztekammer aufgeführt, **nicht aber die Bundespsychotherapeutenkammer**.

Bleibe es dabei, hätte dies zur Folge, dass die Psychotherapeuten ihre spezifische Fachkompetenz insbesondere im Hinblick auf die Anforderungen an eine sachgerechte Datenverarbeitung und den Datenschutz der Versicherten nicht einbringen können.

In **§ 293 Abs. 4 Satz 1 SGB V** (Verzeichnis der Leistungserbringer) werden die Psychotherapeuten ebenfalls nicht aufgeführt. Eine sachgerechte Regelung muss deshalb jeweils an der geeigneten Stelle die Berufsbezeichnung „Psychotherapeut“ nach „Arzt“ und vor „Zahnarzt“ aufführen.



## **2) Doppelte Benachteiligung der PsychotherapiepatientInnen durch die Einführung der „Praxisgebühr“**

Durch die Einfügung des Abs. 4 § 28 SGB V zur Einführung einer quartalsweisen Praxisgebühr werden psychisch erkrankte erwachsene Patienten, die sich einer Psychotherapie unterziehen, im Vergleich zu körperlich erkrankten Patienten in mehrfacher Weise benachteiligt. Während chronisch erkrankte Patienten sich in strukturierte Behandlungsprogramme einschreiben und damit von der Zuzahlungspflicht befreit werden können, ist diese Möglichkeit für psychisch erkrankte Patienten nicht vorgesehen, obwohl sie sich bei Durchführung einer Psychotherapie einer fachlich indizierten und von ihrer Krankenkasse genehmigten Behandlung unterziehen, die sich ähnlich wie bei der Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen in der Regel über mehrere Quartale erstrecken wird.

Eine Befreiungsmöglichkeit von der an den behandelnden Psychotherapeuten zu entrichtenden Praxisgebühr ergibt sich nur dann, wenn Psychotherapiepatienten bereit sind, sich bei einem Hausarzt einzuschreiben und dieser in jedem Quartal eine neue Überweisung an den Psychotherapeuten vornimmt. Um finanzielle Nachteile bei der Inanspruchnahme einer Psychotherapie zu vermeiden, werden Psychotherapiepatienten auf diese Weise ggf. veranlasst, sich gegenüber einem anderen Arzt über den Verlauf ihrer psychotherapeutischen Behandlung offenbaren zu müssen, obwohl es gute Gründe geben kann (im Falle des Hausarztes z.B. wenn Ehepartner von diesem mitbehandelt werden), dieses nicht zu tun.

In jedem Fall haben sie sich in die Abhängigkeit von der Entscheidung eines überweisenden Hausarztes zu begeben, sofern sie von den begünstigenden Regelungen einer „hausarztzentrierten Versorgung“ Gebrauch machen.

Dies stellt einen gravierenden Eingriff in die fachlich notwendige Autonomie eines psychotherapeutischen Behandlungsprozesses dar und schränkt die Freiheit der Berufsausübung der Psychotherapeuten unverhältnismäßig ein.

Als weitere Benachteiligung kommt hinzu, dass Psychotherapeuten nach den Bestimmungen des Bundesmantelvertrags Ärzte – Krankenkassen nur eingeschränkt – zum Zweck des obligatorischen Konsiliarverfahrens – überweisungsberechtigt sind. Dies wird in der Praxis dazu führen, dass Psychotherapiepatienten im Verlauf eines Quartals eine doppelte Praxisgebühr zu entrichten haben, wenn sie neben einer Psychotherapie noch eine somatische Behandlung bei einem Arzt bedürfen und sie in demselben Quartal noch keinen überweisungsberechtigten Arzt aufgesucht haben.

**Diese Diskriminierung von psychisch kranken Menschen bei der Inanspruchnahme einer Psychotherapie sollte dadurch aufgehoben werden, dass in § 28 Abs. 4 für den Fall einer genehmigten Psychotherapie die Erhebung einer Praxisgebühr für die Dauer dieser Behandlung entfällt.**

**3) Aufhebung der 10 % Klausel bzgl. des Anteils der Psychotherapeuten in den Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 80 Abs. 1 Satz 3 SGB V)**

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Fortschreibung der 10 % Klausel hinsichtlich des Anteils der Psychotherapeuten in den Vertreterversammlungen der KÄVen entspricht in der Mehrzahl der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht dem tatsächlich höheren Mitgliederanteil der Psychotherapeuten. Sie ist schon aus diesen Gründen willkürlich und begegnet damit gravierenden verfassungsrechtlichen Bedenken. Darüber hinaus erschwert sie die Wahrnehmung der Interessen der Psychotherapeuten in der ärztlichen Selbstverwaltung und bietet damit keinen ausreichenden Minderheitenschutz.

Anstelle der 10 % Klausel sollte deshalb Satz 3 wie folgt lauten:

„...mit der Maßgabe, dass sie entsprechend ihrem Mitgliederanteil in der Vertreterversammlung vertreten sind.“

**4) Gesetzliche Verankerung der Repräsentanz der Psychotherapeuten in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (§ 80 Abs. 1 a SGB V)**

Die jetzige Fassung sieht bezüglich der Repräsentanz der Psychotherapeuten in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung keinerlei gesetzliche Vorgabe mehr vor, sondern überlässt dies dem Ermessen des Satzungsgebers. Rechtlich wie denklogisch ist damit nicht auszuschließen, dass die Berufsgruppe der Psychotherapeuten in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nicht oder nur unzureichend vertreten sind. Der im Vergleich zur früheren Fassung des SGB V jetzt zu konstatierende Verzicht des Gesetzgebers auf jedweden Minderheitenschutz der berufsrechtlich als eigenständige Heilberufe konzipierten Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf der Ebene der Kassenärztlichen Bundesvereinigung begegnet deshalb ebenfalls gravierenden verfassungsrechtlichen Bedenken.

**In § 80 Abs. 1 a SGB V ist deshalb der folgende Satz 4 zu ergänzen:**

„Hinsichtlich des Anteils der Psychotherapeuten in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gilt Abs. 1 Satz 3 entsprechend.“

## **5) Gesetzliche Verankerung von Antragsrechten der Bundespsychotherapeutenkammer im Gemeinsamen Bundesausschuss bei der Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus (§ 137 c SGB V)**

Der jetzige Gesetzentwurf sieht zwar in § 91 Abs. 5 weiterhin zum Erlass von Richtlinien zur psychotherapeutischen Versorgung eine spezielle Zusammensetzung vor, die eine Beteiligung der Psychotherapeuten ermöglicht. Die Reichweite der Psychotherapie-Richtlinien erstreckt sich aber allein auf die ambulante Versorgung. Bei der Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus gem. § 137 c SGB V ist aber keinerlei Beteiligung der Psychotherapeuten als Berufsgruppe vorgesehen, obwohl auch im stationären Bereich Psychotherapie zur Anwendung kommt und bei spezifischen Indikationen auch im Rahmen einer stationären Behandlung unverzichtbar ist. Die Vernachlässigung der Fachkompetenz der Psychotherapeuten bei der Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus ist deshalb weder sachgerecht noch innovationsförderlich.

Diesem Regelungsdefizit sollte deshalb durch die Einräumung von diesbezüglichen Antragsrechten der Bundespsychotherapeutenkammer im Gemeinsamen Bundesausschuss im Kontext des § 137 c als berufliche Interessenvertretung der im stationären Bereich tätigen Psychotherapeuten abgeholfen werden, wie dies im übrigen auch für die Bundesärztekammer im § 137 SGB V vorgesehen ist.

### **Anlage**

Strukturelle Essentials der Bundespsychotherapeutenkammer zur Gesundheitsreform

# Bundespsychotherapeuten kammer

Berlin, den 13. August 2003

## Strukturelle Essentials zur Gesundheitsreform

Die Wirksamkeit psychischer Faktoren und sozialer Bedingungen bei der Entstehung, Aufrechterhaltung und Überwindung von Erkrankungen ist bei unterschiedlichen Krankheitsbildern allgemein anerkannt und wissenschaftlich belegt. Psychische und psychisch mit bedingte Erkrankungen haben in erheblichem Ausmaß zugenommen. Die akademischen Heilberufe der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind deshalb in stärkerem Umfang als bisher üblich sowohl auf der Ebene der Systemplanung als auch in der kurativen und rehabilitativen Versorgung sowie in der Prävention mit einzubeziehen, wenn den psychosozialen Dimensionen von Gesundheit und Krankheit im Interesse der Bevölkerung angemessen Rechnung getragen und die damit verbundenen vielfach belegten gesundheitsökonomischen Einsparpotentiale effektiv genutzt werden sollen.

**Die Bundespsychotherapeutenkammer schlägt vor diesem Hintergrund die nachfolgenden Änderungen im GMG (Arbeitstitel) vor. Die hier aufgeführten Punkte stellen in erster Linie auf eine verbesserte Partizipation der Psychotherapeuten in der ärztlichen und gemeinsamen Selbstverwaltung ab. Damit werden strukturelle Voraussetzungen geschaffen, um zukünftige Systeminnovationen zu fördern, die zu einer angemesseneren Berücksichtigung der psychosozialen Dimensionen von Gesundheit und Krankheit und deren gesundheitsökonomischen Implikationen beitragen.**

### **Strukturvorgabe für die Zusammensetzung der Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen**

#### **§ 79 Abs. 2 Satz 2**

In Satz 2 ist einzufügen: „Dabei sind Hausärzte **und Psychotherapeuten** entsprechend ihrem Anteil....“

#### **Begründung**

*Die bisherige 10 % - Quotierung des Sitzanteils der Psychotherapeuten in den Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, die in vielen KÄVen unter dem tatsächlichen Mitgliederanteil liegt, hat maßgeblich dazu beigetragen, dass die Belange der psychotherapeutischen Versorgung – wie u.a. aus der gefestigten Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes zur angemessenen Honorierung psychotherapeutischer Leistungen hervorgeht - z.T. rechtswidrig vernachlässigt wurden. Zur Gewährleistung einer angemessenen Repräsentanz der Psychotherapeuten in der Vertreterversammlung als Voraussetzung für eine effektive Partizipation ist deshalb eine Regelung erforderlich, die dem tatsächlichen Mitgliederanteil der Psychotherapeuten entspricht.*

## **Strukturvorgabe für die Zusammensetzung der Vorstände der Kassenärztlichen Vereinigungen**

### **§ 79 Abs. 4**

Nach Satz 2 ist Satz 3 und 4 (neu) einzufügen: „**Mindestens ein Vorstandsmitglied muss dem hausärztlichen, dem fachärztlichen und dem psychotherapeutischen Versorgungsbereich angehören. Die jeweiligen Vorstandsvertreter des hausärztlichen, fachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgungsbereichs sind federführend an Verhandlungen mit den Verbänden der Kostenträger zu beteiligen.**“

### **Begründung**

*Die vorgeschlagene Ergänzung stellt die Repräsentanz der Hauptversorgungsbereiche in den Vorständen der Kassenärztlichen Vereinigungen und deren Mitwirkung an Vertragsverhandlungen mit den Kostenträgern sicher. Dies ist geboten, weil es in der Vergangenheit teilweise im Bereich der Hausärzte ( je nach Zusammensetzung der Vertreterversammlungen), aber auch im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung zu einer ungerechtfertigten Benachteiligung der Besonderheiten dieser Leistungserbringer gekommen ist, was sich nachteilig auf die Wirtschaftlichkeit der ambulanten Versorgung ausgewirkt hat.*

## **Strukturvorgabe für die Zusammensetzung des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie**

### **§ 79 b Satz 2**

Satz 2 ist wie folgt als Satz 2, 3 und 4 neu zu formulieren:

„<sup>2</sup>Der Ausschuss hat insgesamt 10 Mitglieder. <sup>3</sup>Er besteht aus Psychologischen Psychotherapeuten und mindestens einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Vertretern der psychotherapeutisch tätigen Ärzte entsprechend ihrem Mitgliederanteil am psychotherapeutischen Versorgungsbereich in der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. <sup>4</sup>Die Mitglieder des Ausschusses werden von den gewählten Vertretern der Psychotherapeuten in der Vertreterversammlung aus dem Kreis der psychotherapeutischen Mitglieder einer Kassenärztlichen Vereinigung in unmittelbarer und geheimer Wahl gewählt.

### **Begründung**

*Bundesweit werden 80 % und mehr der psychotherapeutischen Versorgung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht. Die in § 79 b Satz 2 vorgeschriebene Parität zwischen Psychotherapeuten und Ärzten steht im Widerspruch zu diesen differierenden Versorgungsanteilen und führt zu ineffizienten, stärker an Gruppen- statt an Versorgungsfragestellungen orientierten Blockadehaltungen. Sie ist deshalb ersatzlos zu streichen. Durch die Vorgabe, dass mindestens ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Ärzte entsprechend ihrem Versorgungsanteil in diesem Gremium vertreten sein muss, ist ein ausreichender Minderheitenschutz gewährleistet.*

**Analoge Regelungen sind für die Zusammensetzung der Vertreterversammlung, des Vorstandes und des Beratenden Fachausschusses für Psychotherapie bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorzusehen !**

### **Strukturvorgabe für den psychotherapeutischen Versorgungsbereich**

#### **§ 80 Abs. 1 Einfügung von Satz 4 (neu):**

„Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, alle ausschließlich und überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzte können sich freiwillig<sup>1</sup> für die Zugehörigkeit zum Versorgungsbereich Psychotherapie entscheiden und sind dann in der Gruppe der Psychotherapeuten aktiv wie passiv wahlberechtigt. Soweit in den Artikeln

27 § 67 neu  
29 § 73 Abs. 1b Nr. 2  
33 § 79 Abs. 2 Satz 2  
33 § 79 b Satz 3 neu (aus Satz 2 alt wurden die Sätze 2, 3 und 4 neu)  
36 § 80 Abs. 1 Satz 3  
43 § 87 Abs. 3 Einfügung von Satz 3  
47 § 95 Abs. 2 Neueinfügung in Satz 1  
47 § 95 Abs. 2 Neueinfügung nach Satz 3  
51 § 101 Abs. 1 Satz 1  
52 § 103 Abs. 4 a  
52a § 105 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 4  
55 § 106 b (1)

von Psychotherapeuten die Rede ist, sind diese Ärzte, soweit sie für den psychotherapeutischen Versorgungsbereich optieren, eingeschlossen, bzw. in § 43 b Abs. 2 (neu) ausgeschlossen.

#### **Begründung**

*Um zu gewährleisten, dass die Interessen der Ärzte, die sich in der psychotherapeutischen Versorgung betätigen, angemessen im psychotherapeutischen Versorgungsbereich vertreten werden können, ist diesen Ärzten die Möglichkeit einzuräumen, für diesen Versorgungsbereich optieren zu können und unter dieser Voraussetzung dann das aktive und passive Wahlrecht auszuüben zu können. Da sich die Legaldefinition „Psychotherapeut“ nur auf Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bezieht, müssen die in den psychotherapeutischen Versorgungsbereich optierenden ärztlichen Psychotherapeuten aus Versorgungs- und Gleichstellungsgründen durch die aufgeführten Verweisungen miterfasst werden.*

### **Strukturvorgabe für die Zusammensetzung des Bundesausschusses in der besonderen Zusammensetzung für Fragen der psychotherapeutischen Versorgung**

#### **Änderung von § 91 Abs. 5 a S. 2 SGB V:**

„...sind **zehn Vertreter der psychotherapeutisch tätigen Ärzte bzw. der Psychotherapeuten** sowie ein zusätzlicher Vertreter der Ersatzkassen zu benennen. <sup>2</sup>**Die Anzahl der Ärzte bzw. der Psychotherapeuten bestimmt sich**

---

<sup>1</sup> Bei Übernahme der vorgeschlagenen Regelung ist der Gesetzestext durch Angabe eines Stichtages, bis zu dem die Option auszuüben ist, zu ergänzen.

**nach dem jeweiligen Mitgliederanteil dieser Gruppen im psychotherapeutischen Versorgungsbereich.“**

#### **Begründung**

*Bundesweit werden 80 % und mehr der psychotherapeutischen Versorgung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht. Die in § 91 Abs. 2 a S.1 vorgeschriebene Parität zwischen Psychotherapeuten und Ärzten steht im Widerspruch zu diesen unterschiedlichen Versorgungsanteilen und führt zu ineffizienten, stärker an Gruppen- statt am Versorgungsfragestellungen orientierten Blockadehaltungen. Sie ist deshalb ersatzlos zu streichen. Durch die Vorgabe in Satz 3 (alter Satz 2), dass bei den Ärzten und den Psychotherapeuten mindestens ein im Bereich der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen tätiger Leistungserbringer sein muss und Ärzte entsprechend ihrem Mitgliederanteil in diesem Gremium vertreten sind, ist ein ausreichender Minderheitenschutz gewährleistet.*

#### **Anhörungs- und Antragsrechte für die Bundespsychotherapeutenkammer im Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und im Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit**

##### **Änderung von § 91 Abs. 5 SGB V: Neueinfügung von Satz 3 und 4:**

<sup>4</sup>Vor der Entscheidung des Bundesausschusses über die Richtlinien zur psychotherapeutischen Versorgung ist der Bundespsychotherapeutenkammer Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen. <sup>5</sup>Die Bundespsychotherapeutenkammer ist berechtigt, Anträge an den Bundesausschuss in der besonderen Zusammensetzung zu Fragen der psychotherapeutischen Versorgung gem. § 91 Abs. 2a zu stellen.

#### **Begründung**

*Die vorgeschlagene Regelung knüpft an bereits vorhandene Analogregelungen für andere Heilberufe (z.B. Apotheker) an. Da die Regelungszuständigkeit des künftigen Bundesausschusses sich sowohl auf stationäre als auch auf integrierte Versorgungsformen erstrecken wird, ist die Einbeziehung der Bundespsychotherapeutenkammer incl. der Antragsberechtigung auch sachgerecht, da psychotherapierelevante Fragestellungen im Bundesausschuss sonst nur durch niedergelassene Psychotherapeuten vertreten werden können.*

#### **Ergänzung in § 139 b Abs. 1 Satz 2 (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit)**

<sup>2</sup>Die den Gemeinsamen Bundesausschuss bildenden Institutionen, das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, **die Bundespsychotherapeutenkammer** und die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen können die Beauftragung des Instituts beim Gemeinsamen Bundesausschuss beantragen.“

#### **Begründung**

*Mit der Einbeziehung der Bundespsychotherapeutenkammer ist die Vertretung einer psychosozialen Perspektive bei der Arbeit des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit gewährleistet. Dies erscheint zur Förderung von weiterführenden evidenzbasierten Innovationen in der gemeinsamen Selbstverwaltung unerlässlich.*

## Änderung der Bedarfsplanung im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung

### § 101 SGB V ist mit der folgenden Ergänzung zu ändern:

- a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:
  - aa) In Nummer 1 werden nach dem Wort „Versorgung“ die Wörter „für die Arztgruppen der Hausärzte, der Frauenärzte, der Augenärzte **und der Psychotherapeuten**“ eingefügt
- b) Absatz 4 (alt) wird wie folgt neu gefasst:

„Psychotherapeutisch tätige Ärzte gem. § 80 Abs. 1 Satz 4 (neu) und Psychologische Psychotherapeuten bilden eine Arztgruppe für den Bereich der Psychotherapie bei Erwachsenen. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie psychotherapeutisch tätige Ärzte gem. § 80 Abs. 1 Satz 4 (neu) mit einer Abrechnungsgenehmigung für Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen und Psychologische Psychotherapeuten mit einer Abrechnungsgenehmigung für Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen bilden eine Arztgruppe für den Bereich der Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen.“
- c) Der in GMG 51 vorgesehene Absatz 4 wird dann neu Absatz 5, der alte Absatz 5 wird dann neu Absatz 6

### Begründung

*Die Einbeziehung der Psychotherapeuten in die Bedarfsplanungsregelung gem. § 101 ist aus Gründen der Sicherstellung einer flächendeckenden und wohnortnahen psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung unerlässlich. Die in Abs. 4 Satz 5 ursprünglich enthaltene Privilegierungsklausel ist aus Gründen der Fehlallokation von Behandlungsressourcen ersatzlos zu streichen. Die bisherige gemeinsame Bedarfsplanung für Erwachsenenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten hat sich als ungeeignet erwiesen, die Versorgungsmängel im Bereich der Psychotherapie bei Kindern- und Jugendlichen aufzuheben.*



**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0273(6)  
vom 17.09.03  
  
15. Wahlperiode**

## **Stellungnahme der**

### **Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG) vom 17. September 2003**

**zur Anhörung des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung  
des Deutschen Bundestages  
am 22. September 2003**

**zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU  
und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
(Drucksache 15 / 1525)**

**Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen  
Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)**

**Vorbemerkung:** Die folgenden Ausführungen bauen auf unsere Stellungnahme (Ausschussdrucksache 0248 (11) vom 20. 06. 2003) zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitswesens (Drucksache 15 / 1170) auf. Wegen der Kürze der Zeit bezieht sich diese Stellungnahme nur auf zwei für unseren Verband wesentliche Punkte des Gesetzesentwurfs:

1. die Neuaufnahme des Dreizehnten Abschnittes (§§ 140 f – h, SGB V) zur Patientenbeteiligung und zum Patientenbeauftragten
2. die nunmehr *nicht mehr* vorgesehene Novellierung und Präzisierung der Selbsthilfeförderung (in § 20, 4 SGB V).

**Kontakt:** Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. (DAG SHG)  
c/o NAKOS (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von  
Selbsthilfegruppen), Wilmersdorfer Str. 39, 10627 Berlin  
Tel.: 0 30 / 31 01 89 - 80; Fax: - 70, E-Mail: klaus.balke@nakos.de

## **zu 1.: Neuaufnahme des Dreizehnten Abschnittes (§§ 140 f – h, SGB V) zur Patientenbeteiligung und zum Patientenbeauftragten**

Die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. befürwortet ausdrücklich die weit über den GMG-Entwurf hinausgehenden Regelungen zur Patientenbeteiligung und zum Patientenbeauftragten.

Die Regelungen in den §§ 140 f und g stellen einen erheblichen qualitativen Fortschritt im Hinblick auf Transparenz und Beteiligung für die Organisationen der Selbsthilfe und

der Patienten dar. Insbesondere begrüßen wir, dass die Form der vorgesehenen Beteiligung von Selbsthilfe- und Patientenvertretern nunmehr den Status der Beratungsbeteiligung erreicht, weil damit auch ein direkter Einbezug der Vertreter der Selbsthilfe und Patienten in die Beratungs- und Diskussionsprozesse einhergeht. Sehr positiv finden wir auch, dass die Beteiligung in den entscheidenden Gremien des Gesundheitswesens auf Bundes- und auf Landesebene etabliert wird.

Wir begrüßen weiterhin, dass mit § 140g eine Art „Akkreditierungsverfahren“ für Organisationen der Selbsthilfe und der Patienten eingeführt wird. Hierdurch wird die Legitimation der anerkannten Organisationen gestärkt und eine öffentliche Transparenz hergestellt. Im Interesse einer zügigen klaren Regelung des Verfahrens der Beteiligung und der Vorbereitung der Organisationen auf die neue Aufgabe sollte die Verordnung bald veröffentlicht und die Vertreter benannt werden.

Die Einrichtung des Amtes eines Patientenbeauftragten in § 140h ist ein flankierend wichtiger Schritt, um insbesondere das Thema Patientenrechte weiter zu entwickeln. Unser Verband begrüßt die Einrichtung des Amtes eines Patientenbeauftragten ausdrücklich. Wir bedauern allerdings, dass in dem vorliegenden Gesetzentwurf die zunächst im 1. Arbeitsentwurf vom 26. August 2003 vorgesehenen Abschnitte 3 – 5, die die Wahrnehmung dieser Aufgabe inhaltlich und formal näher qualifizierten, nunmehr gestrichen wurden. Damit sind bereits präziserte Mitwirkungsmöglichkeiten des Patientenbeauftragten an allen Gesetzesvorhaben, die den Schutz und die Rechte von Patienten berühren sowie Regelungen zur Akteneinsicht als auch zu Antrags- und Verfahrensrechten, entfallen.

Um den Transport von Patientenbelangen von der Basis in den Aufgaben- und Befugnisbereich des Patientenbeauftragten zu gewährleisten, würden wir es begrüßen, wenn diesem Amt ein Beirat zugeordnet würde, in dem die durch das Akkreditierungsverfahren legitimierten Organisationen der Selbsthilfe und der Patienten mitarbeiten. Aufgabe des Patientenbeauftragten sollte es auch sein, die Selbsthilfe- und Patientenorganisationen in ihrer Rolle als Sprachrohr der Patienteninteressen zu unterstützen.

Wir empfehlen, in allen Gesetzesstellen im „GKV-Modernisierungsgesetz – GMG“, die die Belange der Selbsthilfe und die Beteiligung ihrer Vertreter berühren, dieselben Begrifflichkeiten zu verwenden. In Analogie zu der bereits mit dem „GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000“ geprägten Begrifflichkeit in Satz 2 des § 20, Abs. 4 SGB V sollte die Formulierung für die Beteiligung der Vertretung der Selbsthilfe in den oben

Seite 3 der Stellungnahme der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. zur Anhörung des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung des Deutschen Bundestages zum Entwurf des GKV-Modernisierungsgesetz am 22. September 2003

genannten §§ wie folgt lauten: „Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen“.

## **zu 2.: *Nicht mehr vorgesehene Novellierung und Präzisierung der Selbsthilfeförderung (in § 20, 4 SGB V)***

Die Selbsthilfeförderung der Krankenkassen nach § 20,4 SGB V hat sich in der bisherigen Form nicht bewährt. Deshalb war im GMG-Entwurf vom 16. Juni 2003

vorgesehen, dass die Fördermittel der Krankenkassen nach § 20,4 SGB V in kassenartenübergreifende Gemeinschaftsfonds einzuzahlen sind.

Als Ergebnis der Konsensverhandlungen wurde am 11. August 2003 ein Arbeitsentwurf der vier Bundestagsfraktionen vorgelegt, in dem nunmehr in § 20,4 SGB V festgelegt wurde, dass mindestens 70 % der Fördermittel für die Selbsthilfe in kassenartenübergreifende Gemeinschaftsfonds einzuzahlen sind.

Im aktuellen Gesetzentwurf sind die Neuregelungen zur Selbsthilfeförderung nach § 20,4 SGB V nun gänzlich entfallen. Damit bleibt die Selbsthilfeförderung ohne klare inhaltliche Neukonturierung und weiterhin dem freien Spiel der Krankenkassen überlassen.

Unser Verband kann nicht verstehen, warum die geplanten, völlig unstrittigen Regelungen zur Neuregelung von § 20, 4 SGB V nunmehr aus dem Gesetzesentwurf herausgenommen wurden. Eine Verschiebung der Neuregelung in das geplante Präventionsgesetz sehen wir als zu spät an. Die beiden wichtigsten Gründe sind folgende.

Wenn der Gesetzgeber – wie oben dargestellt – auch die Selbsthilfe stärken und qualifizieren will, Vertreter von Patienteninteressen zu sein, muss er ihr auch die materiellen Voraussetzungen geben, diese Aufgabe qualifiziert und angemessen wahrzunehmen. Wir sehen eine sachgerechte und kompetente Ausfüllung der Beteiligungsmöglichkeiten nach dem neuen § 140f SGB V nur dann als gegeben an, wenn flankierend auch die Selbsthilfeförderung nach § 20,4 SGB V bereits jetzt in der beabsichtigten ursprünglichen Form realisiert wird.

Die Neuregulierung der Selbsthilfeförderung nach § 20,4 SGB V zum jetzigen Zeitpunkt im GKV-Modernisierungsgesetz ist auch deswegen dringend geboten, weil die öffentliche Hand sich sukzessive immer stärker aus der für sie „freiwilligen“ Aufgabe der Selbsthilfeförderung zurückzieht. Nach einer eigenen Erhebung unseres Verbandes zur Selbsthilfeförderung durch die zuständigen Ministerien der Bundesländer ist das entsprechende Fördervolumen 2003 (im Vergleich zu 2001) um fast 15 % gesunken. Wegen dieser sich schon in den Vorjahren abzeichnenden Tendenz ist Handlungsbedarf jetzt dringend gegeben.

Seite 4 der Stellungnahme der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. zur Anhörung des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung des Deutschen Bundestages zum Entwurf des GKV-Modernisierungsgesetz am 22. September 2003

Wir regen daher an, die im GMG-Entwurf vom 16. Juni 2003 vorgesehene Neuregelung der Selbsthilfeförderung wieder in das Gesetzesvorhaben aufzunehmen. Zur klareren Abgrenzung der Selbsthilfe von der Prävention sollte der § 20, 4 SGB V gleichzeitig in einem eigenständigen § 20 a zusammengefasst werden.



**Stellungnahme**

zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der  
Gesetzlichen Krankenversicherung  
(**GKV-Modernisierungsgesetz – GMG**)  
Bundestagsdrucksache 15/1525 vom 08.09.2003

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0273(7)  
vom 17.09.03**

**15. Wahlperiode**

Die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen e.V. (ADS) ist der Zusammenschluss von neun Organisationen der Pflegeberufe, die Mitglied im Deutschen Caritasverband, im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche Deutschlands oder im Deutschen Roten Kreuz sind.

Die ADS nimmt zum Entwurf des GMG-Modernisierungsgesetzes wie folgt Stellung:

Der nun vorliegende Entwurf enthält aus unserer Sicht zwar entscheidende Verbesserungen gegenüber den ersten beiden Arbeitsentwürfen, er wird jedoch den Zielen der parteiübergreifend entwickelten und hochgelobten Eckpunkte nicht gerecht. Die ursprüngliche Zielsetzung, das Gesundheitssystem komplett zu modernisieren, wurde verlassen. Immerhin wird der Titel des nun vorgelegten Entwurfes seinem Inhalt gerechter. Es geht vorrangig um Verbesserungen für die gesetzlichen Krankenkassen und nachrangig um Veränderungen des Gesundheitssystems. Vor allem werden die traditionellen Strukturen, die angeblich aufgebrochen werden sollten, festgeschrieben, indem das Vertragsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen im Wesentlichen erhalten bleibt und ihnen darüber hinaus zusätzliche Funktionen der Kontrolle und Sanktionierung übertragen werden.

Leider festigt der Gesetzentwurf auch die einseitig medizinische Sicht von Gesundheit als Fehlen von Krankheit und blendet daher Maßnahmen, die nicht als Folge ärztlicher Verordnung erbracht werden und nicht als GKV-Leistungen abrechenbar sind, völlig aus. Sicherheitshalber bezieht er aber das SGB XI insofern ein, dass er die „Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen“ über ein Artikelgesetz auch dort regelt.

Das zeigt, wie weit verbreitet das Misstrauen des Gesetzgebers (oder der Krankenkassen) gegenüber Pflegediensten ist. Im Übrigen geht der Gesetzesentwurf an keiner Stelle auf den Spagat ein, den ambulante Pflegedienste täglich zwischen den Regelungen des SGB V und SGB XI zu leisten haben.

Die Entscheidung, alle Ausschüsse und Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung im „Gemeinsamen Bundesausschuss“ zusammenzufassen, mag für das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung übersichtlicher und leichter steuerbar sein. Dieses wird jedoch wegen der unterschiedlichen Interessen und Aufgaben der bisherigen Gremien kaum zu handhaben sein. Der Aufbau dieser neuen Strukturen wird zu Stagnation bei der Bewältigung der anstehenden Probleme führen. Der Titel des geplanten „Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ klingt zunächst leistungserbringer- und professionenübergreifend. Es sollte ursprünglich den dynamischen Prozess sowohl medizinischer als auch pflegerischer Standards gewährleisten. Der Vorschlag, den gemeinsamen Bundesausschuss mit der Gründung des Instituts zu beauftragen und die im Entwurf skizzierten Aufgaben zeigen jedoch, dass die Professionen übergreifende Beteiligung nur bedingt gewollt ist. Die Themenschwerpunkte sind überwiegend auf medizinische Phänomene ausgerichtet und blenden Prävention, Rehabilitation und Pflege weitgehend aus.

Der Gesetzgeber verhält sich inkonsequent, wenn er einerseits die Professionalisierung der Pflegeberufe durch Förderung von Pflegestudiengängen und Forschungsaufträgen vorantreibt, in den neuen Ausbildungsgesetzen ausdrücklich eigenverantwortliche und mitwirkende Aufgaben der Pflegenden postuliert sowie Interdisziplinarität mit anderen Berufsgruppen erreichen will, aber gleichzeitig Strukturen festschreibt, in denen sich dieses Berufsprofil in keiner Weise entwickeln kann.

Nachfolgend nehmen wir zu einzelnen, die Pflegeberufe und die von ihren Leistungen abhängigen Menschen in besonderer Weise betreffenden Paragraphen Stellung:

#### **§ 37 Häusliche Krankenpflege in Verbindung mit § 61 Satz 3 Zuzahlung:**

Die ADS begrüßt die Ergänzung in § 37 Absatz 2, nach der Behandlungspflege auch für wohnungslose Menschen gilt.

Die in diesem Entwurf nachgebesserten Zuzahlungsregelungen nach **§ 37 Absatz 5** (Beschränkung der Zuzahlung auf 28 Kalendertage im Jahr, wie bei stationärer Behandlung) sowie die Vorgabe, dass die Zuzahlung an die Krankenkassen zu zahlen ist, wird von uns begrüßt. Allerdings bestehen Bedenken, dass für die häusliche Krankenpflege die Begrenzung auf einen Höchstbetrag von 10,- EUR pro Tag (wie bei anderen Zuzahlungen) offensichtlich nicht vorgesehen ist.

#### **§ 38 Haushaltshilfe**

Hier sollte, wie bei der häuslichen Krankenpflege eine Begrenzung der Zuzahlung auf 28 Tage erfolgen, da beide Leistungen häufig gleichzeitig notwendig sind. (Menschen, die häusliche Krankenpflege benötigen, haben in vielen Fällen keine Angehörigen, die den Haushalt versorgen können).

#### **§ 60 Fahrtkosten**

Die Indikation für die Übernahme der Fahrtkosten durch die GKV muss neben zwingenden medizinischen Gründen in besonderen Fällen auch aus zwingenden Gründen pflegerischer Abhängigkeit möglich sein.

### **§ 65 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten**

Bonusregelungen für gesundheitsbewusstes Verhalten erscheinen grundsätzlich sinnvoll. Allerdings wundert es, dass die unter Abs. 2 aufgeführten Projekte: hausarztzentrierte Versorgung, strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten und die integrierte Versorgung als Beispiele genannt sind. Sie lassen sich wohl allenfalls als preisbewusstes Verhalten einstufen.

### **§ 67 Elektronische Kommunikation**

In die elektronische und maschinell verwertbare Übermittlung von Daten sind dringend auch pflegebezogene Daten aufzunehmen. Nur auf diese Weise lässt sich die gewünschte fallbezogene Zusammenarbeit realisieren.

### **§ 91 Gemeinsamer Bundesausschuss**

Die Zusammensetzung des Gemeinsamen Bundesausschusses mag aus Gründen der Parität zwischen den Vertragspartnern und zur gleichmäßigen Verteilung der Kosten sinnvoll erscheinen. Für die inhaltliche Arbeit sind jedoch zur Qualitätssicherung und differenzierten Fachlichkeit Beteiligungen der entsprechenden leistungserbringenden Berufe erforderlich. Insofern sollte § 91 Absatz 8 wie folgt ergänzt werden:

*„Die Vertreter ... die an den jeweiligen Beschlüssen nicht mitwirken, haben Mitberatungsrecht.“ Außerdem sind -entsprechend der Regelung in § 137, Abs. 1, Satz 1- die dort genannten Interessenvertretungen an Beschlüssen und Entscheidungen des Gemeinsamen Ausschusses zu beteiligen.*

Begründung: Die Beteiligung des Deutschen Pflgerates, dessen Mitgliedsorganisation die ADS ist, erscheint uns insofern wichtig, als alle, unter medizinischen Aspekten getroffenen Entscheidungen, unmittelbare Auswirkung auf pflegerische Leistung und wirtschaftliche Organisation pflegerischer Arbeit haben. Die Entwicklung von Behandlungsprogrammen muss neben evidenzbasierter Medizin immer auch pflegewissenschaftlich begründete Standards im Blick haben, wenn Qualität und Wirtschaftlichkeit eines Programms oder einer Maßnahme abgewogen werden sollen.

### **§ 95 Pflicht zur fachlichen Fortbildung**

Die ADS begrüßt es außerordentlich, dass grundsätzlich eine Verpflichtung zu fachlicher Fortbildung für alle Gesundheitsberufe vorgeschrieben wird. Dies muss aus unserer Sicht für alle Berufe, unabhängig vom Beschäftigungsort erfolgen.

Nicht nachzuvollziehen ist aus unserer Sicht die ungleiche Verfahrensweise bei Festlegung der Fortbildungsinhalte und Überprüfung der regelmäßigen Teilnahme. Für die medizinischen Berufe soll die inhaltliche Qualität von den jeweiligen Berufskammern festgelegt werden und der Nachweis wird im niedergelassenen Bereich durch die Kassenärztlichen Vereinigungen überprüft. Dagegen sollen für andere Heilberufe (Heilmittelerbringer, Pflegeberufe) die Fortbildungsinhalte in den Rahmenvereinbarungen mit den Kassen festgelegt werden und außerdem Inhalt der Vertragsverhandlungen sein (§ 125 Heilmittel, § 132a Versorgung mit häuslicher Krankenpflege).

Wir empfehlen dringend, die Qualität und Quantität der Fortbildungsmaßnahmen durch ein von den Verträgen unabhängiges Gremium aus Berufsexperten festlegen zu lassen und auch die Überprüfung in die Hand der Berufsgruppe zu legen. Das hätte gleichzeitig den Effekt, dass ein aktuelles Berufsregister entstehen könnte, mit dessen Hilfe sich eine Gesundheitsberichterstattung mit realistischen Zahlen aufbauen ließe.

### **§ 135 Verpflichtung zur Qualitätssicherung**

Wir halten die Konkretisierung und ausdrückliche Verpflichtung der beteiligten Institutionen, sich an einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen, für nützlich und sinnvoll (Abs. 2, Satz 1, Nr. 1).

### **§ 137 Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern**

Die neue Formulierung macht es möglich, die bestehenden Strukturen des externen, vergleichenden Qualitätsmanagements auch weiterhin zu nutzen. Dies wird im Sinne der Sache seitens der ADS begrüßt.

### **§ 139a Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen**

Die unmittelbare Abhängigkeit des geplanten Instituts von den am gemeinsamen Bundesausschuss beteiligten Vertragspartnern birgt die Gefahr, dass berufsgruppen- und disziplinübergreifende Entscheidungen einen einseitigen Schwerpunkt erhalten. Die Beschreibung der Gebiete, auf denen das Institut vorrangig tätig werden soll, verstärkt diesen Eindruck. Unsere diesbezüglichen Bedenken wurden im allgemeinen Teil bereits ausgeführt.

Die ADS empfiehlt dringend, für das Institut eine ähnliche Beteiligungsregelung wie in § 137 vorzusehen, um das breite Spektrum pflegerischer Leistungen bei Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsüberlegungen nicht auszublenden.

### **§ 139c Finanzierung**

Beide vorgestellten Finanzierungsalternativen werden durch Beiträge der Versicherten aufzubringen sein, ob sie nun als Zuschläge oder als Verwaltungskosten berechnet werden.

Da zumindest die Krankenhausleistungen zu einem großen Anteil von der Berufsgruppe der Pflegenden erbracht werden, trägt diese Gruppe implizit in hohem Maße zur Finanzierung des Instituts bei. Dementsprechend sollte sie angemessen an Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsentscheidungen beteiligt werden.

**Die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen e.V. und mit ihr der Deutsche Pflegerat sind gern bereit, zu den einzelnen Vorschlägen das Gespräch mit den Damen und Herren Abgeordneten des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages zu führen.**

Göttingen, 15.09.2003

Ute Herbst  
Vorsitzende





Verband der Arzneimittelimporteure Deutschlands e.V. • Im Holzhaus 5 • D-99863 Merzig

Deutscher Bundestag  
Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Platz der Republik 1

11011 Berlin

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0273(8)  
vom 17.09.03**

**15. Wahlperiode**

Ihre Zeichen	Unsere Zeichen	Telefon/Telefax	Ort / Datum
	ba/es	06867 920-1301 06867 920-1303	Merzig, den 15.09.03

#### **GKV-Modernisierungsgesetz – GMG Zukunft gestalten, statt Krankheit verwalten**

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur Vorbereitung der öffentlichen Anhörung am 22.09.2003 möchten wir noch einmal kurz wie folgt Stellung nehmen:

Unseres Erachtens bestehen erhebliche verfassungs- und europarechtliche Bedenken gegen die beabsichtigten Regelungen, wie sie sich durch die Erhöhung des Herstellerrabattes und die Festlegung eines Mindestpreisabstandes von 15 % oder 15 € für Importarzneimittel auswirken:

#### **1. Zum Inhalt der geplanten Neuregelungen**

Der Gesetzentwurf soll in Abänderung des bestehenden § 129 Abs. 1 S. 1, Nr. 2 SGB V regeln, dass Apotheker zur Abgabe von Importarzneimitteln nur noch verpflichtet sein sollen, wenn der Preisabstand zum „Original“-Präparat mindestens 15 % oder 15 € beträgt.

Zusätzlich wird der Zwangsabschlag des § 130 a Abs. 1 SGB V für pharmazeutische Unternehmen von gegenwärtig 6 % auf 16 % im Jahre 2004 erhöht werden. Dieser Herstellerabschlag gilt auch für die Parallelimporteure, die nach Auffassung des BMGS pharmazeutische Unternehmen im Sinne des § 130 a Abs. 1 SGB V sind.

Verband der Arzneimittelimporteure Deutschlands e.V.  
Im Holzhaus 5  
D-99863 Merzig

Phone: 06861/900-1301  
Fax: 06861/900-1303  
Url: [www.vad-nema.org](http://www.vad-nema.org)

Vorstandsvorsitzender  
Edwin Kohl

Stellvertretender Vorstand  
Jörg Tessner  
Klaus-Wilhelm Gerke

Bankverbindung  
Bank 1 Saar eG  
Konto: 1497300  
BLZ: 59190010

AG Merzig  
Vereinsregister 1178

## 2. Zur Verfassungswidrigkeit der geplanten Neuregelungen

Die geplante Erhöhung des Herstellerabschlages auf 16 % i.V.m. der gesetzlichen Festlegung des Mindestabstandes zwischen Importarzneimittel und „Original“-Präparat verletzt das Grundrecht der Berufsfreiheit (Art. 12 Abs. 1 GG) der Parallelimporteure.

2.1 Die beabsichtigte gesetzliche Festlegung eines Mindestpreisabstandes von 15 % oder 15 € als Voraussetzung für eine Verpflichtung zur Abgabe von Arzneimitteln stellt einen Eingriff in die Berufsfreiheit der Arzneimittelimporteure dar, denn die Anknüpfung der Abgabepflicht an diesen Mindestabstand führt in dem staatlich gelenkten Markt für die Abgabe von Arzneimitteln zu Lasten der GKV faktisch dazu, dass die Parallelimporteure diesen Preisabstand einhalten müssen, um nicht vom Markt gedrängt zu werden.

Die künftige gesetzliche Regelung bestimmt zwar nicht die Aufhebung des Gebotes, preisgünstige Importarzneimittel abzugeben, hat aber durch die Höhe und die gesetzliche Festlegung des Mindestpreisabstandes für jedes Importarzneimittel als Voraussetzung der Abgabepflicht faktisch genau diese Folge, denn der geplante Mindestabstand in Verbindung mit dem 16-prozentigen Herstellerabschlag lässt eine wirtschaftlich sinnvolle Preisgestaltung durch den Arzneimittelimporteur nicht mehr zu. Wirtschaftlich sinnvoll kann eine Preisgestaltung nur sein, wenn diese ermöglicht, den unterschiedlichen Preisabständen beim Einkauf der Parallelimporteure auch bei der Festlegung der Abgabepreise Rechnung zu tragen.

Soweit der Preisunterschied des jeweiligen Arzneimittels in den Mitgliedsstaaten der EU zu dem Herstellerabgabepreis in Deutschland die Einhaltung des 15-prozentigen Preisabstandes oder 15 € und des 16-prozentigen Herstellerabschlages wirtschaftlich nicht mehr ermöglichen, werden die entsprechenden Importarzneimittel nicht mehr angeboten werden können, da ein geringerer Preisabschlag keine Abgabeverpflichtung zur Folge hat. Dadurch wird ein großer Teil der Parallelimporteure in ihrer wirtschaftlichen Existenz bedroht bzw. vom Markt der Anbieter von Arzneimitteln zur Versorgung der Versicherten der GKV verdrängt. Dass dies ein marktpolitisch und auch im Sinne der geforderten Entlastung der Krankenkassen von übermäßigen Arzneimittelausgaben ersichtlich nicht wünschenswertes Ziel ist, ist offenkundig. Verfassungsrechtlich ist die Maßnahme deshalb nicht zu rechtfertigen.

Wird eine Gruppe von Anbietern in nennenswertem Umfang vom Markt verdrängt bzw. in ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigt, so muss davon ausgegangen werden, dass der Gesetzgeber unmittelbar in grundrechtlich geschützte Rechtspositionen der Betroffenen eingreift, auch wenn es sich nicht um einen klassischen gesetzgeberischen Eingriff in ein Grundrecht handelt. Der Grundrechtsschutz ist nicht auf klassische Eingriffe beschränkt, sondern erfasst unbestritten auch Fälle faktischer oder mittelbarer Beeinträchtigungen (Sachs in Sachs Grundgesetz 3. Aufl. 2003, vor Art. 1, Rn. 83). Die beabsichtigte Festlegung eines Mindestabstandes von 15 % stellt daher eine mittelbare Vergütungsregelung dar, die in die Freiheit der Berufsausübung der Arzneimittelimporteure eingreift.

2.2 Dieser Eingriff in die Freiheit der Berufsausübung der Arzneimittelimporteure ist vorliegend nicht mit Art. 12 Abs. 1 GG vereinbar, da er nicht durch hinreichende Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt ist. Zwar stellt die Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung eine Gemeinwohlaufgabe dar, jede Eingriffsmaßnahme steht aber unter dem Gebot der Verhältnismäßigkeit, d.h. der Eingriff muss geeignet und erforderlich sein und darf nicht unzumutbar und übermäßig belasten (so BVerfG vom 01.09.1999, AZ: 1 BvR 264/95, zu Art. 30 Abs. 1 des

Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21.12.1992). Die Einführung des gesetzlichen Mindestabstandes für Importarzneimittel als Voraussetzung für die Abgabepflicht ist in Verbindung mit der Erstreckung des 16-prozentigen Herstellerabschlages auf die Parallelimporteure nicht geeignet, die finanzielle Stabilität der GKV zu sichern bzw. wiederherzustellen. Unabhängig davon, ist es bereits äußerst zweifelhaft, ob diese Regelung überhaupt dieses Ziel verfolgt und nicht vielmehr gerade dazu genutzt werden soll, die Parallelimporteure vom Markt zu verdrängen. Die Festsetzung des geplanten Mindestpreisabstandes als gesetzliche Voraussetzung für die Abgabepflicht der Apotheken führt aufgrund der Besonderheiten des vom Gesetzgeber geregelten Preissystems aber dazu, dass Importarzneimittel, deren Preisabstand zu den vom Hersteller angebotenen Präparat weniger als 15 % oder 15 € beträgt, nicht mehr bzw. nur in Ausnahmefällen zu Lasten der GKV abgegeben werden. Dies wird dazu führen, dass der Anteil der Importarzneimittel am Arzneimittelumsatz zu Lasten der GKV von ca. 6,5 % im Jahre 2002 bzw. mindestens 7 % im Jahre 2003 wieder zurückgehen wird auf den Anteil von ca. 2,5 % oder weniger vor Einführung des § 129 Abs. 1 S. 1, Nr. 2 SGB V und der Importabgabequote.

Die Regelung wirkt daher im Hinblick auf das behauptete Ziel der Sicherung bzw. Wiederherstellung der finanziellen Stabilität der GKV kontraproduktiv und ungeeignet. Die Regelung wird eher dazu führen, die Einsparungen durch Abgabe von Importarzneimitteln zu verringern, denn anstelle der preiswerten Importarzneimittel werden ohne Abgabeverpflichtung wieder die teuren Referenzarzneimittel abgegeben.

Die geplanten Regelungen werden vielmehr dazu führen, dass eine nennenswerte Anzahl von Importarzneimitteln vom Markt der Versorgung der Versicherten der GKV verdrängt werden wird, mit der Konsequenz einer entsprechenden Verdrängung der Arzneimittelimporteure. Die geplante Neuregelung hat somit erhebliche nachteilige Wirkungen für die GKV im Hinblick darauf, dass die Gesamteinsparungen der GKV durch die Abgabe importierter Arzneimittel im Jahre 2002 einen Betrag von ca. 200 Mio. Euro erreicht hat. Wird demgemäß die Abgabequote der Importarzneimittel von 7 % auf ca. 2,5 % reduziert, reduzieren sich auch die Einsparungen der GKV entsprechend.

Neben der Geeignetheit der geplanten gesetzlichen Regelungen fehlt es auch an ihrer Erforderlichkeit. Die bisherige Regelung in § 129 Abs. 1 S. 1, Nr. 2 SGB V, die eine Verpflichtung zur Abgabe von preisgünstigen Importarzneimitteln nach Maßgabe der entsprechenden Rahmenvereinbarungen vorsieht, überlässt die Festlegung der preisgünstigen Arzneimittel im Sinne der gesetzlichen Regelung den Spitzenverbänden des § 129 SGB V. Dies ermöglicht eine Berücksichtigung der individuellen Besonderheiten der Preisgestaltung, die durch die geplante gesetzliche Festlegung eines pauschalen Mindestabstandes für alle Importarzneimittel ersichtlich erschwert wird. Die bisherige gesetzliche Regelung hat das Ziel der Entlastung der GKV erreicht; weitere Einsparungen können unter Beibehaltung der bisherigen Regelungen durch die Anpassung der Rahmenvereinbarung und insbesondere durch die Festlegung der Importquote in den Rahmenvereinbarungen erzielt werden. Es ist also nicht ersichtlich, inwieweit die geplante Regelung erforderlich sein sollte.

Darüber hinaus ist sie gegenüber den Arzneimittelimporteuren auch übermäßig belastend und unzumutbar. Die Arzneimittelimporteure werden dem Herstellerabschlag des § 130 a SGB V von 16 % ab dem 01.01.2004 ebenso unterworfen wie die Hersteller, obwohl die Arzneimittelimporteure nur im Sinne des Arzneimittelrechtes Hersteller sind. Weiterhin ist zu bedenken, dass der geforderte Mindestpreisabstand faktisch in

die Preisfestsetzungshoheit der Parallelimporteure eingreift. Wollen diese Zugang zum Markt im bisherigen Umfang erreichen, dann müssen sie die Voraussetzungen der Abgabepflicht erfüllen. Anders als die übrigen Marktteilnehmer sind sie damit, ohne dass sich hierfür eine sachliche Rechtfertigung finden ließe, einem doppelten Druck ausgesetzt.

Die Kombination von Herstellerabschlag und Mindestpreisabstand ist daher für die Arzneimittelimporteure übermäßig belastend und kann auch nicht durch das Ziel der Sicherung der Leistungsfähigkeit der GKV gerechtfertigt werden, da die wirtschaftliche Vernichtung der Existenz einer Vielzahl von Arzneimittelimporteuren das Verschwinden von preisgünstigen Arzneimitteln vom Markt zur Folge haben wird. Im Ergebnis verstößt daher die geplante gesetzliche Einführung des 15-prozentigen Preisabschlages sowie des 16-prozentigen Herstellerabschlages gegen das Grundrecht der Berufsfreiheit der Arzneimittelimporteure.

### 3. Zum Verstoß gegen Art. 28, 30 EGV

Die geplante Änderung des § 129 Abs. 1 S. 1, Nr. 2 SGB V verstößt auch gegen das Verbot von den innergemeinschaftlichen Handel beschränkenden Maßnahmen der Art. 28 bis 30 EGV.

Die beabsichtigte Festsetzung eines Mindestpreisabstandes von 15 % oder 15 € als Voraussetzung für die Verpflichtung zur Abgabe von Importarzneimitteln stellt eine staatliche Maßnahme im Sinne des Art. 28 EGV dar, die geeignet ist, den innergemeinschaftlichen Handel mittelbar zu behindern. Soweit für parallelimportierte Arzneimittel ein Mindestabstand als Voraussetzung für die Abgabepflicht eingeführt wird, werden die parallelimportierten Arzneimittel diskriminiert im Vergleich zu den vom Hersteller direktimportierten Arzneimitteln. Die geplante Festsetzung des Mindestpreisabstandes betrifft nämlich nur parallelimportierte, nicht aber direkt vom Hersteller importierte Arzneimittel. Da die Parallelimporteure, als pharmazeutische Unternehmen, ebenso wie die Hersteller bzw. Direktimporteure sämtlichen Anforderungen des Arzneimittelgesetzes im Hinblick auf die Arzneimittelsicherheit, insbesondere im Hinblick auf die Kennzeichnungspflicht und die Handhabung der Verpackungen unterworfen sind, ist es nicht gerechtfertigt, einen differenzierungslosen Preisabschlag von 15 % oder 15 € als Voraussetzung für eine Abgabepflicht zu Lasten der GKV festzulegen.

Die EU-Kommission hat bereits im Jahre 2001 die vergleichbare Praxis des schwedischen Reichsversicherungsamtes, wonach parallelimportierte Arzneimittel als Voraussetzung für den Kostenersatz mindestens 10 % billiger sein müssen als Originalpräparate für nicht vereinbar mit Art. 28, 30 EGV gehalten. Die EU-Kommission hat insoweit ausgeführt, dass Schweden ein die Parallelimporteure diskriminierendes Kostenersatzsystem aufrechterhält, bei dem die Produkte der Parallelimporteure weit niedriger entschädigt werden als direkt importierte Arzneimittel, ohne dass die Preisunterschiede gerechtfertigt oder verhältnismäßig sind. Insbesondere hat die EU-Kommission bemängelt, dass eine pauschale Differenz von 10 % festgesetzt wurde, ohne dass berücksichtigt wurde, dass diese Spanne insbesondere im Hinblick auf die unterschiedlichen Kosten der Handhabung der parallelimportierten Arzneimittel nicht immer gleich sein kann.

Auch wenn die geplante Änderung des § 129 Abs. 1 S. 1, Nr. 2 SGB V im Unterschied zu der Praxis des schwedischen Reichsversicherungsamtes die Kostenerstattung für parallelimportierte Arzneimittel, die mit einem geringeren Preisabstand als 15 % oder 15 € zu Lasten der GKV abgegeben werden, nicht ausschließen dürfte, liegt dennoch eine den inner-



gemeinschaftlichen Handel behindernde Maßnahme vor. Maßnahmen gleicher Wirkung im Sinne des Art. 28 EGV sind alle Handelsregelungen der Mitgliedsstaaten, die geeignet sind, den innergemeinschaftlichen Handel mittelbar oder unmittelbar, tatsächlich oder potentiell zu verhindern. Eine solche mittelbare Behinderung des innergemeinschaftlichen Handels stellt die geplante gesetzliche Regelung dar. Wie bereits oben ausgeführt, wird die Einführung des Mindestpreisabstandes von 15 % oder 15 € dazu führen, dass die Abgabe von parallelimportierten Arzneimitteln zu Lasten der GKV voraussichtlich auf den Anteil zurückgehen wird, den die parallelimportierten Arzneimittel am Gesamtarzneimittelumsatz zu Lasten der GKV vor Einführung des § 129 Abs. 1 S. 1, Nr. 2 SGB V hatten. Damit verbunden ist eine diskriminierende Wirkung auf den innergemeinschaftlichen Handel mit Arzneimitteln. Direkt importierte Arzneimittel werden anders als parallelimportierte keiner vergleichbaren Regelung unterworfen, so dass eine Regelung vorliegt, die nicht für alle betroffenen Arzneimittelimporteure gleichermaßen gilt.

Da die beabsichtigte Regelung weder geeignet noch erforderlich ist, um die finanzielle Leistungsfähigkeit der GKV zu erhalten, muss davon ausgegangen werden, dass der Grund für diese diskriminierende Regelung der Versuch ist, die Parallelimporteure zu Gunsten der pharmazeutischen Hersteller vom Markt zu verdrängen.

Dies bedeutet eine Beeinträchtigung des innergemeinschaftlichen Handels mit Arzneimitteln, die gegen Art. 28, 30 EGV verstößt.

#### 4. Ergebnis und Vorschlag

Im Ergebnis ist daher die gesetzliche Festlegung eines Mindestpreisabstandes von 15 % oder 15 € als Voraussetzung für die Verpflichtung zur Abgabe von parallelimportierten Arzneimitteln verfassungswidrig wegen Verstoßes gegen Art. 12 Abs. 1 GG und verstößt außerdem gegen die Art. 28, 30 EGV.

Wir widersprechen dieser Neuregelung auf das Entschiedenste. Sollte sie Realität werden, wäre der weit überwiegende Anteil der in Deutschland tätigen Importeure gezwungen, ihr Geschäft zu schließen und mehr als 3.000 Arbeitsplätze würden entfallen. Unseres Erachtens ist diese Maßnahme durch nichts mehr erklärbar, es sei denn, sie diene als Bonbon, um die multinationalen Pharmakonzerne gnädig zu stimmen und in gewissem Umfang einen Ausgleich für die Erhöhung des Herstellerrabattes zu schaffen.

Die Arzneimittelimporteure haben in den letzten Jahren in hohem Maße zu Einsparungen in der Arzneimittelversorgung beigetragen. Im Jahre 2002 konnten die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung so um 194 Millionen Euro gesenkt werden. Die Krankenkassen selbst gehen sogar von einem Einsparpotenzial von 388 Millionen Euro aus. Dabei muss besonders herausgestellt werden, dass die Re- und Parallelimporte eine der ganz wenigen marktkonformen Einsparinstrumente darstellen.

Unseres Erachtens ist jede gesetzliche Preisabstandsklausel für die GKV und ihre Versicherten kontraproduktiv, denn für diese bedeuten bereits die geringsten Preisabstände eine Einsparung – die doch auf jeden Fall besser ist als gar keine Einsparung. In der Vergangenheit haben die Importeure einen durchschnittlichen Preisabstand von 10 % realisieren können. Hierbei ist allerdings anzumerken, dass es sich um einen durchschnittlichen Preisabstand handelt, d.h. es befinden sich in der Bundesrepublik Deutschland auf dem Markt sowohl Arzneimittel, die einen höheren Preisabstand beinhalten, als auch Arzneimittel, die einen niedrigeren Preisabstand beinhalten. Diese

Möglichkeit entfällt bei der Festsetzung eines Mindestpreisabstandes von 15 %, denn Einkaufspreise, die einen garantierten Preisabstand von 15 % plus den massiv erhöhten Zwangsrabatt von 16 % plus die Kosten von Transport und Umverpackung auffangen können, sind in den Bezugsmärkten nicht mehr realisierbar. Die Branche der Importeure würde in Deutschland schließen müssen.

Wir schlagen statt dessen vor, nach holländischem Vorbild die Preisersparnis nach einem festzulegenden Schlüssel zwischen Krankenkassen einerseits und den Apotheken andererseits aufzuteilen. Vorstellbar wäre beispielsweise, 20% der Ersparnis den Apotheken und 80% der Ersparnis den Krankenkassen zukommen zu lassen. Eine solche Vorgehensweise hätte außerdem zur Folge, dass die Apotheken ein eigenes Interesse hätten, den Importeur zu bevorzugen, der bei einem gegebenen Präparat den maximalen Preisabstand bietet. Somit würde auch jedwede Preisabstandsklausel überflüssig, da Marktmechanismen greifen würden.

Sollte aufgrund des fortgeschrittenen Stadiums der Beratungen des Gesetzgebungsverfahrens eine solche strukturelle Veränderung in das Gesetzgebungsverfahren zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht mehr einbringbar sein, so schlagen wir vor, den geplanten Mindestpreisabstand von 15 % oder 15 € auf 10 % oder 10 € abzusenken. Mit einer solchen Regelung würde zwar ebenfalls in die Position und die Rechte der Arzneimittelimporteure eingegriffen werden, nach ersten Berechnungen muss allerdings davon ausgegangen werden, dass mit einer solchen Regelung, jedenfalls die Chance besteht, dass die am Markt tätigen Importeure ihre Tätigkeit fortsetzen und damit einerseits zum Wettbewerb und andererseits zur Realisierung von weiteren Einsparpotentialen bei der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen können.

Mit freundlichen Grüßen  
Verein der Arzneimittelimporteure Deutschland e.V.



Jörg Geller  
Mitglied des Vorstandes



Thilo Bauroth  
Mitglied des Vorstandes

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0273(9)  
vom 17.09.03  
  
15. Wahlperiode**

## **Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz)**

Wir beziehen uns auf unsere Stellungnahme vom 20.6.2003 soweit in diesem Entwurf Regelungen enthalten sind, die bereits im Entwurf vom 16.6.2003 enthalten waren.

An dieser Stelle wird ausschließlich nur zu neuen Regelungen Stellung genommen.

### **1. Zahnersatz**

Die Regelungen zum Zahnersatz sind weiter hinter den Plänen der Fraktionen zurückgeblieben, einen fairen Wettbewerb zwischen PKV und GKV zu ermöglichen.

Die jetzt gefundene Regelung ist eine Scheinausgliederung, die den Zahnersatz im Grundsatz bei der GKV belässt. Die PKV wird nicht umhin kommen, risikogerechte Tarife mit Risikoprüfungen und vom Eintrittsalter abhängige Beiträge anzubieten.

Völlig unbefriedigend ist aber die Regelung, dass gesetzliche Krankenkassen bestätigen sollen, ob ein PKV-Tarif den gesetzlichen Mindestanforderungen zur Befreiung von der Versicherungspflicht in der GKV genügt. Ein Angebot von der Zustimmung den Wettbewerb abhängig zu machen, widerspricht allen Grundsätzen eines fairen Wettbewerbs. Wir fordern deshalb dringend, dass die Genehmigung eines Tarifs durch eine neutrale Stelle erfolgt.

Eine Befreiung sollte deshalb erfolgen, wenn der Versicherte eine Bescheinigung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht vorlegt, dass der jeweilige Tarif des Unternehmens den rechtlichen Voraussetzungen des SGB V genügt.

In § 58 Abs. 2 wird folgender Satz 2 hinzugefügt:

„Die Krankenkasse stellt die Befreiung aus, wenn ihr das Mitglied eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorlegt, dass die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, die in Satz 1 genannten Voraussetzungen hat.“

## **2. Kooperation zwischen GKV und PKV**

Die Ermächtigungsgrundlage für Kooperationen zwischen GKV und PKV (§ 194 SGB V in Artikel 1 Nr. 136) wird aufgrund des Wettbewerbs- und Kartellrechts, dem die Krankenkassen bei Kooperationen mit privaten Versicherungsunternehmen unterliegen, ins Leere laufen. Durch Rahmenverträge nur mit einzelnen Versicherern, die z.B. durch für die Versicherten günstige Gruppenversicherungsverträge, verkürzte Vertriebswege und Erleichterung bei der Beitragsentrichtung konkretisiert werden, verstoßen die Krankenkassen und die kooperierenden PKV-Unternehmen gegen § 1 UWG und § 1 GWB. Der Wettbewerb zwischen Krankenkassen und der zwischen privaten Zusatzversicherungen wird nur dann nicht beeinträchtigt, wenn die Krankenkassen allen PKV-Unternehmen die Möglichkeit geben, Angebote zu machen und ihre Mitglieder auch auf alle eingegangenen Angebote aufmerksam machen. Dieses Modell des kooperativen Wettbewerbs sieht so aus, dass die Krankenkassen für sich individuelle Produkte definieren, die aber alle Krankenversicherungsleistungen beinhalten müssen. Die Krankenkassen schreiben dieses Produkt aus, so dass der Wettbewerb zwischen den privaten Anbietern von Zusatzversicherungen erhalten bleibt. Die privaten Unternehmen können, wenn sie an einem Angebot interessiert sind, dann nach ihren Kalkulationsvorschriften die Produkte entwickeln. Dabei sollen für die Mitglieder einer Krankenkasse mindestens drei Privatversicherer zur Auswahl stehen. Das Mitglied wird von der Krankenkasse auf alle vorliegenden Angebote aufmerksam gemacht und wählt ohne Beratung durch die Krankenkasse einen Versicherer aus. Bei einem Wechsel der Krankenkasse muss das Mitglied die Zusatzversicherung mitnehmen müssen. Außerdem kann ein Mitglied den gewünschten Schutz auch frei auf dem Markt wählen.

Die PKV schlägt daher folgende Änderung vor:

Artikel 1 Nr. 136:

In § 194 wird nach Absatz 1 folgender Absatz 1 a eingefügt:

„Die Satzung kann eine Bestimmung enthalten, nach der die Krankenkasse Leistungen, die der Art nach Leistungen der Krankenversicherung und die keine Leistungen dieses Gesetzes sind, ausschreibt und ihre Mitglieder, sofern mindestens 3 Angebote vorliegen, auf die auf die Ausschreibung erfolgenden Angebote aufmerksam macht.“



### **3. Öffnung von BKKs privater Lebens- und Krankenversicherungsunternehmen**

Die PKV begrüßt die gegenüber dem Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz veränderte Regelung des § 173 Abs. 2 Sätze 3 bis 5 SGB V durch Artikel 1 Nr. 133 zugunsten des Bestandsschutzes bereits geöffneter und fusionierter Betriebskrankenkassen. Die durch die Vorschrift erwünschte Grenzziehung zwischen PKV und GKV wird im Gesetz durch die Möglichkeit der Kooperation auf dem Gebiet der privaten Zusatzversicherung (siehe oben) allerdings nicht konsequent durchgehalten. Daher ist es folgerichtig, die Regelung, die die Öffnung von BKKs privater Lebens- und Krankenversicherungen für die Zukunft verbietet, wieder aufzuheben.



**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0273(10)  
vom 17.09.03**

**15. Wahlperiode**

## **Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV- Modernisierungsgesetz - GMG) - BT-Drs. 15/1525 v. 08.09.2003 -**

### **1. Vorbemerkung**

Der Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels verkennt nicht, dass auf Grundlage der Konsensgespräche Veränderungen am ursprünglichen Gesetzentwurf der Regierungsfractionen vorgenommen wurden, die einzelne Detailpunkte – auch im Bereich der Arzneimitteldistribution – positiv verändern, wie zum Beispiel die Beschränkung weiterer Abweichungen vom einheitlichen Apothekenabgabepreis für verschreibungspflichtige Arzneimittel. Gleichwohl müssen wir konstatieren, dass die **weit überproportionale Belastung des pharmazeutischen Großhandels durch eine Halbierung seiner gesetzlichen Spanne** entgegen allen Gesprächen unverändert in den Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN übernommen wurde. Wir plädieren daher noch einmal eindringlich dafür, die Arzneimittelpreisverordnung entsprechend unserem bei allen Parteien auf Zustimmung gestoßenen Vorschlag zu modifizieren, und sehen hierfür in der Zusammenschau mit der durch das GMG gleichzeitig erhöhten Apothekenhonorierung nach wie vor einen GKV-Budget-neutralen Spielraum und damit eine realistische Handlungsalternative. Unser Vorschlag bietet zudem gegenüber dem Gesetzentwurf dynamische Einspareffekte im hochpreisigen Bereich.

Wir halten an unserer grundsätzlichen Kritik an der geplanten Freigabe des Versandhandels mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln und an der Aufhebung des Mehrbesitzverbotes fest. Insbesondere ist es nicht gelungen, die stets zugesagten "gleichlangen Spieße", also faire Wettbewerbsbedingungen zwischen alten und neuen Vertriebswegen herzustellen. Besonders eklatante Wettbewerbsverzerrungen wird es außerdem im Verhältnis Krankenhausapotheke / öffentliche Apotheke geben, da durch die Öffnung der ambulanten Versorgung für Krankenhausapotheken bei Beibehaltung der preisrechtlichen Privilegierung der Krankenhausträger zwei verschiedene Preissysteme auf dem gleichen Markt konkurrieren werden. Hier besteht hochgradiger Nachbesserungsbedarf, da die damit installierte

Ungleichbehandlung andernfalls – ebenso wie die systemwidrige Mehrbesitzfreigabe – verfassungsrechtlich angegriffen werden müsste.

## **2. Halbierung der Spanne ruiniert dynamische Wettbewerbsstruktur des vollsortierten pharmazeutischen Großhandels**

Die im GMG enthaltene Novellierung der AMPPreisV sieht im Vergleich zu 2002 eine mehr als 50%ige Reduzierung der Großhandelsspanne vor. Nach Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung soll damit das gesamte bisher den Apotheken gewährte Rabattvolumen abgeschöpft werden. **Diese willkürliche Halbierung der Großhandelsspanne verdoppelt die Belastungen des Beitragssatzsicherungsgesetzes, würgt den Wettbewerb unter den Großhandlungen ab und ist von den vollsortierten pharmazeutischen Großhandlungen nicht zu verkraften.**

Die pauschale Halbierung der Höchstspannen lässt unberücksichtigt, dass die PHAGRO-Mitgliedsfirmen sehr unterschiedliche Kosten- und Rabattstrukturen aufweisen. Insbesondere die überwiegend in der Fläche tätigen pharmazeutische Großhandlungen haben höhere Transportkosten und gewähren demzufolge geringere Rabatte an Apotheken. **Durch die pauschale Spannenhalbierung würde damit die flächendeckende Arzneimittelversorgung besonders getroffen.** Die Annahme eines durchschnittlichen Rabatts zur Festsetzung der abzuschöpfenden Spanne - wie im GMG-Entwurf - entspricht nicht der wirtschaftlichen Realität und führt daher zu einem Kahlschlag bei den Großhandlungen. Ordnungspolitisch abzulehnende negative Auswirkungen auf die Wettbewerbsstruktur bis hin zu oligopolistischen oder monopolistischen Strukturen wären die unausweichliche Folge einer solchen maßlosen Spannenkürzung.

Der Bundesverband PHAGRO appelliert daher dringend an die Mitglieder des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung des Deutschen Bundestages, statt der vorgesehenen Novellierung der Arzneimittelpreisverordnung **den vom Bundesverband PHAGRO erarbeiteten Vorschlag einer überarbeiteten Großhandelsspanne mit einem Einsparvolumen von 724 Mio. € bereits im ersten Jahr** zu übernehmen. Nur so wird dem Großhandel der erforderliche Spielraum für den zur Förderung eines rationellen Bestellverhaltens der Apotheken notwendigen Rabatt, für die Aufrechterhaltung effizienter Wettbewerbsstrukturen und für die Erhaltung seiner betriebswirtschaftlichen Rentabilität eingeräumt. Zudem eröffnet der PHAGRO-Vorschlag mit seiner über den GMG-Entwurf hinausgehenden Kappung der Zuschläge im hochpreisigen Bereich (bei Erhalt der Aufschläge gemäß unserem Vorschlag im niedrigpreisigen Bereich) **dynamische Einsparpotenziale über das Jahr 2004 hinaus, weil das Segment der innovativen hochpreisigen GKV-Arzneimittel ständig zunimmt.** Ordnungspolitisch sollte im Rahmen der Novellierung eine Vorschrift in die Arzneimittelpreisverordnung aufgenommen werden, wonach der öffentlich gelistete Herstellerabgabepreis vom Hersteller nicht unterschritten werden darf. Damit würde auf Herstellerebene ein deutlich größerer Spielraum für die mit dem Reformgesetz angestrebten Preissenkungen eröffnet.

Sollte der Ausschuss diesen Argumenten nicht folgen wollen, sind zumindest flankierende Maßnahmen notwendig, um überhaupt noch die Funktion des vollsortierten Pharma-Großhandels sicherstellen zu können. Der Bundesverband PHAGRO fordert für den Fall der strikt abzulehnenden Halbierung seiner Spanne hilfsweise ein Rabattverbot für alle apothekenpflichtigen Arzneimittel (auch für OTC,

um Kopplungsgeschäfte zu vermeiden) gültig für jede der Apotheke vorgelagerte Stufe (Großhandel, direkt liefernde Hersteller, Sortimentshändler usw.). Damit wird Wettbewerbsgleichheit insbesondere zwischen vollsortiertem Pharma-Großhandel einerseits und direkt liefernden Herstellern sowie Teilsortimentern (Marktanteil insgesamt mindestens 15 %) andererseits gewährleistet. Der durch permanente Unterschreitung des Herstellerabgabepreises entstandene Zwischenhandel mit der potenziellen Gefahr der Einschleusung von Arzneimittelfälschungen wird verhindert. Der Rabattwettbewerb durch Bar- und Naturalrabatte aller denkbaren Anbieter zu Gunsten der Apotheken wird von einem Preiswettbewerb (der Hersteller) mit daraus resultierend niedrigeren Endverbraucherpreisen abgelöst. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass dieses vom PHAGRO hilfsweise geforderte Rabattverbot nicht als Kompensation der um 50 % reduzierten Großhandelsspanne bewertet werden darf, sondern nur die ultima ratio im Falle einer solchen Reduzierung sein muss.

### 3. Ambulante Versorgung durch Krankenhausapotheken

PHAGRO-Forderung zu Artikel 1 Nr. 93:

In § 129 a Satz 1 SGB V werden folgende Worte gestrichen:

", insbesondere die Höhe des für den Versicherten maßgeblichen Abgabepreises"

PHAGRO-Forderung zu Artikel 24:

§ 1 Abs. 3 Nr. 1 Arzneimittelpreisverordnung wird wie folgt gefasst:

Ausgenommen sind die Preisspannen und Preise der Apotheken, wenn es sich um eine Abgabe handelt  
1. durch Krankenhausapotheken an Personen, die in das Krankenhaus stationär oder teilstationär aufgenommen worden sind,

#### Begründung:

Nach Wegfall der bisher in § 129 Abs. 5a SGB V vorgesehenen Möglichkeit für öffentliche Apotheken, im Rahmen der integrierten Versorgung von der Arzneimittelpreisverordnung abweichende Vereinbarungen zu treffen, würde die Beibehaltung der preisrechtlichen Privilegierung der Krankenhausapotheken auch für den ihnen neu eröffneten ambulanten Bereich zu eklatanten Wettbewerbsverzerrungen führen. Faktisch würde den Krankenhausapotheken damit ein Monopol für die Arzneimittelversorgung im Rahmen der integrierten Versorgung verliehen.

Statt der bisherigen institutionellen Abgrenzung des Anwendungsbereichs der Arzneimittelpreisverordnung ist es im Sinne fairer Wettbewerbsbedingungen erforderlich, die funktionalen Versorgungsbereiche voneinander abzugrenzen. Tritt die Krankenhausapotheke in den direkten Wettbewerb mit der öffentlichen Apotheke, würde eine Freigabe von Preisvereinbarungen für die Krankenhausapotheke die bestehenden Wettbewerbsverzerrungen unzumutbar zu Lasten der öffentlichen Apotheken verschieben. Stattdessen sind ambulante Arzneimittelabgaben der

Krankenhäuser den gleichen Spannenregelungen zu unterwerfen, wie die der öffentlichen Apotheken.

Im Übrigen sind die unterschiedlichen Wettbewerbsbedingungen eindrucksvoll in der amtlichen Begründung zum ursprünglichen GMG-Entwurf (BT-Drs. 15/1170) dargelegt. Dort heißt es auf Seite 355:

Öffentliche Apotheken haben "im Gegensatz zu den Krankenhausapotheken in der Regel eine stärkere Steuerbelastung (Umsatzsteuer) sowie eine stärkere wirtschaftliche Belastung durch Betriebs-, Personal- und Investitionskosten (...), die alleine durch Einkünfte aus dem Verkauf von Arzneimitteln gedeckt werden müssen. Diese Kosten werden im Krankenhausbereich meist durch Mischkalkulation des gesamten Krankenhausbetriebes oder des Betreibers des Krankenhauses, der in der Regel die öffentliche Hand ist, getragen oder entfallen, wie zum Beispiel die Zahlung der Umsatzsteuer. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass die Arzneimittelindustrie ihre Preiskalkulationen für Arzneimittel, die ursprünglich zur Anwendung im Krankenhaus vorgesehen sind und nun verstärkt auch im ambulanten Bereich eingesetzt werden sollen, in Richtung Preiserhöhung ändern werden, wodurch auf die Krankenhäuser erhöhte Arzneimittelkosten zu kommen können."

Diese Argumentation würde nach Wegfall der bisher in § 129 Abs. 5a SGB V vorgesehenen Möglichkeit für öffentliche Apotheken, im Rahmen der integrierten Versorgung von der Arzneimittelpreisverordnung abweichende Vereinbarungen zu treffen, weiter verschärft, und belegt daher zusätzlich die Erforderlichkeit der vorgeschlagenen Änderungen.

#### 4. Versandhandel

Der GMG-Entwurf hält sich nicht an die von allen Parteien proklamierte Voraussetzung, wonach **vor Freigabe** des grenzüberschreitenden Versandhandels an den Endverbraucher die erforderlichen Anforderungen an Verbraucherschutz und Arzneimittelsicherheit auf europäischer Ebene verankert sein müssen und versucht statt dessen, den Versand aus EU-Mitgliedsstaaten an deutsche Versicherte durch Regelungen des deutschen Arzneimittel-, Apotheken- und Sozialrechts zu regulieren. Damit werden die deutschen Anforderungen an die Arzneimittelabgabe entgegen dem Gebot der Subsidiarität dem nivellierenden Maßstab des Gemeinschaftsrechts unterworfen. Selbst die im GMG vorgesehenen Klauseln erlegen dem grenzüberschreitenden Versandhandel nur einem Bruchteil der Anforderungen auf, die das deutsche Recht den deutschen Apotheken derzeit abverlangt. Will man die in den Eckpunkten proklamierten fairen Wettbewerbsbedingungen herstellen, ohne die deutschen Anforderungen von vornherein zur Disposition zu stellen, sind zumindest folgende Änderungen erforderlich:

#### 4.1 § 13 Abs. 5a SGB V

PHAGRO-Forderung zu Artikel 1 Nr. 4b:

In § 13 Abs. 4 SGB V wird folgender neuer Absatz 5a eingefügt:

(5a) Abweichend von Absatz 4 dürfen Kosten für Arzneimittel, die aus anderen Staaten im Geltungsbereich des EG-Vertrages bezogen wurden, nur erstattet werden, wenn

1. das Arzneimittel in Deutschland verkehrsfähig ist,
2. das Arzneimittel durch einen Arzt verordnet wurde,
3. die Lieferung durch eine nach § 11a des Apothekengesetzes zugelassene Apotheke erfolgt,
4. die Zuzahlung nach § 31 erhoben wird und
5. die Preisvorschriften des Arzneimittelgesetzes eingehalten werden

#### Begründung:

Art. 1 Nr. 1 GMG-Entwurf sieht vor, dass durch einen neuen **§ 13 Abs. 4 SGB V** Versicherte generell berechtigt werden, Leistungserbringer in anderen EU-Mitgliedsstaaten im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen. Eine Genehmigungspflicht ist nach dem neuen Absatz 5 nur noch für Krankenhausleistungen vorgesehen. **Damit wird die Abgabe von Arzneimitteln an den Endverbraucher der ambulanten ärztlichen Versorgung gleich gestellt.** Ausreichend für die Zulässigkeit eines Bezugs von Arzneimitteln aus einer Apotheke in einem anderen Mitgliedstaat wäre demnach, dass dort die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Apothekerberufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt.

Dies ist im Hinblick auf die Arzneimittelversorgung nicht ausreichend und nicht sachgerecht, da die Argumente des Europäischen Gerichtshofs für den Wegfall einer Genehmigungspflicht bei der ambulanten ärztlichen Versorgung auf die Arzneimittelversorgung nicht zutreffen:

Im Unterschied zur ärztlichen Versorgung schreibt das Gemeinschaftsrecht für Arzneimittel vor, dass diese in dem Mitgliedstaat, in dem sie in Verkehr gebracht werden, d.h. insbesondere im Staat, in dem sich der Empfänger des Arzneimittels aufhält, **verkehrsfähig** sein müssen (Art. 6 Abs. 1 des Gemeinschaftskodexes für Humanarzneimittel, Richtlinie 2001/83/EG vom 6. November 2001). Beim Bezug im Wege des Versandes oder des elektronischen Handels ist **nicht gewährleistet**, dass das versandte Arzneimittel im Empfängerstaat (Deutschland) zugelassen ist und der hier geltenden Gefährdungshaftung unterliegt.

Die negativen Auswirkungen einer unregulierten Freigabe des grenzüberschreitenden Versandhandels auf das Gesamtniveau des Schutzes der öffentlichen Gesundheit, insbesondere die flächendeckende Arzneimittelversorgung mit in Deutschland verkehrsfähigen Arzneimitteln, stellen einen **zwingenden Grund**

**des Allgemeininteresses dar, der nach der Rechtsprechung des EuGH die hier vorgeschlagene nicht diskriminierende Beschränkung der Kostenerstattung von Leistungen aus anderen Mitgliedstaaten rechtfertigen.** Vor dem Hintergrund der bestehenden gesetzlichen und vertraglichen Wirtschaftlichkeitskontrollen der gesetzlichen Krankenkassen gegenüber den deutschen Apotheken lässt die Rechtsprechung des EuGH auch im Hinblick auf das finanzielle Gleichgewicht des Systems der sozialen Sicherheit Gestaltungsspielraum im Sinne der vorgeschlagenen Regelungen.

Die vom EuGH bei der Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen in anderen Mitgliedsstaaten als Argument für die Unerheblichkeit möglicher Beeinträchtigungen der nationalen Gesundheits- und Sozialsysteme ins Feld geführten Barrieren, insbesondere Sprachbarrieren, räumliche Entfernung, Kosten eines Auslandsaufenthalts und Mangel an Informationen über die Art der im Ausland geleisteten Versorgung, **treffen auf den Arzneimittelversand nicht zu und sind daher nicht zur Relativierung der Rechtfertigungsgründe für eine Einschränkung der Kostenerstattung geeignet.** Dies gilt erst recht für die Aussage des EuGH: "Außerdem erfolgt die Versorgung im Allgemeinen in der Nähe des Wohnortes des Patienten in einer kulturellen Umgebung, die ihm vertraut ist und es ihm erlaubt, ein Vertrauensverhältnis zum behandelnden Arzt aufzubauen. Abgesehen von Notfällen begeben sich die Patienten vor allem in den Grenzgebieten oder zur Behandlung spezieller Erkrankungen ins Ausland." (EuGH, Rs. C-385/99 Müller-Fauré und van Rieth, RN 95, 96) Dies trifft auf den grenzüberschreitenden Arzneimittelversand gerade nicht zu.

Der von uns vorgeschlagene zusätzliche § 13 Abs. 5a SGB V, der die besonderen Voraussetzungen der Kostenerstattung bei grenzüberschreitendem Arzneimittelversand festlegt, ist daher erforderlich und mit dem Gemeinschaftsrecht vereinbar. Die jetzt in der Begründung zur Änderung des § 73 Abs. 1a Arzneimittelgesetz angesprochene Verpflichtung der GKV, die in Deutschland geltenden Anforderungen an den Arzneimittelvertrieb in den Verträgen mit Leistungserbringern im Geltungsbereich des EG-Vertrages gemäß § 140e (neu) SGB V in Verbindung mit der Arzneimittelversorgung zu berücksichtigen, greift zu kurz und ist angesichts der generellen Freigabe der Erstattung nicht geeignet, diese Regelungen zu ersetzen.

#### **4.2 § 31 Abs. 1 Satz 1 SGB V**

PHAGRO-Forderung zu Artikel 1 Nr. 18 a:

§ 31 Abs. 1 Satz 1 SGB V wird wie folgt gefasst:

Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel <u>in Deutschland verkehrsfähig sind und</u> nicht nach § 34 ausgeschlossen sind, und auf Versorgung mit Verbandmitteln, Harn- und Blutteststreifen.
--

### Begründung:

Solange der Versandhandel mit Arzneimitteln verboten war, brauchte die Verkehrsfähigkeit der vom Versorgungsanspruch umfassten Arzneimittel nicht sozialrechtlich geregelt werden, weil die deutschen Leistungserbringer, die öffentlichen Apotheken in Deutschland, strengen arzneimittel- und strafrechtlichen Vorschriften im Hinblick auf das Inverkehrbringen von Fertigarzneimitteln unterliegen. Bei Leistungserbringern aus anderen Mitgliedstaaten kann die Einhaltung der deutschen Vorschriften nicht unterstellt werden, da sich die nationalen Vorschriften insoweit unterscheiden und beim grenzüberschreitenden Versand Abgrenzungsprobleme auftreten können. Die vorgeschlagene Regelung wirkt auch der Gefahr entgegen, dass Versicherte im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung mit Arzneimitteln behandelt werden, die nicht der deutschen Gefährdungshaftung unterliegen.

Die in der Begründung zur Änderung des § 73 Abs. 1a Arzneimittelgesetz angesprochene Verpflichtung der GKV, die in Deutschland geltenden Anforderungen an den Arzneimittelvertrieb in den Verträgen mit Leistungserbringern im Geltungsbereich des EG-Vertrages gemäß § 140e (neu) SGB V zu berücksichtigen, ist angesichts der generellen Freigabe der Erstattung gem. § 13 SGB V nicht geeignet, die hier geforderten Regelungen zu ersetzen.

### **4.3 § 11a Apothekengesetz**

PHAGRO-Forderung zu Artikel 20 Nr. 10:

In § 11a (neu) ApoG sind nach den Worten "dem Inhaber einer Erlaubnis nach § 2" folgende Worte einzufügen:

oder dem Inhaber einer Apotheke in einem anderen Staat im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum

### Begründung:

Bis zu der von der Bundesrepublik angestrebten Etablierung gemeinschaftsrechtlicher Anforderungen an den Arzneimittelversand muss die in § 11a Apothekengesetz vorgesehene Erlaubnispflicht zum Versand von Arzneimitteln an den Endverbraucher auch auf Versandapotheken aus anderen Mitgliedstaaten erstreckt werden, um die Einhaltung der deutschen Vorschriften sicherzustellen. Es reicht nicht aus, die Kontrolle der Einhaltung der deutschen Anforderungen auf die Verträge der gesetzlichen Krankenkassen mit ausländischen Leistungserbringern gem. § 140e SGB V zu verlagern, wie dies die amtliche Begründung zu § 78 Abs. 1a (neu) AMG offenbar tut, da damit die aus der GKV-Erstattung ausgegrenzten Bereiche, insbesondere der große Bereich der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, jeglicher effektiver Kontrolle entzogen wäre.



#### 4.4 § 73 Abs. 1 Nr. 1a AMG

PHAGRO-Forderung zu Artikel 23 Nr. 4a:

Der neue § 73 Abs. 1 Nr. 1a AMG wird wie folgt gefasst:

1a. im Falle des Versandes an den Endverbraucher das Arzneimittel zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt ist und von einer Apotheke eines Mitgliedstaates der Europäischen Union oder anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, welche für den Versandhandel nach dem deutschen Apothekengesetz befugt ist, gemäß den deutschen Vorschriften zum Versandhandel oder zum elektronischen Handel versandt wird oder“

#### Begründung:

Versteht man die Regelung als Vorstufe zur Verankerung entsprechender Bestimmungen auf europäischer Ebene, dann muss sie so präzise gefasst werden, dass bis zu diesem Zeitpunkt die Geltung der deutschen Vorschriften unmissverständlich und ausnahmslos sichergestellt ist. Dies gewährleisten die im GMG-Entwurf enthaltenen Formulierungen nicht, die statt der deutschen Zulassung zum Arzneimittelversand auch eine Befugnis nach nationalem Recht ausreichen lassen, soweit sie "dem deutschen Apothekenrecht in Hinblick auf die Vorschriften zum Versandhandel entspricht", und vom ausländischen Versender nur einen Versand "entsprechend" den deutschen Vorschriften verlangen.

Die in die amtliche Begründung aufgenommene Aussage:

"Somit ist diese Ausrichtung (an den deutschen Anforderungen) in den Verträgen mit Leistungserbringern im Geltungsbereich des EG-Vertrages gemäß § 140e (neu) SGB V in Verbindung mit der Arzneimittelversorgung zu berücksichtigen."

greift zu kurz, da damit die aus der GKV-Erstattung ausgegrenzten Bereiche, insbesondere der große Bereich der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, jeglicher effektiver Kontrolle entzogen wäre.

#### 4.5 § 73 Abs. 2 Nr. 6a AMG

PHAGRO-Forderung: § 73 Abs. 2 Nr. 6a AMG wird wie folgt gefasst:

im Herkunftsland in Verkehr gebracht werden dürfen, ohne gewerbs- oder berufsmäßige Vermittlung und nicht im Wege des Versandes in einer dem üblichen persönlichen Bedarf entsprechenden Menge aus einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum bezogen werden,

Begründung:

Der bisherige § 73 Abs. 2 Nr. 6a AMG ist eine - auch nach der Rechtsprechung des EuGH (Rs. C-320/93 - Ortscheit) - eng auszulegende Ausnahmeregelung von der Zulassungspflicht für Fertigarzneimittel. Würde diese Ausnahme bei genereller Freigabe des Versandhandels unverändert aufrechterhalten, käme dies der Aufgabe der Zulassungspflicht gleich, da eine Unterscheidung legaler und illegaler Arzneimittelsendungen aus anderen Mitgliedstaaten dann faktisch nicht mehr möglich wäre. Gleichzeitig würde dies dazu führen, dass der Versand von in Deutschland nicht zugelassenen Arzneimitteln an deutsche Patienten unter weitaus leichteren Voraussetzungen möglich wäre, als der Versand zugelassener Arzneimittel.

**5. Fremd- und Mehrbesitzverbot**

PHAGRO-Forderung zu Artikel 20:

Art. 20 Nr. 3 und 4 GMG-Entwurf werden gestrichen, Nr. 2 wird wie folgt gefasst:

§ 16 Abs. 1 Apothekengesetz wird wie folgt geändert:

Tritt infolge Fehlens einer Apotheke ein Notstand in der Arzneimittelversorgung ein, so kann die zuständige Behörde dem Inhaber einer nahe gelegenen Apotheke auf Antrag die Erlaubnis zum Betrieb von bis zu drei Zweigapotheken erteilen, wenn dieser die dafür vorgeschriebenen Räume nachweist.

Begründung:

Auch die auf drei Filialapotheken begrenzte Freigabe des Mehrbesitzes erlaubt unter den im Gesetzentwurf vorgesehenen Bedingungen keine verfassungsrechtlich vertretbare Aufrechterhaltung des Fremdbesitzverbotes. Nur wenn **die Eröffnung von Nebenstellen die eng begrenzte Ausnahme bleiben soll, wäre sie nach der bisherigen Rechtfertigung der apothekenrechtlichen Zugangsbeschränkungen akzeptabel.**

Für den Fall, dass die vorgesehene Freigabe des Mehrbesitzes beibehalten wird, bleibt es unverändert bei unseren bereits gegenüber dem ursprünglichen GMG-Entwurf vorgebrachten Bedenken. Die Abkehr vom bisherigen Leitbild des "Apothekers in seiner Apotheke", der die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung durch persönliche Leitung, selbständige und wirtschaftlich unabhängige Inhaberschaft und persönliche Haftung sicherstellt, würde es verfassungsrechtlich nicht mehr begründbar erscheinen lassen, wenn der Fremdbesitz von Apotheken weiterhin verboten bliebe.

Es sind keine Gesichtspunkte in Hinblick auf die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung, den Sorgfaltsmaßstab bei der Arzneimittelversorgung und die wirtschaftliche Unabhängigkeit des Apothekeninhabers erkennbar, die eine Unterscheidung bei der Leitung einer Apotheke durch einen angestellten Apotheker danach rechtfertigen würde, ob die Apotheke im Eigentum eines Apothekers oder einer Kapitalgesellschaft steht. Auch eine auf drei Filialen begrenzte Aufhebung des Mehrbesitzverbotes wird zwangsläufig die Aufhebung des Fremdbesitzes nach sich ziehen.

Frankfurt, 17. September 2003

Prof. Me-di

16. September 2003

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0273(11)  
vom 17.09.03**

**15. Wahlperiode**

## **Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Entwurf eines GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG)**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat in ihrer Stellungnahme vom 29. Juli 2003 die gemeinsamen Eckpunkte der Konsensverhandlungen von CDU/CSU, FDP und SPD trotz bestehender Bedenken gegen einzelne Abstimmungsergebnisse grundsätzlich begrüßt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist dabei davon ausgegangen, dass die bisherigen Arbeitsentwürfe des Bundesgesundheitsministeriums nicht nur überarbeitet, sondern ein auf die Eckpunkte zugeschnittener neuer Gesetzentwurf erstellt wird.

Dies ist leider nicht geschehen. Die unveränderte Grundstruktur der Arbeitsentwürfe des BMGS führt aber dazu, dass

- die in den Eckpunkten versprochene Entbürokratisierung nicht erfolgt, sondern im Gegenteil insbesondere im Prüfwesen eine Überbürokratisierung mit teilweiser Entmündigung der Selbstverwaltung durch Beanstandungsrechte und Ersatzvornahmen bzw. Rechtsverordnungsvorbehalte erfolgt;
- Vorschriften in den BMGS-Arbeitsentwürfen zu Regelungsbereichen beibehalten werden, die in den Eckpunkten gar nicht vorgesehen sind (Beispiel: Neuaufnahme versicherungsfremder Leistungen in Art. 1 Nr. 44 [§ 68 Finanzierung einer persönlichen elektronischen Gesundheitsakte],

Errichtung von Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen ausschließlich für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung und der Krankenkassen in Art. 1 Nr. 60 [§ 81a], Art. 1 Nr. 137 [§ 197a]);

- die im parteiübergreifenden Konsens erreichten Eckpunkte nicht konsequent und wirksam umgesetzt werden (Beispiel: Eckpunkte zur Einführung eines Drei-Säulen-Systems mit einer kollektivvertraglichen Ausrichtung der beiden ersten Säulen [zulassungsgebundene und auftragsbezogene Versorgung] sowie einer einzelvertraglichen Ausrichtung der dritten Säule [Integrationsversorgung]);
- Einführung von Regelungen, die den Eckpunkten ausdrücklich widersprechen (West-Ost-Vergütungsausgleich als Einkommensausgleich unter den Vertragsärzten im Westen und im Osten statt einer Angleichung des finanziellen Versorgungsbedarfs für die vertragsärztliche Versorgung durch Anhebung der Gesamtvergütungen durch die dafür zuständigen Krankenkassen in den neuen Bundesländern).

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung teilt insoweit die in dem Antrag der FDP-Fraktion geäußerte Kritik an der Umsetzung der von ihr mitgetragenen Eckpunkte der Konsensverhandlungen zur Gesundheitsreform durch den jetzigen Gesetzentwurf. Die totale Ablehnung dieses Gesetzentwurfes durch die FDP widerspricht aber nach Auffassung der KBV dem in diesen Bereichen ursprünglich von ihr mitgetragenen Konsens zu den Eckpunkten als einem parteiübergreifend angestrebten politischen Kompromiss zu einer notwendigen Gesundheitsreform.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird sich der in diesem parteiübergreifenden Kompromiss für die vertragsärztliche Versorgung bestehenden Herausforderung eines verstärkten Wettbewerbs im Gesundheitswesen stellen und sich neuen Vertragsstrukturen nicht verweigern, soweit Vertragsärzte dadurch nicht in eine im wohlverstandenen Interesse ihrer Patienten unzumutbare Abhängigkeit von Vertragsabschlüssen mit einzelnen Krankenkassen geraten und gleiche Wettbewerbsbedingungen mit anderen Leistungserbringern gewährleistet werden. In der folgenden Stellungnahme zu Einzelvorschriften enthält sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung deswegen auch einer grundsätzlichen Kritik an Vorschriften, die von ihr wegen zu erwartender negativer Auswirkungen auf die vertragsärztliche Versorgung nicht mitgetragen,

jedoch als Umsetzung der konsensualen Eckpunkte in dem damit erreichten politischen Kompromiss nicht mehr zur Disposition stehen. Die nachfolgende Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu Einzelvorschriften beschränkt sich vielmehr auf aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestehende Widersprüche zu den politischen Eckpunkten und auf Einzelvorschriften, die in der vorgesehenen Formulierung konkrete Anwendungsprobleme aufwerfen:

1. Art.1 Nr. 34. § 43b (Praxisgebühr) sollte wie folgt geändert werden:

*"(2) Zuzahlungen, die Versicherte nach § 28 Abs. 4 zu entrichten haben, hat der Leistungserbringer einzubehalten; sein Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse, der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung verringert sich entsprechend. Die nach § 83 zu entrichtenden Vergütungen verringern sich in Höhe der Summe der von den mit der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung abrechnenden Leistungserbringern nach Satz 1 einbehaltenen Zuzahlungen. Absatz 1 Satz 2 gilt nicht im Falle der Leistungserbringung und Abrechnung im Rahmen von Gesamtverträgen nach § 82 und § 83. Das Nähere zum Verfahren nach Satz 1 und Satz 2 und zur Mitwirkung der Krankenkassen bei der Einziehung vom Versicherten nicht geleisteter Zahlungen regeln die Partner der Bundesmantelverträge."*

Begründung:

Die Verrechnung der vom Vertragsarzt bei Direktanspruch durch Versicherte einzubehaltenden Praxisgebühr mit der Gesamtvergütung ist mit einer Vielzahl von Problemen verbunden, die sich insbesondere aus der notwendigen Abgrenzung von Direktanspruchnahmen und Überweisungen sowie KV-bereichsübergreifender Inanspruchnahme von Vertragsärzten ergeben. Hierzu bedarf es einer kassenübergreifenden bundeseinheitlich verbindlichen Regelung. Darin ist auch zu regeln, dass und wie die Krankenkasse dem Vertragsarzt zumindest Hilfestellung beim Gebühreneinzug leisten muss, wenn ihr Versicherter die Praxisgebühr in der Arztpraxis oder bei einem Notfall nicht zahlt.

2. Art. 1 Nr. 48 § 73 Abs. 8 letzter Satz (Arzneimittelinformation) sollte wie folgt geändert werden:

*"Die Übersicht ist in elektronischer Form jeweils für einen Stichtag zu erstellen und in geeigneten Zeitabständen, spätestens vierteljährlich, zu aktualisieren."*

Begründung:

Die Aufnahme von Preisen und Herstellerangaben für Arzneimittel zur Herstellung eines Vergleiches in eine Arztinformation lässt weder die Papierform noch die im Regelfall nur jährlich vorgesehene Aktualisierung zu!

3. Art. 1 Nr. 49 § 79b Abs. 2 (hausarztzentrierte Versorgung) sollte wie folgt geändert werden:

*"(2) Die Verbände der Krankenkassen haben zur Sicherstellung der hausarztzentrierten Versorgung mit Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge über die Teilnahme besonders qualifizierter Hausärzte zu schließen. An den Verträgen können auf Antrag teilnehmen:*

1. *zugelassene Hausärzte, die die Qualitätsanforderungen nach Absatz 3 erfüllen und Gemeinschaften dieser Hausärzte,*
2. *zugelassene medizinische Versorgungszentren, die die Erbringung der hausärztlichen Leistungen unter Beachtung der Qualitätsanforderungen nach Absatz 3 gewährleisten."*

Begründung:

Die im parteiübergreifenden Konsens beschlossenen Eckpunkte sehen Einzelverträge der Krankenkassen mit Vertragsärzten nur für die als „dritte Säule“ beschlossenen Integrationsversorgung vor. Es ist Hausärzten, welche sich einer besonderen Qualifikation unterziehen, nicht zuzumuten, mit jeder einzelnen Krankenkasse Verträge abschließen zu

müssen und trotz entsprechender Qualifikation keinen Anspruch auf einen Vertragsabschluss zu haben. Dadurch wird aber auch die freie Arztwahl der Versicherten unzumutbar eingeschränkt.

4. Art. 1 Nr. 50. § 73c Abs. 2 (auftragsbezogene Versorgung) sollte wie folgt geändert werden:

*"(2) In den Verträgen nach Absatz 1 ist zu regeln, unter welchen Bedingungen Vertragsärzte, die der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen, dass sie die vereinbarten Anforderungen erfüllen, einen Anspruch auf Durchführung der Versorgungsaufträge im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung haben. Die Versorgungsaufträge werden auf der Grundlage der Verträge nach Absatz 1 von der Kassenärztlichen Vereinigung öffentlich ausgeschrieben; die Kassenärztliche Vereinigung erteilt den von ihr ausgewählten Ärzten eine Genehmigung zur Ausführung des Versorgungsauftrages im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Erfolgt eine Ausschreibung nach Satz 2 nicht, können Krankenkassen mit Vertragsärzten Verträge zur Durchführung der nach Absatz 1 gesamtvertraglich vereinbarten Versorgungsaufträge schließen. Die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich auszuschreiben."*

Begründung:

Die Regelung zielt als Realisierung des in den Eckpunkten beschlossenen "Drei-Säulen-Systems" darauf ab, in der zweiten Säule einen Konzentrationsprozess in der fachärztlichen Versorgung durch eine auftragsgebundene Versorgung kollektivvertraglich möglichst flächendeckend und kassenübergreifend zu fördern. Einzelverträge von Krankenkassen gewährleisten dies gerade nicht! Wenn die Regelung in § 73c Abs. 1 genutzt werden soll, müssen die Vertragsparteien der Gesamtverträge Klarheit über die Folgeregelungen gemäß Absatz 2 erhalten. Ohne die Änderung besteht die Gefahr, dass die Umsetzung von Versorgungsaufträgen durch Taktieren beider Vertragsparteien, z.B. die Regelung in Absatz 2 ausschließlich zur Realisierung von Einzelverträ-



gen zu nutzen oder umgekehrt dieses durch Vermeidung von Verträgen nach Absatz 1 zu verhindern, erheblich verzögert werden kann.

5. Art. 1 Nr. 64 g § 85 Abs. 3d (West-/Ost-Ausgleich) sollte wie folgt geändert werden:

Die Sätze 3 und 5 werden gestrichen, Satz 6 redaktionell angepasst.

Begründung:

Die parteiübergreifend beschlossenen Eckpunkte sehen eine Angleichung der finanziellen Mittel für die ambulante Versorgung im Osten durch die dortigen Krankenkassen vor! Eine Absenkung der Gesamtvergütungen im Westen ist damit nicht vereinbar.

6. Art. 1 Nr. 65 § 85c (Wohnortprinzip) sollte in Absatz 2 wie folgt geändert werden:

Das Wort "erstmalig" in Satz 1 wird gestrichen; in den Sätzen 1 und 2 werden die Worte "Zahl der Mitglieder" durch "Zahl der Versicherten" ersetzt.

Begründung:

Die Änderung dient der Umstellung des Wohnortprinzips für alle Kassen ab 2006 auf Versicherte (und nicht mehr Mitglieder). Dadurch wird eine verwaltungsaufwändige Doppelumstellung vermieden, da 2007 nach § 85d ohnehin die Vergütungsregelung insgesamt auf Versicherte umzustellen ist.

7. Art. 1 Nr. 82 § 106 (Wirtschaftlichkeitsprüfung) sollte wie folgt geändert werden:

Die Buchstaben g) und h) werden gestrichen; in Buchstabe k) werden die Absätze 5c und 5d gestrichen.

Als Folgeänderung werden in Art. 1 Nr. 168 und 169 in den jeweiligen Absätzen und Sätzen die Worte "Geschäftsstellen nach § 106 Abs. 4a" ersetzt durch die Worte "Prüfungsausschüsse und nach § 106 Abs. 3 Satz 3 jeweils antragsberechtigten Organisationen."

Begründung:

Die zu streichenden Vorschriften führen zu einer Überbürokratisierung des Prüfwesens ohne dass ein Nutzen für dessen Qualität erkennbar ist. Im Gegenteil wird das Prüfverfahren durch Zwischenschaltung eigenständiger Geschäftsstellen oder Dritter und eines unabhängigen Vorsitzenden verschleppt. Die Aufhebung einer sektoralen Budgetierung der Gesamtvergütung ab 2007 und der Übergang zu einer morbiditätsbezogenen Vergütungsstruktur wird das Prüfinteresse der Krankenkassen ohnehin wiederbeleben, sodass es keiner zusätzlichen Prüforganisation bedarf. Die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassenverbände als Antragsteller im Prüfverfahren nach § 106 Abs. 3 Satz 3 müssen aber in die wechselseitige Datenübermittlung eingebunden werden, damit sie ihrer Verantwortung (Vorstandshaftung!) überhaupt gerecht werden können.

8. Nach Art. 1 Nr. 159 (Datenverarbeitung durch die KV). Folgende Änderung des § 285 Abs. 2 SGB V ist zusätzlich erforderlich:

*"(2) Einzelangaben über die persönlichen und sachlichen Verhältnisse der Versicherten dürfen die Kassenärztlichen Vereinigungen nur erheben, nutzen und speichern, soweit dies zur Erfüllung der in Abs. 1 Nr. 2, 5 und 6 sowie in § 83 Abs. 2 und § 305 genannten Aufgaben erforderlich ist."*

Begründung:

Zur Durchführung der Abrechnung gemäß §§ 85a und b muss der Kassenärztlichen Vereinigung die Verarbeitung der Abrechnungsdaten unter Bezugnahme auf Versichertenstammdaten (Versichertennummern und Kassenzugehörigkeit, Alter und Geschlecht) ermöglicht werden. Ande-

renfalls kann das in §§ 85a-d vorgesehene neue morbiditätsbezogene Vergütungssystem nicht sachgerecht eingeführt werden.

9. Art. 1 Nr. 167c, e § 295 Abs. 1b, 2a (Abrechnungsdaten) sollte wie folgt geändert werden:

Die Worte "oder zur hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b Abs. 2)" werden jeweils gestrichen.

Begründung:

Folgeänderung zur Änderung in Art. 1 Nr. 49. Unabhängig hiervon ist die Einführung morbiditätsabhängiger Vergütungsstrukturen und die Durchführung von Plausibilitätsprüfungen nach Zeitprofilen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen ohne Einbeziehung der Abrechnung von Hausärzten aus der hausarztzentrierten Versorgung nicht durchführbar.



17.09.2003

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0273(12)  
vom 17.09.03**

**15. Wahlperiode**

**Stellungnahme  
der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)**

zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und  
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**“Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der  
Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-  
Modernisierungsgesetz - GMG)”**

Drucksache 15/1525 -

## I. Allgemeiner Teil

Die DKG unterstützt das politische Ziel, die Qualität in der medizinischen Versorgung durch einen neuen Wettbewerbsrahmen für die Leistungserbringer zu fördern. Sie begrüßt daher das Reformvorhaben eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung im Grundsatz, zeigt sich jedoch enttäuscht, dass der politische Wille durch den Wortlaut des vorliegenden Gesetzentwurfes nicht konsequent umgesetzt wird.

Insbesondere die Möglichkeit für die Kassenärztlichen Vereinigungen, mittels kollektiver Verträge die Gestaltungsfreiheit in den besonderen Versorgungsformen einzuengen, schränkt den Wettbewerb unnötig ein. Besondere Versorgungsformen müssen stets eine sektorübergreifende Versorgung zum Ziel haben. Die DKG sieht hier die Gefahr einer Wettbewerbsverzerrung durch vertragsärztliche Kollektivverträge zu Lasten der Krankenhäuser. Die ersatzweise Möglichkeit von Einzelverträgen durch die Krankenkassen ist eine Wettbewerbsverzerrung. Am Beispiel der DMP hat sich in der jüngsten Vergangenheit gezeigt, dass die Krankenkassen im vertragsärztlichen Bereich die Möglichkeit von Einzelverträgen nicht aufgreifen und stattdessen in die gewohnten kollektiven Verhandlungsrunden zurückkehren. Die DKG lehnt daher die Möglichkeit, besondere Versorgungsformen im vertragsärztlichen Bereich unter kollektivrechtlichen Bedingungen zu regeln, mit Nachdruck ab.

Ebenfalls fraglich ist die Bereitschaft der Krankenkassen, die neuen Gestaltungsmöglichkeiten im Rahmen der Integrierten Versorgung auch flächendeckend zu nutzen. Der vorgesehene Weg einer Anschubfinanzierung durch alle Krankenhäuser ist daher in der vorliegenden Form nicht akzeptabel. Angesichts der höchst angespannten Finanzsituation ist ein pauschaler Liquiditätsentzug von bis zu einem Prozent der individuellen Budgets für die Mehrzahl der Krankenhäuser nicht zu verkraften, und zwar insbesondere wegen der für die Krankenhäuser völlig unzureichenden Möglichkeiten, die ihnen abgezogenen Mittel durch Leistungen zur Integrierten Versorgung wieder zu erwirtschaften. Wegen dieser drängenden Problemlage legt die DKG im besonderen Teil der Stellungnahme hierzu einen konkreten Änderungsvorschlag vor.

Die Krankenhäuser unterstützen dem Grunde nach die politischen Bestrebungen zu einer Modernisierung des Gesundheitswesens. Sie sehen sich jedoch insbesondere für das Jahr 2004 mit Belastungen konfrontiert, die in ihrer additiven Wirkung ein bedrohliches Ausmaß annehmen. Neben den zu erwartenden Verwerfungen im Rahmen der Umstellung auf eine diagnose-orientierte Pauschalvergütung sehen sich die Krankenhäuser im Jahr 2004 mit unvermeidbaren Personalkostensteigerungen infolge des EuGH-Urteils zum ärztlichen Bereitschaftsdienst konfrontiert. Mit den kürzlich veröffentlichten Veränderungsraten von 0,02% (West) und 0,71% (Ost) sind diese Belastungen auf keinen Fall zu finanzieren.

Die im Anschluss dargestellten Änderungsvorschläge sind aus Sicht der DKG im Kontext dieser Entwicklungen zu sehen. Sollen die Krankenhäuser ihren Beitrag zu einer Reform des Gesundheitswesens leisten, benötigen sie einen geeigneten Rahmen für sektorübergreifenden Wettbewerb und eine stabile finanzielle Basis. Die folgenden Änderungsvorschläge sind aus Sicht der DKG daher unverzichtbar.

## II. Besonderer Teil

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) nimmt im Einzelnen zu folgenden Regelungsbereichen des Gesetzentwurfes Stellung:

- **Gemeinsamer Bundesausschuss**
- **Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen**
- **Finanzierung der Personalkosten im Krankenhaus**

### Gemeinsamer Bundesausschuss

#### **Zu Artikel 1, Ziffer 70: § 91**

Der im Gesetzentwurf vorgesehene Gemeinsame Bundesausschuss erfordert eine tragfähige Finanzierungsregelung. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll bestehende Ausschüsse ersetzen und weitere Aufgaben übernehmen. Die den Gemeinsamen Bundesausschuss bildenden Selbstverwaltungspartner sollen durch Gesetz weitreichende Richtlinienkompetenzen erhalten. Es ist nicht zumutbar, bei dieser Aufgaben- und Verantwortungskonzentration den Selbstverwaltungspartnern gleichzeitig auch die Finanzierung aufzubürden. Eine Finanzierung durch die unmittelbar beteiligten Leistungserbringer würde die Grenzen der finanziellen Belastbarkeit übersteigen und letztlich den Bestand dieser neuen Institution gefährden. Für die Finanzierung des vom Gemeinsamen Bundesausschusses zu gründenden Instituts wird mit der vorgesehenen Regelung im Gesetzentwurf der richtige Weg eingeschlagen. Eine entsprechende Regelung muss auch für die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses selbst gefunden werden. Hierzu schlägt die DKG vor, die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses durch Einfügung eines § 91 a SGB V wie folgt zu regeln:

**„Nach § 91 wird folgender § 91 a eingefügt:**

#### **§ 91 a Finanzierung**

*Die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses und des Instituts nach § 139a Abs. 1 erfolgt jeweils zur Hälfte durch die Erhebung eines Zuschlags auf jeden abzurechnenden Krankenhausfall und auf die Vergütung für die ambulante vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung nach den §§ 85 und 85a in Höhe eines entsprechenden Vomhundertsatzes. Die im stationären Bereich erhobenen Zuschläge werden in der Rechnung des Krankenhauses gesondert ausgewiesen; sie gehen nicht in die Gesamtbeträge nach den §§ 3 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 6 der Bundespflegesatzverordnung sowie nicht in die entsprechenden Erlösausgleiche ein. Die Zuschläge auf jeden Krankenhausfall und auf die Vergütung in die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung sowie das Nähere zur Weiterleitung dieser Mittel an eine zu benennende Stelle werden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt.“*

## **Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen**

Die DKG begrüßt ausdrücklich die im Gesetzentwurf vorgesehene Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen in den Bereichen von hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen. Dabei ist der im Gesetzentwurf gewählte Weg, den gesetzlichen Katalog auf die Diagnostik und Therapie von seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen zu fokussieren, richtig und notwendig, um eine Versorgung aus einer Hand zu ermöglichen.

Ebenso begrüßt die DKG, dass den Krankenhäusern die Möglichkeit eröffnet wird, im Rahmen von Disease-Management-Programmen und integrierten Versorgungsformen auch ambulante Leistungen vereinbaren und erbringen zu können.

### ***Zu Artikel 1, Ziffer 116: § 140 d – Anschubfinanzierung, Bereinigung***

Die Ausgestaltung der im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen einer Anschubfinanzierung ist für den Krankenhausbereich weder akzeptabel noch tragfähig.

Es ist unter dem Gesichtspunkt eines Wettbewerbs „mit gleich langen Spießen“ nicht vertretbar dass der vorgesehene 1%-Pauschalabzug den vertragsärztlichen und den Krankenhausbereich in einer derart gravierenden Weise unterschiedlich stark belastet. Für den vertragsärztlichen Bereich beträgt der Abzug 220 Mio. Euro, während der Krankenhausbereich unter Zugrundelegung der 1% mit 460 Mio. Euro betroffen ist. Eine Anschubfinanzierung muss in der Höhe für beide Teile gleich hoch sein.

Die DKG fordert daher, dass der für den Krankenhausbereich vorgesehene Prozentsatz von „bis zu 1%“ halbiert wird.

Eine technische Korrektur zu diesem Paragraphen bezieht sich auf die vorgesehene Rückzahlung bei nicht Ausschöpfen der Mittel. Der Rückzahlungszeitraum ist bei weitem zu lang. Die DKG schlägt nachdrücklich vor, zu einem Jahresrhythmus zu kommen. Des weiteren ist es notwendig, ein objektives Nachweisverfahren einzuführen, da es letztlich um die Verwendung von Mitteln geht, die dem Leistungserbringerbereich zuvor abgezogen worden sind.

Auf nachdrückliche Ablehnung stoßen die vorgesehenen Bedingungen, unter denen der Krankenhausbereich finanzielle Mittel aus der Anschubfinanzierung in Anspruch nehmen kann:

Die Leistungen, die das Krankenhaus bisher im Budget vergütet bekommen hat und nunmehr in der Integrationsversorgung erbracht werden, sollen zwar aus den Mitteln der Anschubfinanzierung vergütet werden. Allerdings ist die Vergütung des Krankenhauses in der integrierten Versorgung um entsprechende Budgetbestandteile zu kürzen. Das bedeutet de facto,

- einen doppelten Abzug bei der Vergütung von Krankenhäusern, die an der integrierten Versorgung teilnehmen, und zwar infolge der pauschalen Kürzung der Krankenhausrechnungen um bis zu 1% und der weiteren Kürzung der Vergütungen in der Integrationsversorgung.
- dass das Krankenhaus aus der Anschubfinanzierung nur dann Zahlungen in der Integrationsversorgung erhalten kann, soweit Leistungen erbracht werden, die das Krankenhaus bislang nicht bereits über das Krankenhausbudget vergütet bekommen hat.
- dass bisherige Krankenhausleistungen lediglich umgewidmet werden, ohne jedoch dem wettbewerblichen Mechanismus der einzelvertraglichen Vereinbarung in der Integrationsversorgung unterstellt zu werden.

Der Abschluss von Einzelverträgen unter Wettbewerbsbedingungen und die dafür vorgesehene Anschubfinanzierung erfordern aber, dass Krankenhäuser grds. alle in der Integrationsversorgung vereinbarten Leistungen aus den dafür bereitgestellten Mitteln vergütet bekommen können. Dies wird allerdings durch § 140 d Absatz 4 des Gesetzentwurfs verhindert, weil danach die aus dem Krankenhausbudget in die Integrationsversorgung abfließenden Leistungen nicht in der Integrationsversorgung selbst vergütet werden. Darüber hinaus tritt die beabsichtigte Wirkung einer Anschubfinanzierung bei teilnehmenden Krankenhäusern erst bei der Erbringung von Leistungen ein, die über den im Krankenhausbudget des Vorjahres vereinbarten Leistungen liegen, d.h. zusätzlich erbracht werden. Folglich wird mit der beabsichtigten Regelung nicht der Anreiz gesetzt, die bisherigen Leistungen patientengerechter, qualitativ besser und wirtschaftlicher in der Integrationsversorgung zu erbringen. Schließlich erfolgt bei den an der Integrationsversorgung teilnehmenden Krankenhäuser ein doppelter Budgetabzug dadurch, dass ihr Budget um 1 % pauschal gekürzt wird und sie sich die Vergütung der Leistungen, die sie zukünftig in der Integrationsversorgung erbringen, auf die dort vereinbarte Vergütung mindernd anrechnen lassen müssen.

Anders im vertragsärztlichen Bereich. Dort soll lediglich die Pauschalkürzung in Höhe von 1 % der ärztlichen Gesamtvergütung erfolgen. Nimmt ein Vertragsarzt an der Integrationsversorgung teil, werden alle von ihm in diesem Rahmen erbrachten Leistungen aus der Anschubfinanzierung vollständig und ungekürzt vergütet. Da die Leistungen, die im Rahmen der Integrationsversorgung erbracht werden, bei der Berechnung der Vergütungshöhe der übrigen Leistungen keine Rolle mehr spielen, wird der sog. Punktwertverfall für die Vertragsärzte abgebremst.

Die Vertragsärzte erhalten damit - anders als an der integrierten Versorgung teilnehmende Krankenhäuser - innerhalb der integrierten Versorgung stets mindestens(!) 100 % der Vergütung. Insgesamt betrachtet erhalten die Vertragsärzte immer dann eine höhere Vergütungssumme im Vergleich zum Status Quo, wenn mindestens 1% der Leistungsmenge in die integrierte Versorgung überführt wird und die durchschnittliche Vergütung in der Integrationsversorgung im Vergleich zum Status Quo nicht sinkt. Erst wenn der „Sondertopf“ innerhalb der Jahre 2004 bis 2006 aufgebraucht sein sollte, soll die ärztliche Gesamtvergütung entsprechend um den überschüssigen Anteil bereinigt werden.



Um die gewünschte Wirkung einer Anschubfinanzierung zu erzielen und die aufgezeigte Gerechtigkeitslücke zu schließen, ist das Krankenhausbudget bei Teilnahme an der integrierten Versorgung um die Leistungen zu bereinigen, die das Krankenhaus bislang über das Budget vergütet bekommen hat und zukünftig in der Integrationsversorgung erbringt. Dabei sind bei der Budgetbereinigung die bereits pauschal einbehaltenen Mittel anzurechnen. Sämtliche Leistungen des Krankenhauses in der integrierten Versorgung müssen dann unmittelbar aus den hierfür zur Verfügung gestellten Mitteln finanziert werden.

Die Bereinigung der Krankenhausbudgets zur Vermeidung von Doppelzahlungen wurde bereits in der Rahmenempfehlung nach § 140e SGB V zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der DKG vorgesehen. Dieses Verfahren hat sich in der Umsetzung bewährt und ist zukünftig fortzuführen. Daher ist § 140d Abs. 4 SGB V im Gesetzentwurf ersatzlos zu streichen und auf die bestehenden Budgetbereinigungsregelungen im KHEntgG und in der BPfIV zurückzugreifen. Die bestehenden gesetzlichen Regelungen vermeiden eine Doppelfinanzierung und können Interessenten weitere Anreize zur Teilnahme an der integrierten Versorgung gewähren.

Die DKG schlägt daher zur Ausgestaltung der Anschubfinanzierung folgende Änderung des § 140 d des Gesetzentwurfes vor:

„Ziffer 116: § 140d wird wie folgt gefasst:

**§ 140 d**  
**Anschubfinanzierung, Bereinigung**

*(1) Zur Förderung der integrierten Versorgung werden Mittel zu insgesamt gleichen finanziellen Anteilen von der Gesamtvergütung nach § 85 Abs. 2 und den Krankenhäusern einbehalten; dazu hat jede Krankenkasse in den Jahren 2004 bis 2006 bis zu 1 vom Hundert von der nach § 85 Abs. 2 an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtende Gesamtvergütung sowie bis zu 0,5 vom Hundert von den Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung einzubehalten. Satz 1 gilt nicht für die vertragszahnärztlichen Gesamtvergütungen. Die nach Satz 1 einbehaltenen Mittel sind ausschließlich zur Finanzierung der nach § 140 c Abs. 1 Satz 1 vereinbarten Vergütungen zu verwenden. Die nicht für die Zwecke nach Satz 1 verwendeten Mittel sind jährlich an die Kassenärztliche Vereinigung sowie an die einzelnen Krankenhäuser entsprechend ihrem Anteil an den jeweils einbehaltenen Beträgen auszusahlen. Die Mittelverwendung ist durch eine von der zuständigen Aufsichtsbehörde bestätigte Aufstellung nachzuweisen. Nähere Einzelheiten kann das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates regeln.*

*(2) unverändert*

*(3) unverändert*

**(4) Streichung“**

**Artikel 14**  
**Änderung der Bundespflegesatzverordnung**

*Ziffer 1 Buchstabe a) wird wie folgt gefasst:*

a) Satz 2 Nr. 4 wird wie folgt gefasst:

„4. Leistungen, die im Rahmen von Integrationsverträgen nach § 140a oder Modellvorhaben nach § 63 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden. Bei den § 140a zu berücksichtigenden Leistungen ist in den Jahren 2004 bis 2006 der nach § 140 d Abs. 1 SGB V erfolgte Pauschalabzug anzurechnen.“

**Artikel 15**  
**Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

*„Ziffer 1 § 3 Abs.3 Satz 3 Nr. 1 Buchstabe e wird wie folgt gefasst:*

e) Kosten für Leistungen, die im Vereinbarungszeitraum erstmals im Rahmen von Integrationsverträgen nach § 140a unter Anrechnung des nach § 140 d Absatz 1 SGB V erfolgten Pauschalabzugs oder Modellvorhaben nach § 63 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden.

*Ziffer 2 § 4 Abs.2 Nr. 1 Buchstabe e wird wie folgt gefasst:*

e) Kosten für Leistungen, die im Vereinbarungszeitraum erstmals im Rahmen von Integrationsverträgen nach § 140a unter Anrechnung des nach § 140 d Absatz 1 SGB V erfolgten Pauschalabzugs oder Modellvorhaben nach § 63 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vergütet werden.

## **Finanzierung der Personalkosten im Krankenhaus**

***Zu Artikel 14: Änderung der BPfIV - § 6 Abs. 1 Nr. 8 und Abs. 5***

***Zu Artikel 15: Änderung des KHEntgG - § 4 Abs. 13 u. 14, § 10 Abs. 7***

Die DKG begrüßt ausdrücklich, dass der Gesetzentwurf Regelungen zur Finanzierung personeller Mehrkosten infolge der Abschaffung der AiP-Phase und zur Einhaltung der Regelungen des Arbeitszeitrechts vorsieht.

Mit der Entscheidung des EuGH vom 9. September 2003 steht nunmehr fest, dass der Bereitschaftsdienst des Personals in deutschen Krankenhäusern in vollem Umfang als Arbeitszeit anerkannt werden muss. Infolge dieses Urteils ist die notwendige Änderung des Arbeitszeitgesetzes bereits als Änderungsantrag zum Entwurf eines Gesetzes zu Reformen am Arbeitsmarkt in das parlamentarische Verfahren eingebracht worden.

Die Folgen des Urteils sind für die Krankenhäuser gravierend, da in erheblichem Umfang zusätzliches Personal eingestellt werden muss. Unter den Bedingungen gedeckelter Budgets und steigender Patientenzahlen können die Krankenhäuser die damit verbundenen Mehrkosten nicht schultern.

Sollten zudem die Vorstellungen der Bundesregierung zur Modifizierung des Arbeitszeitgesetzes in der vorliegenden Ausgestaltung verabschiedet werden, ist mit unkalkulierbaren Mehrkosten zu rechnen.

Die DKG hatte bereits im Juli gemeinsam mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) ein Gutachten in Auftrag gegeben, das prüfen soll, ob und in wie weit ausgewählte innovative Arbeitszeitmodelle mit dem EuGH-Urteil vereinbar sind. Zudem sollen in der Analyse die Finanzierungsfolgen für die künftigen Modelle noch genauer als bisher aufgezeigt werden. Die Ergebnisse der Untersuchung liegen im Januar 2004 vor.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene stufenweise Finanzierung in den Jahren 2003 bis 2004 ist ein positiver Ansatz. Das Volumen und die Zeitfolge dieser Stufenfinanzierung sind jedoch nicht ausreichend. Die Krankenhäuser müssen die Folgen des EuGH-Urteils unmittelbar nach der Modifizierung des Arbeitszeitgesetzes umsetzen. Hierfür reichen die im Jahr 2004 maximal erzielbaren 200 Mio. Euro nicht.

Die vorgesehene Verknüpfung, dass die zusätzlichen Beträge zur Verbesserung der Arbeitszeit nur dann vereinbart werden können, wenn schriftliche Vereinbarungen mit der Arbeitnehmervertretung des Krankenhauses vorliegen, ist nicht akzeptabel (§ 6 Abs. 5 BPfIV und § 4 Abs. 13 KHEntgG). Eine solche Verknüpfung ist völlig sachfremd, da die Einstellung zusätzlichen Personals zur Einhaltung des Arbeitszeitrechts infolge der EuGH-Rechtsprechung zwingend wird und nicht von Vereinbarungen mit der Arbeitnehmervertretung abhängt.



DEUTSCHE  
KRANKENHAUS  
GESELLSCHAFT

17.09.2003

**Stellungnahme**  
**der Deutschen Krankenhausgesellschaft**

**zum Antrag der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detlef Parr, Dr.  
Heinrich L. Kolb, Daniel Bahr, weiterer Abgeordneter und der  
Fraktion der FDP „Zukunft gestalten statt Krankheit verwalten“**

**- Drucksache 15/1526 vom 08.09.2003 -**

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG – Bundestags-Drucksache 15/1525) eine schriftliche Stellungnahme vorgelegt. Auf dieser Grundlage nimmt sie zu folgenden Punkten des Antrags der FDP-Bundestagsfraktion „Zukunft gestalten statt Krankheit verwalten“ ergänzend Stellung:

- GKV-Finanzierung
- Gegenfinanzierung neuer Leistungsansprüche
- Bürokratieabbau
- Abschaffung der Budgets
- Freiberuflichkeit

### **GKV-Finanzierung (Nr. 1, 3, 6, 12)**

In der Vergangenheit wurden andere Sozialversicherungszweige und der Bundeshaushalt immer wieder auf Kosten der GKV entlastet. Ein Großteil der Beitragssatzsteigerungen der letzten Jahre ist darauf zurückzuführen. Die DKG begrüßt daher das unter Punkt 1 formulierte Ziel der FDP-Bundestagsfraktion, die Verschiebebahnhöfe im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung zu beenden. Sie unterstützt ebenfalls das Bestreben, versicherungsfremde Leistungen künftig aus dem Bundeshaushalt zu finanzieren (Punkt 6). Sie vermisst jedoch konkrete Aussagen darüber, welche Leistungen aus Sicht der FDP-Bundestagsfraktion darunter zu verstehen sind, die über die bereits im GKV-Modernisierungsgesetz vorgesehene Umfinanzierung hinausgehen.

Anstelle einer Stabilisierung des Arbeitgeberanteils zur GKV auf 6,5% (Punkt 3) ist aus Sicht der DKG dringend eine nachhaltige Reform der gesamten Finanzierungsbasis der GKV erforderlich, die diese unabhängiger von Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt und der Alterung der Bevölkerung macht. Die DKG fordert deshalb entweder die Entscheidung für eine Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage durch Einbeziehung von Einkommen aus Vermögen und Vermietung oder für ein Gesundheitsprämienmodell.

### **Gegenfinanzierung neuer Leistungsansprüche (Nr. 4)**

Die FDP-Bundestagsfraktion fordert, bei Aufnahme neuer Leistungsansprüche in den GKV-Leistungskatalog dort zur Gegenfinanzierung andere Leistungsansprüche zu reduzieren. Diese Forderung steht in Widerspruch zum Ziel einer solidarischen und bedarfsorientierten Gesundheitsversorgung. Sie würde außerdem zu einer Konkurrenz zwischen länger eingeführten und bewährten Gesundheitsleistungen und neuen Diagnose- und Therapiemethoden führen und damit die Entwicklung medizinischer Innovationen gefährden. Die DKG lehnt diese Forderung daher ab.

### **Bürokratieabbau (Nr. 7)**

Die DKG begrüßt das Anliegen der FDP-Bundestagsfraktion, das Sozialgesetzbuch V hinsichtlich des Abbaus bürokratischer Überregulierungen zu überprüfen. Aus Sicht der DKG wird die effiziente Erbringung medizinischer Leistungen durch zahlreiche bürokratische Vorgaben behindert. Insbesondere der ärztliche Dokumentationsaufwand hat in den letzten Jahren spürbar zugenommen. So zeigt eine unlängst veröffentlichte, repräsentative Studie des Deutschen Krankenhausinstituts, dass sich der tägliche Dokumentationsaufwand je Arzt in der Chirurgie und in der Inneren Medizin auf jeweils rund drei Stunden beläuft. Dokumentationstätigkeiten nehmen damit einen erheblichen Anteil der täglichen Arbeitszeit der Ärzte in Anspruch, der für patientennahe Arbeiten nicht mehr zur Verfügung steht.

Angesichts der zunehmend problematischen Personalsituation in den Krankenhäusern ist dringend eine Entlastung der Krankenhausärzte von patientenfernen/artzfremden Tätigkeiten anzustreben. Die DKG unterstützt deshalb jeden Versuch, das Sozialgesetzbuch V und seine Folgegesetze und –verordnungen entsprechend zu überprüfen und bürokratische Überregulierung abzubauen. Die DKG hat deshalb auch eine Übersicht über Vorschriften zusammengestellt, bei denen aus ihrer Sicht bürokratischer Aufwand und Nutzen in einem so eklatanten Missverhältnis stehen, dass ihr Wegfall angestrebt werden sollte. Sie ist gern bereit, diese Übersicht zu übermitteln.

### **Abschaffung der Budgets (Nr. 10)**

Die DKG begrüßt die Forderung nach Abschaffung der Budgets bzw. nach leistungsgerechten Vergütungssystemen mit festen Preisen. Budgets sind leistungsfeindliche Rationierungsinstrumente und als solche für ein Wettbewerbssystem nicht geeignet. Die DKG spricht sich stattdessen für den Qualitätswettbewerb bei festen leistungsgerechten Preisen aus. Insbesondere darf das DRG-System nicht als Budgetverteilungsinstrument missbraucht werden.

Die DKG regt an, den Antrag durch ein konkretes Konzept für eine leistungsgerechte Finanzierung stationärer Leistungen jenseits von Budgets zu ergänzen.

### **Freiberuflichkeit (Nr. 14)**

Die DKG stellt sich dem Wettbewerb. Sie weist jedoch jede Bevorzugung einer Organisationsform zurück. Die vorteilhafte Form einer Versorgung muss sich im Wettbewerb behaupten; die Organisationsform des Dienstleisters ist hierbei zweitrangig.

Es muss möglich sein, die eigene Kompetenz in den Wettbewerb um die beste Versorgung einzubringen. Krankenhäuser wollen ihre Medizin- und Managementkompetenz auch in den Wettbewerb um die beste ambulante Versorgung einbringen können. Die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen ist daher eine Grundvoraussetzung für eine Stärkung des Wettbewerbes unter den Leistungserbringern.

17.09.2003

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0273(13)  
vom 17.09.03  
  
15. Wahlperiode**

**Stellungnahme des  
Verbands der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD)  
zum Entwurf eines Gesetzes  
zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung  
(GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)  
Bundestagsdrucksache 15/1525 vom 08.09.2003**

Der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD) begrüßt die Grundzüge des vorliegenden Gesetzentwurfs, soweit es die Weiterentwicklung der stationären und ambulanten Versorgung in Richtung der Zulassung von mehr Wettbewerb betrifft. Dabei verhehlen wir nicht unsere Enttäuschung, daß der Gesetzentwurf im Laufe des Verfahrens weit hinter den ursprünglichen Ansätzen hinsichtlich der Zulassung von mehr Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern zurückgeblieben ist.

Eingedenk der Tatsache, daß der erreichte Stand des parlamentarischen Prozesses des vorliegenden Gesetzentwurfes kaum noch Änderungen zuläßt, möchten wir die dringend erforderlichen Veränderungen aus Sicht der Krankenhäuser auf wenige Aspekte begrenzen.





### 1. Integrierte Versorgung

Der VKD begrüßt ausdrücklich, daß im vorliegenden Gesetzentwurf gegenüber der bislang gültigen Rechtslage deutliche bürokratische Erleichterungen beim Abschluß von Integrationsversorgungsverträgen vorgesehen sind. Zwei Dinge bereiten den Krankenhäusern jedoch große Sorge.

Nicht vermittelbar ist die Festlegung des Gesetzentwurfs, daß der Krankenhausbereich mit 460 Mio. € mehr als doppelt soviel für die Anschubfinanzierung bereitstellt, wie der vertragsärztliche Bereich mit 220 Mio. €. Auch wenn viele Krankenhäuser den aus der gesetzlichen Vorgabe letztlich resultierenden Budgetabzug kaum verkraften können, wollen wir diese politische Festlegung im Interesse einer Anreizwirkung zum Abschluß von Integrationsversorgungsverträgen nicht in Frage stellen. Sie ist jedoch nur akzeptabel, wenn der Abzug im Krankenhausbereich auf höchstens 0,5 % festgelegt wird: Im Ergebnis würden damit beide Bereiche etwa das gleiche Finanzvolumen zur Anschubfinanzierung bereitstellen. Das ist umso wichtiger, als die Krankenhäuser gegenüber dem vertragsärztlichen Bereich bei der Refinanzierung benachteiligt werden: An der Integrationsversorgung beteiligten Vertragsärzten wird jede diesbezügliche Leistung zusätzlich vergütet. Die Krankenhäuser erhalten jedoch nur dann einen zusätzlichen Erlös, wenn sie mehr Patienten behandeln als vor Vereinbarung der Integrationsversorgung.

Darüber hinaus zeigt die bisherige Erfahrung, daß nur ein geringer Teil der Krankenhäuser bei den Krankenkassen Vertragspartner zum Abschluß von Integrationsversorgungsverträgen finden wird, wodurch eine zumindest teilweise Refinanzierung der Erlösausfälle möglich wird.

Um auch bei den Krankenkassen eine stärkere Anreizwirkung für den Abschluß von Integrationsversorgungsverträgen zu induzieren, schlagen wir vor, den in § 140 d Abs. 1 SGB V geregelten Nachweis der zweckentsprechenden Mittelverwendung in jedem Jahr zu fordern. Dadurch wird verhindert, daß insbesondere von kleinen Krankenkassen die Mittel zu Lasten der Leistungserbringer über längere Zeit thesauriert werden.



## 2. Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung

Die vorgesehene Ausgestaltung einer Öffnung der Krankenhäuser bei Unterversorgung im vertragsärztlichen Bereich gemäß § 116 a SGB V macht die Krankenhäuser zu „Lückenbüßern“, wenn die Kassenärztliche Vereinigung ihren Sicherstellungsauftrag nicht erfüllen kann.

Krankenhäuser benötigen ein Mindestmaß an Planungssicherheit, um einen derartigen gesundheitspolitischen Auftrag in die betriebswirtschaftliche Realität umsetzen zu können. Die Formulierung „soweit und solange“ ist nicht akzeptabel. Für die entsprechende Ermächtigung muß deshalb eine Mindestdauer von beispielsweise drei Jahren im Gesetz festgelegt werden.

## 3. Gemeinsamer Bundesausschuß nach § 91 SGB V

Dem neu geschaffenen Bundesausschuß kommt eine maßgebliche Rolle bei der „Feinstrukturierung“ des Gesundheitssystems innerhalb des gesetzlich vorgegebenen Rahmens zu. Angesichts des finanziellen Gewichts und der damit verbundenen Arbeitsplätze der Leistungssektoren ist bei der Sitzverteilung das Übergewicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) mit 4 Vertretern und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) mit 1 Vertreter gegenüber der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) mit nur 4 Vertretern nicht zu akzeptieren. Bei dieser Sitzverteilung ist beispielsweise mit einer totalen Blockade der KBV hinsichtlich der Weiterentwicklung der Regelungen zur Teilöffnung der Krankenhäuser nach § 116 b Abs. 4 SGB V zu rechnen. In diesen Fällen bekommt die KBV nämlich zusätzlich den Sitz der KZBV zugesprochen (§ 91 Abs. 4 SGB V). Damit würde die politische Absicht aus den Konsensgesprächen unterlaufen, daß mehr Wettbewerb im Gesundheitssystem Platz greifen soll.

In Übereinstimmung mit der DKG fordern wir, daß diese stärker im Gemeinsamen Bundesausschuß vertreten ist. Falls aus uns nicht erkennbaren Gründen eine Verstärkung der Krankenhausseite allein durch die DKG nicht umsetzbar ist, schlagen wir vor, bei Fragen, die den Krankenhausbereich betreffen, wie beispielsweise die Weiterentwicklung des Katalogs nach § 116 b Abs. 4 SGB V dem Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD) 1 Sitz im Ausschuß nach § 91 Abs. 4 SGB V zuzugestehen.



Damit würde diejenige Institution in die Entscheidungen eingebunden, deren Mitglieder für die Umsetzung der Beschlüsse nicht nur institutionell, sondern überwiegend auch persönlich die Verantwortung tragen.

In § 91 Abs. 7 SGB V ist vorgesehen, daß bei Beschlüssen zu § 137 und zu Richtlinien nach § 137c SGB V anstelle der 4 Vertreter der KBV und des 1 Vertreters der KZBV 5 weitere Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft mitwirken. Dies ist sicher zu begrüßen. Wenn aber in § 137 Abs. 1 SGB V der Gemeinsame Bundesausschuß neben der DKG auch unter Beteiligung der Bundesärztekammer und der Berufsorganisation der Krankenpflegeberufe Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser einheitlich für alle Patienten beschließt, dann ist es folgerichtig, auch unseren Verband, der für die Umsetzung dieser Maßnahmen sicher ebenso wie die Ärzte und Pflegenden verantwortlich ist, auch mit zu beteiligen. Daher fordern wir hier eine entsprechende Aufnahme unseres Verbandes.

#### 4. Inkrafttreten

Nach dem Krankenhausentgeltgesetz ist für die Krankenhäuser zum 01.01.2004 der Einstieg in das DRG-System bindend. Der Ordnungsgeber wird mit der „Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004 (KFPV 2004)“ im Oktober die Voraussetzungen geschaffen haben, daß noch im laufenden Jahr die Budgetverhandlungen geführt werden können.

Im vorliegenden Gesetzentwurf sind eine Reihe von Bestimmungen, die in engem Zusammenhang mit der Budgetvereinbarung 2004 stehen. Das gilt insbesondere für die Regelungen zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus (§ 116 b SGB V), die integrierte Versorgung (§ 140 a ff SGB V) sowie die Artikel 13 (Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes), Artikel 14 (Änderungen der Bundespflegesatzverordnung) sowie Artikel 15 (Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes).

Die vorgenannten Regelungen müssen am Tag der Verkündung in Kraft treten, damit die Pflegesatzparteien Rechtssicherheit hinsichtlich der Budgetvereinbarung 2004 haben.

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0273(14)  
vom 17.09.03  
  
15. Wahlperiode**

## Stellungnahme

zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

### **„Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)“**

- Drucksache 15/1525 -

zu:

#### **I. Ziele und Handlungsbedarf**

##### **1. Grundlegende Reform der gesetzlichen Krankenversicherung**

###### Grundprinzipien der GKV

Diese Beschreibung schildert im wesentlichen den Soll-Zustand (auch wenn strukturelle Mängel eingeräumt werden), aber nicht die davon weit entfernte Realität. So haben Versicherte zwar den erwähnten Anspruch, eine entsprechende Behandlung wird ihnen in den letzten Jahren aber immer öfter verweigert. Auch ist der Begriff des „Notwendigen“ immer weiter eingeschränkt worden. Insgesamt wird somit ein übertriebenes Bild von der Leistungsfähigkeit der GKV gegeben.

###### Strikte Ablehnung von Rationierung

Die Versorgungsrealität ist anders als beschrieben. Auch in dieser Darstellung wird über die Realität einfach hinweg gesehen: schon längst erfahren Patienten in der täglichen medizinischen Versorgung Rationierung; die Ablehnung medizinischer Leistungen wie die Bevorzugung von Privatpatienten durch Ärzte und die Verweigerung der Erstattung verordneter Leistungen durch Kassen (z.B. in der Pflege) erleben Patienten seit Jahren. Nicht einmal andeutungsweise ist die Rede davon, dass es im Einzelfall zu erheblichen Belastungen der Patienten kommen kann – auch dadurch, dass ganze Leistungsbereiche wie die nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, von der Erstattung gestrichen werden sollen. Eine Information, die in solcher Weise die Versorgungswirklichkeit und die geplante Gesundheitsreform schön färbt ist unredlich. Die Bürger hätten eine ehrlichere Aufklärung erwartet.

## Reformziele

Man hat den Eindruck, hier wird ein völlig anderes Reformwerk beschrieben, das mit dem GMG der Reformkoalition überhaupt nichts gemein hat. Die angekündigten Verbesserungen werden, wie noch auszuführen sein wird, mitnichten zu erreichen sein, insbesondere das Versprechen des Bürokratieabbaus entbehrt jeder Grundlage.

## **2. Belastungsgerechtigkeit durch Einbeziehung aller Beteiligter**

### Ausgewogene Lastenverteilung

Die Lastenverteilung ist alles andere als ausgewogen, sondern völlig einseitig bei den Versicherten lokalisiert; insbesondere Kranke, die auf medizinische Leistungen angewiesen sind, haben die finanziellen Auswirkungen zu tragen.

### Beitragssatzsenkung / Lohnnebenkosten / Beschäftigung

Die aus der Agenda 2010 abgeleiteten finanziellen Maßnahmen der geplanten Gesundheitsreform stehen auf tönernen Füßen. Sie dürften in Wirtschaft und Handel kaum zur Schaffung neuer Arbeitsplätze führen, weil durch die stark gestiegenen Eigenbeteiligungen die Kaufkraft der Versicherten wie der Rentner beträchtlich geschwächt wird. Außerdem wird eine Beitragssatzsenkung, die so wirksam ist, dass die Lohnnebenkosten deutlich gesenkt werden, mit dieser Reform nicht zu erreichen sein. Zusätzliche Arbeitsplätze dürften allenfalls bei den Kassen entstehen, wo die Verwaltung und Kontrolle der vielfältigen neuen Vorschriften einen erheblichen Aufwand erfordern wird.

### Zahnersatz und Krankengeld

Der Begriff „Eigenverantwortung“ wird missbraucht. Ehrlicher wäre es gewesen zu sagen, dass Versicherte für bestimmte Leistungen künftig selbst aufkommen müssen. Die Privatisierung des Zahnersatzes ist reines Abkassieren und kennzeichnet den Ausstieg aus der solidarischen Krankenversicherung. Das gleiche gilt für die „Umfinanzierung“ des Krankengelds.

### Gegenfinanzierung versicherungsfremder Leistungen

Das Gezerre um die Tabaksteuer wirkt unprofessionell und zeigt die Hilflosigkeit der Verantwortlichen angesichts der Herausforderungen der GKV-Finanzierung. Es ist zudem eine groteske Gesundheitspolitik, wenn sie zum einen Prävention fordert, zum anderen aber versucht wird, die Raucher durch Streckung der Steuererhöhung auf drei Jahre möglichst bei der Stange zu halten.

### Rentnerbeiträge

Dass Rentner künftig von ihren sonstigen Versorgungsbezügen volle Kassenbeiträge zahlen sollen, stellt sich als ein räuberischer Zugriff auf lebenslang angesparte Beträge zur Altersvorsorge dar. Durch derart willkürliche Maßnahmen nimmt man den Bürgern Planungssicherheit und erschüttert ihr Vertrauen in die Sozialsysteme.

### Angemessene Beteiligung an den Krankheitskosten

Neben erhöhten Zuzahlungen fallen weitere Kosten an durch Privatisierung (Zahnersatz), gänzliche Eigenfinanzierung (Krankengeld) und Streichung von Leistungen (z.B. nicht verschreibungspflichtige Medikamente), die zu 100 % von Patienten aufzubringen sind. Einkommensschwache Bürger werden dadurch im Einzelfall stark belastet.

### Überforderungsregelungen

Leider berücksichtigen diese Regelungen nicht solche Leistungen, für die Patienten künftig allein aufkommen müssen. Diese Regelungen werden im Übrigen ein deutliches Mehr an Verwaltungsaufwand mit sich bringen, vor allem bei den Krankenkassen, aber auch bei Ärzten, Krankenhäusern, Pflegediensten und anderen Einrichtungen der Versorgung in der GKV. Deshalb kann überhaupt keine Rede davon sein, dass mit dem Gesetzentwurf – wie behauptet – die Bürokratie abgebaut wird. Vielmehr wird ein Teil der kassierten Eigenbeteiligungen verwendet werden müssen, um den administrativen Mehraufwand zu leisten. Alles dürfte mit einer wachsenden Genehmigungsbürokratie bei Freistellungsbescheiden und Ausnahmeregelungen einhergehen.

### Bonusregelung

Anreize für präventives Verhalten sind zu begrüßen. Von besonderen Versorgungsformen, für die Bonusregelungen gewährt werden, ist zu erwarten, dass sie erwiesene Vorteile in der Therapie bieten. Bloße Annahmen reichen dazu nicht aus.

### Belastungsgerechtigkeit

Angesichts der drückenden Belastung der Versicherten bemüht man sich mit den vorangegangenen Passagen offensichtlich, die Ausgewogenheit der finanziellen Auswirkungen besonders heraus zu stellen. Es hilft den von erhöhten Zuzahlungen und Streichungen massiv gebeutelten Bürgern jedoch wenig, wenn ihnen gesagt wird, dass auch die Leistungserbringer Einnahmevermindierungen hinnehmen müssten und für die Kassen in diesem Jahr eine Nullrunde gelte.

### Konzentration auf das medizinisch Notwendige

In den zurückliegenden Jahren wurden die Versicherten von der Bundesregierung stets in dem Glauben gehalten, es werde nur das medizinisch Notwendige von der GKV geleistet. Was soll also die neuerliche Konzentration auf das medizinisch Notwendige? Offenbar wird „Notwendigkeit“ nach Belieben definiert und immer dann enger gefasst, wenn finanzielle Zwänge dies nahe legen wie beim vorliegenden Gesetzesvorhaben. Mit einer redlichen Informationspolitik hat das wenig zu tun.

Es ist unsinnig und zynisch, wenn man glaubt, Patienten durch höhere Zuzahlungen von der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen abhalten zu müssen. Die DGVP befürchtet, dass durch diese Maßnahmen auch solche Patienten von der Behandlung abgehalten werden, die sie dringend benötigen. Von der Behandlung verschleppter oder chronifizierter Erkrankungen sind höhere Folgekosten – also genau das Gegenteil vom angestrebten Ziel – zu erwarten.

### Finanzielle Entlastung der Arbeitgeber / Beschäftigungsförderung

Diese Rechnung kann nicht aufgehen, weil im Umfang der Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen den Versicherten und den Rentnern Geld in Höhe von mehreren Milliarden Euro aus der Tasche gezogen wird, das die Kaufkraft schmälert. Im Übrigen wird auch das geplante Vorziehen der Steuersenkung auf 2004 dadurch konterkariert.

## **3. Langfristige Gestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung**

### Neuordnung der Finanzierung in der GKV

Sieht man die Unwägbarkeiten der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, die nur zu einem kleinen Teil von der gesetzlichen Krankenversicherung beeinflusst wird und das Hickhack allein um die Tabaksteuer, erkennt man, dass die mittelfristige Stabilisierung der GKV-

Finanzen nicht so sicher sein kann wie es hier behauptet wird. Wenn sie es wäre, gäbe es nicht schon jetzt eine von Mitgliedern aus dem Regierungslager angezettelte Debatte um die Bürgerversicherung, die zu einer erheblichen Konfusion der Bürger beiträgt. Es ist zu erwarten, dass die Finanzreform früher als von der Politik bisher dargestellt notwendig werden wird. Es ist bedauerlich, dass mit den vorliegenden Eckpunkten zur Gesundheitsreform nicht bereits eine Weichenstellung in Richtung auf eine zukunftsfähige Finanzierungsgrundlage vorgenommen wurde.

#### **4. Stärkung der Prävention**

##### Präventionsgesetz

Eine wichtige Voraussetzung ist der Aufbau einer soliden Gesundheitsberichterstattung, die wir bisher nicht haben. Auf dieser Basis muss die Formulierung von Gesundheitszielen zügig vorangetrieben werden, damit Gesundheitsförderung und Prävention sinnvoll in das Gesamtsystem des Gesundheitswesens eingebettet werden kann. Ein Präventionsgesetz allein ohne die Umsetzung mittel- und längerfristiger Strategien, Maßnahmenpläne und ohne entsprechende Ressourcenzuteilung dürfte an der Ausgangslage wenig verändern.

## **II. Inhalte und Maßnahmen des Gesetzes**

### **1. Maßnahmen zur Stärkung der Patientensouveränität**

#### Patientenbeauftragter

Noch sind die Kompetenzen und Gestaltungsmöglichkeiten des Patientenbeauftragten unklar und genauso wenig ist erkennbar, wie dies von wem festgelegt werden soll. Die DGVP befürchtet, dass es sich um eine Funktion handelt, mit der die Bundesregierung Patientenorientierung etikettenhaft herausstellen will, ohne sie wirklich ernsthaft umsetzen zu wollen. Zumindest ist das ganze Eckpunktepapier eher von Gängelung und traditioneller Bevormundung der Versicherten bestimmt als von Patientensouveränität.

#### Einbeziehung der Versicherten in die Entscheidungsprozesse

Es war kein gutes Signal für die Einbeziehung der Versicherten in die politischen Entscheidungsprozesse gewesen, dass die Parteiübergreifende Reformkoalition in ihrer ursprünglichen Terminplanung Anhörungen im Bundestag gar nicht mehr vorgesehen hatte. Es ist daher außerordentlich zu begrüßen, dass offenbar auf Initiative der FDP es nun am 22.9.2003 einen Anhörungstermin gibt.

#### Transparenz über Angebote, Leistungen, Kosten und Qualität

Die Einführung einer solchen Kosten- und Leistungsinformation wird begrüßt; sie entspricht einer Forderung, die von der DGVP bereits seit 1997 erhoben wird. Dass diese Information aber nur „auf Verlangen“ erhältlich sein soll, schwächt die gut gemeinte Absicht. Es ist zu befürchten, dass viele Patienten ihren Informationswunsch nicht äußern werden, weil sie Nachteile bei der Behandlung befürchten; denn ein großer Teil der Ärzte hält die Ausstellung eines entsprechenden Belegs für unsinnig. Im Übrigen gibt es schon heute den gesetzlichen Anspruch der Versicherten auf entsprechende Information von Kassen und KVen. Handelt es sich bei der geplanten Neuregelung also sogar um einen Rückschritt?

Wir erwarten Schwierigkeiten bei der Einforderung dieses umfassenden Informationsanspruches. Schon in der Vergangenheit haben sich nämlich Krankenkassen

nicht sonderlich kooperativ gezeigt, wenn Versicherte ihr gesetzliches Informationsrecht zur Höhe der eigenen Krankheitskosten einlösen wollten.

## Intelligente Gesundheitskarte

Die DGVP begrüßt die Einführung einer solchen Gesundheitskarte. Die Zeit bis dahin muss zur Austestung verschiedener Möglichkeiten benutzt werden. Die DGVP ist in einen solchen regionalen Test involviert.

## Kostenerstattung

Durch den Wechsel von der Sachleistung auf das Prinzip der Kostenerstattung wird zweifellos die Transparenz für den Patienten erhöht. Von den Krankenkassen ist zu erwarten, dass die Beratung sorgfältig erfolgt und sie negative Erfahrungen berücksichtigt, die 1997 mit der Kostenerstattung bei Zahnärzten gesammelt wurden. Hier kam es vielfach zu überhöhten Abrechnungen, bei denen die Patienten erhebliche Kosten selbst zu tragen hatten.

## Behandlung innerhalb der EU

Dabei ist zu beachten, dass in den EU-Ländern unterschiedliche Abrechnungsbedingungen gelten. Vielfach wird die Bezahlung der Arztrechnungen sofort verlangt. Auch gelten andere Bestimmungen für Eigenbeteiligungen und andere Tarife als in Deutschland. So hatte der Gelbe Dienst kürzlich einen krassen Fall von Abzocke eines GKV-Versicherten in Portugal beschrieben. Eine vorherige Information über die Behandlungskosten ist deshalb unerlässlich. Unter Umständen empfiehlt sich auch unmittelbar vor der Behandlung eine letzte Abstimmung mit der eigenen Krankenkasse.

## Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer

Grundsätzlich positiv. Zu befürchten ist aber, dass es wegen der zu treffenden Berücksichtigungen kaum zu schnellen und unbürokratischen Entscheidungen durch die Kasse kommen wird.

## Beitragsrückgewähr, Selbstbehalte

Offensichtlich geht es darum, freiwillig Versicherte vom Wechsel in die private Krankenversicherung abzuhalten. Es sei mit Blick auf die Berechenbarkeit der Politik daran erinnert, dass das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung unter Leitung von Ulla Schmidt noch Anfang 2002 zu verhindern suchte, dass die Techniker Krankenkasse als erste Kasse ein Selbstbehaltsmodell einführt.

## Angebote zum Abschluss von privaten Zusatzversicherungen

Solche Angebote sind zu begrüßen.

## Bonusregelungen

Sie stellen zur positiven Beeinflussung von Gesundheitsverhalten richtige Anreize dar; sie sollten jedoch nicht missbraucht werden, um Patienten zu Versorgungsmodellen zu lenken, die in ihrer Wirksamkeit (noch) nicht belegt sind.

## Mitberatung durch Patienten und Behindertenverbände

Das Recht zur „Mitberatung“ ist ein erster richtiger Schritt. Die DGVP fordert darüber hinaus aber eine gleichberechtigte Beteiligung an den Entscheidungsprozessen. Mit der Rechtsverordnung ist offenbar eine bürokratische Kontrolle von Patientenorganisationen geplant, die nur solche Organisationen zur Mitwirkung zulässt, die den Beteiligten genehm



sind. Durch derartigen Dirigismus soll offenbar gewährleistet werden, dass nur das System unterstützende Organisationen zur Mitwirkung zugelassen werden.

## **2. Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung**

### Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Es ist zu befürchten, dass mit diesem Institut auf Kosten der Versicherten ein erheblicher zusätzlicher Verwaltungsaufwand betrieben wird, nennenswerte Qualitätsverbesserungen sich aber nicht einstellen werden. Die geplante Institutserrichtung liegt damit auf der Linie des Gesamtkonzepts dieser Gesundheitsreform, Verwaltung immer weiter aufzublähen, ohne die Effektivität der medizinischen Versorgung wirklich zu steigern.

### Fortbildung der Ärzte

Dass mangelnde Fortbildung lediglich Vergütungsabschläge zur Folge haben soll, ist nicht nachvollziehbar, da immerhin die Gesundheit von Patienten auf dem Spiel steht. Die Regelung ist auch unakzeptabel angesichts der immer kürzer werdenden Halbwertszeit des naturwissenschaftlich-medizinischen Wissens. Hier ist der Gesetzentwurf auch nicht schlüssig, denn an anderer Stelle wird auf die große Bedeutung des medizinischen Fortschritts deutlich hingewiesen. Die DGVP fordert daher verbindliche Regelungen mit einer Rezertifizierung der Ärzte alle fünf Jahre.

### Internes Praxis-Qualitätsmanagement

Dieser Regelung ist nicht zu entnehmen, an wen die Berichte zu adressieren sind, wer sie bearbeitet und wie die Versicherten an sie gelangen. Auch diese Maßnahme erweckt den Eindruck, als würde sie vor allem einen weiteren Beitrag zur Steigerung der Bürokratie leisten.

## **3. Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen**

### Überwindung sektoraler Grenzen

Alles, was zur Überwindung der Zerstückelung des Gesundheitswesens beiträgt, ist zu begrüßen. Warum kann die Aufhebung bestehender Sektorgrenzen nicht direkt angegangen werden? Gerade in den parteiübergreifenden Konsensgesprächen hätte sich dieses Thema doch angeboten. Mehr Wettbewerb ist grundsätzlich wichtig. Wie damit allerdings Innovation beschleunigt werden soll angesichts der vorherrschenden Regulierung des Leistungsgeschehens, bleibt bisher unklar.

### Angebot hausärztlich zentrierter Versorgungsformen

Bisher ist unbewiesen, dass hausärztlich zentrierte Versorgungsformen zu einer Verbesserung gegenüber der bisherigen Versorgung führen. Richtig wäre, den Weg über entsprechende Modellversuche zu gehen.

### Direktverträge von Kassen mit einzelnen Ärzten

Solche Verträge komplizieren die medizinische Versorgung und machen das System für 72 Mio. Versicherte in ca. 350 Krankenkassen intransparent.

## Integrierte Versorgung

Nach unserer Einschätzung gibt es vier Jahre nach der Gesundheitsreform 2000, mit der die Vorschrift zur integrierten Versorgung erlassen wurde, noch immer keine leistungsfähigen Modelle dazu. Deshalb ist die Ankündigung der „Weiterentwicklung“ übertrieben.

## Arbeitszeitproblematik in Krankenhäusern

Die Formulierungen hierzu sind vage. Es fehlt die Information in welchem Umfang und Zeitraum Verbesserungen erfolgen sollen. Das Arbeitszeitproblem kann nach dem jetzt ergangenen zweiten viele EUGH-Urteil nicht weiter dilatiert werden. Solange es keine konkreten Lösungen gibt, bleiben Patienten durch das Risiko, von überlasteten Ärzten falsch behandelt zu werden, bedroht.

## **5. Neuordnung der Versorgung mit Arznei- und Hilfsmittel**

### Herstellerabschlag

Diese Regelung ist bezeichnend für den Dirigismus, der den GMG-Entwurf an verschiedenen Stellen prägt.

### Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses

Wahrscheinlich werden diese Empfehlungen doch wohl den Wirtschaftlichkeitsprüfungen zugrunde gelegt. Zu befürchten ist, dass dann einem Arzt, der auf den individuellen Behandlungsbedarf eines Patienten eingehen will, wenig Spielraum bleibt, diesen Empfehlungen nicht zu folgen ohne sanktioniert zu werden.

### Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel

Diese Regelung ist prinzipiell falsch. Es ist absolut unverständlich, dass ausgerechnet wirksame Arzneimittel wegen ihres geringen Nebenwirkungsrisikos ausgegrenzt werden sollen. Die Folge wird sein, dass vielfach teurere Medikamente mit einem deutlich höheren Nebenwirkungsrisiko verordnet werden. Das widerspricht dem Patientenrecht auf eine notwendige und möglichst risikoarme medizinische Versorgung. Diese Ausgliederung wird für viele Patienten mit erheblichen wirtschaftlichen Belastungen einhergehen, zumal diese zusätzlichen Kosten für die Belastungsgrenzen von 2 bzw. 1 % nicht relevant sind.

Insbesondere ist auf Probleme von pflegebedürftigen Menschen hinzuweisen, die auf künstliche Ernährung angewiesen sind. Von ihnen würde erwartet, dass sie diese dann ebenfalls ausgegrenzten Produkte mit Tagesbehandlungskosten von bis zu 170 Euro selbst bezahlen müssten. Die Konsequenzen einer solchen Regelung wären unvorstellbar. Hier sehen wir dringenden Änderungsbedarf.

### Arzneimittel zur Verbesserung der privaten Lebensführung

Die Trennlinie zwischen Lifestyle-Produkten und medizinisch notwendigen Arzneimitteln ist unscharf und wird je nach Betrachtungsweise beliebig verschoben. Von daher ist zu fordern, dass in medizinisch begründeten Fällen die Erstattung solcher Mittel möglich ist.

## Umgestaltung der Arzneimittelpreisverordnung

An die Stelle einer einheitlichen Arzneimittelpreisverordnung für die Abgabe in Apotheken sollen nunmehr drei verschiedene Regelungen treten. Darüber hinaus sind abweichende Regelungen möglich, wenn Apotheken an besonderen Versorgungsformen beteiligt werden. Damit liegt ein weiteres Beispiel dafür vor, wie das Gesundheitswesen mit der geplanten Reform nicht vereinfacht, sondern im Gegenteil immer weiter kompliziert wird.

## Aut idem-Regelung

Die angekündigte Vereinfachung ist zu begrüßen. Noch besser wäre allerdings die gänzliche Abschaffung der 2001 eingeführten gesetzlichen Vorschrift. Durch sie wurde bei Patienten, Ärzten und Apothekern große Unsicherheit geschaffen und ein erheblicher Verwaltungsaufwand bewirkt, ohne dass die ursprünglichen Einsparziele erreicht wurden.

## Versandhandel

Die DGVP hält den Versandhandel grundsätzlich nicht für geeignet, zur Problemlösung der GKV-Finanzierung einen nennenswerten Beitrag zu leisten. Die Absichtserklärungen zum Verbraucherschutz und zur Arzneimittelsicherheit müssen konkretisiert werden; wir vermissen darüber hinaus ein Eingehen auf zu erwartende Defizite bei der Arzneimittelinformation, wenn Apotheker in die Arzneimittelabgabe nicht mehr einbezogen sind.

## Aufhebung des Mehrbesitzverbotes / Filialapotheken

Es ist unklar, was mit der Aufhebung des Mehrbesitzverbotes „in Grenzen“ erreicht werden soll. Auch ist nicht zu erkennen, welche Verbesserungen in der Versorgung mit Arzneimitteln dadurch erreicht werden können, dass ein Apotheker bis zu drei Filialen (warum nicht vier oder fünf?) betreiben darf. Der Sinn dieser Regelung ist schwer nachvollziehbar.

## Hilfsmittelversorgung

Leider ist hier nur die Wirtschaftlichkeit angesprochen. Viele Hilfsmittel gehören dem Bereich „high tech“ an und nicht selten treten bei ihnen Qualitätsprobleme auf. Hilfsmittel dürfen von daher nicht vor allem unter Kostengesichtspunkten bereitgestellt werden, sondern es sind individuelle medizinische Erfordernisse der Patienten unbedingt zu berücksichtigen.

## **6. Reform der Organisationsstrukturen**

### Organisationsrecht der Krankenkassen

Ein immer wieder beklagtes Defizit liegt bei der mangelhaften Interessenvertretung der Patienten in der Selbstverwaltung der Krankenkassen. In den Primärkassen nehmen bekanntlich vor allem Gewerkschaften die Interessen (der Arbeitnehmer) wahr. Die alle sechs Jahre stattfindenden Sozialwahlen machen mit der „Friedenswahl“ die Wahlvorgänge zur Farce: in über 90% der Fälle wird nicht gewählt, sondern passende Listen werden bestätigt; die Hürden für Patientenorganisationen, in die Selbstverwaltung gewählt zu werden, sind extrem hoch. Es ist bedauerlich, dass mit dem GMG-Entwurf nicht die Chance genutzt wurde, entsprechende gesetzliche Änderungen einzuleiten. Dadurch hätte zur Stärkung der Patientensouveränität und zur Beteiligung auf kollektiver Ebene ein maßgeblicher Beitrag geleistet werden können.

### Prüf- und Ermittlungseinheiten

Von solchen Einrichtungen ist keine große Effektivität zu erwarten, weil die, die geprüft werden sollen, sich letztlich selbst prüfen. Ein solches Verfahren ist nicht vergleichbar mit einer neutralen, unabhängigen Prüfinstanz.

## **7. Neuordnung der Versorgung mit Zahnersatz**

DGVP-Kommentar: Die Privatisierung des Zahnersatzes ist ein Zeichen der Hilflosigkeit der für dieses Reformwerk Verantwortlichen und steht für reines Abkassieren bei den Versicherten. Warum eine Rückkehrmöglichkeit von der PKV-Police zur GKV nicht möglich sein soll, ist unklar.

## **8. Neuordnung der Finanzierung**

### Versicherungsfremde Leistungen aus Steuermitteln

Die Erreichung dieses Zieles ist fraglich, wie man unschwer am Verlauf der Diskussion über die Erhöhung der Tabaksteuer sehen kann. Entsprechend sind weitere Finanzierungsprobleme jetzt schon zu erwarten.

### Zahnersatz

Diese Maßnahme, die ausschließlich der Geldbeschaffung aus den Taschen der Versicherten dient, wurde bereits weiter oben kommentiert.

### Krankengeld-Umfinanzierung

Hierbei handelt sich ebenfalls um eine willkürliche Streichung von GKV-Leistungen.

### Übertragung von Leistungen in die Eigenverantwortung

Redlicher wäre es gewesen, von Streichung zu sprechen, statt dafür den Begriff „Eigenverantwortung“ zu missbrauchen.

### Sehhilfen

Die für die Ausgrenzung von Sehhilfen im vorausgegangenen Referentenentwurf verwendete Begründung, dass Versicherte im Durchschnitt bereit seien, rd. 150 € für medizinisch nicht notwendige Leistungen (z. B. Entspiegelung und/oder Tönung der Gläser) auszugeben, verhöhnt alle diejenigen Versicherten, die sich das längst nicht mehr leisten können.

### Künstliche Befruchtung

Diese Maßnahme bevorzugt angesichts der hohen Kosten (z. B. bei ICSI ca. 4.000 Euro) solche Paare, die sich Zuzahlungen in dieser Höhe wirtschaftlich leisten können.

### Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel

Auf die gravierenden Konsequenzen dieses Vorhabens sind wir in unserem Kommentar unter Punkt 5 ausführlich eingegangen.

## Fahrkosten

Grundsätzlich positiv, wir befürchten aber, dass auf solche Patienten nicht Rücksicht genommen wird, die tatsächlich auf Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung angewiesen sind. Schließlich ist von einer aufwändigen Genehmigungsbürokratie durch die Kassen auszugehen, welche die Situation betroffener Menschen zusätzlich erschwert. Die zuverlässigste Einschätzung des bestehenden Bedarfs ist u. E. durch den behandelnden Arzt gegeben. Hier vermissen wir die Bereitschaft, Verantwortung entsprechend zu delegieren.

## Neugestaltung und Vereinfachung der Zuzahlungsregelungen

Mit dieser Ankündigung werden die Betroffenen verhöhnt. Tatsächlich handelt es sich um eine drastische Erhöhung (z. B. Krankenhausbehandlung) bestehender Zuzahlungen und die Ausweitung von Zuzahlungen (z. B. Praxisgebühr, häusliche Krankenpflege). Auch kann von einer deutlichen Vereinfachung überhaupt keine Rede sein: es sind unterschiedliche Regelungen auf Euro-Basis, prozentualer Basis sowie kalendertägliche, monatliche und auf einzelne Leistungen bezogene Zuzahlungen vorgesehen.

## Sicherstellung der sozialen Balance

Die Umsetzung dieser Regelung ist nur vorstellbar dadurch, dass Krankenkassen zunehmend die Rolle eines „zweiten Finanzamtes“ einnehmen, bei dem sämtliche Einkünfte auch z. B. die des in einer anderen Krankenkasse versicherten Haushaltsangehörigen offen gelegt werden müssen. Das ist zwar zur Erlangung einer Freistellung auch heute schon so, dürfte aber in Zukunft angesichts der breiten Palette von Zuzahlungen viel häufiger in Anspruch genommen werden. Damit wird eine neue Dimension von Kassenbürokratie begründet, was vollkommen im Gegensatz zum angekündigten Bürokratieabbau steht.

## Rentnerbeiträge

Die Rentner mit Zusatzrenten werden unangemessen durch höhere Beiträge belastet. Diese Bürger haben ein Arbeitsleben lang für den Ruhestand vorgesorgt und müssen nun erleben, wie ihnen der Gesetzgeber im Krankheitsfall gewissermaßen räuberisch Teile davon wieder wegnimmt.

## **Zusammenfassende Stellungnahme der DGVP:**

1. Die Darstellung der vorgesehenen Regelungen erfolgt in verharmlosender und teilweise irreführender Form. Mit wohl klingenden Ankündigungen (z.B. des geplanten Bürokratieabbaus) wird ein künftiges Gesundheitswesen beschrieben, das nahezu keine Wünsche an Fairness, Belastungsgerechtigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit mehr offen lässt. Die Details der Regelungen strafen diese Ankündigungen fast durchweg Lügen.
2. Einer Gesundheitsreform, die Partei übergreifend von den Regierungsfractionen, der CDU/CSU-Fraktion sowie Vertretern der Länder und dem BMGS in einen so hohen Anspruch gekleidet wird, wäre eine redlichere Information der Öffentlichkeit angemessen gewesen. Dass man sich dazu nicht durchringen konnte, zeigt die Hilflosigkeit der Politik

angesichts des gewaltigen Reformbedarfs unserer gesetzlichen Krankenversicherung.

3. Die Lasten werden in vielfältiger Weise einseitig den Versicherten zugeschoben. Dass den Hauptteil davon vor allem kranke Menschen zu tragen haben, ist vollkommen inakzeptabel. Ein schwerer Fehler dieser Reform ist es auch, dass den Menschen in Ostdeutschland gleich hohe Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen zugemutet werden wie in den westlichen Bundesländern, obwohl Einkommen und Renten 14 Jahre nach der Wiedervereinigung noch immer unter Westniveau liegen.
4. Von wenigen Ausnahmen abgesehen, sind die geplanten Maßnahmen untauglich zur Lösung der Probleme unserer GKV. Nach unserer Einschätzung wird sich die Situation in den nächsten Jahren noch dadurch verschärfen, dass die beschlossene Osterweiterung der EU jedem Bürger in Deutschland erhebliche zusätzliche finanzielle Lasten aufbürden wird.
5. Die Halbwertszeit der Gesundheitsreform 2004 wird kürzer als erwartet sein. Die Probleme unseres Gesundheitswesens werden in vielen Punkten eher noch größer, Korrekturen deshalb umso früher erforderlich werden. Vor allem muss die längst überfällige Finanzierungsreform der GKV angegangen werden.

Heppenheim, den 17. September 2003

## Stellungnahme

zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detleff Parr,  
Dr. Heinrich L. Kolb, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

### **“Zukunft gestalten statt Krankheit verwalten“**

- Drucksache 15/1526 -

1. Die DGVP teilt die in dem Antrag der Liberalen getroffene Analyse unserer gesetzlichen Krankenversicherung in verschiedenen wesentlichen Punkten. Dazu gehört das Übermaß an Regulierung und Kontrolle, der Mangel an Transparenz und an Wettbewerb sowie das Fehlen von Gestaltungsspielräumen, die von allen Beteiligten in eigener Verantwortung zu nutzen sind.
2. Der Antrag vermittelt den Eindruck, dass die FDP zwar die Position der Versicherten und Patienten deutlich stärken will, im Vordergrund der Aufmerksamkeit jedoch die Interessen von Leistungserbringern stehen.
3. Ohne an dieser Stelle näher auf Einzelheiten einzugehen, entspricht die Kritik am aktuellen GMG-Entwurf der Fraktionen von SPD und Bündnis90/Die Grünen und CDU/CSU in vieler Hinsicht der von der DGVP geäußerten Kritik.
4. Obwohl es dringend erforderlich ist, zügig eine Finanzreform der GKV vorzunehmen, sind die vorgeschlagenen System ändernden Maßnahmen aus Sicht der DGVP gegenwärtig nicht überzeugend. Angesichts der negativen Erfahrungen mit der Kostenerstattung unter den Neuordnungsgesetzen (NOG) 1997 ist Voraussetzung einer an sich wünschenswerten Umstellung auf Kostenerstattung, dass die Patienten in diesem Fall nicht mit höheren Kosten konfrontiert wären als sie die Kassen übernehmen. Die Ausgrenzung von ganzen Leistungskomplexen, wie sie der FDP vorschwebt, hält die DGVP für falsch. An der mit dem GMG-Entwurf geplanten Ausgliederung nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel wird schon jetzt erkennbar, dass die vorgesehenen Einsparungen nicht zu realisieren sind und sich eventuell sogar ins Gegenteil umkehren können. Ganz zu schweigen von den enormen Belastungen, die Patienten gemäß diesem Reformelement zu schultern hätten.

5. Von den in 14 Punkten beschriebenen Forderungen unterstützt die DGVP die Nummern 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9 (Transparenz), 10, 13 und 14. Für falsch hält die DGVP die Forderung nach Reduzierung des Pflichtleistungskatalogs auf einen Kernbereich unter Ausgliederung der genannten Leistungen (Nummer 2).

Die in Nummer 3 geforderte Begrenzung des Arbeitgeberanteils auf 6,5 Prozent dürfte zum einen nicht ausreichen, um dem Arbeitsmarkt hinreichende Impulse zu geben; sie bedeutet zum andern, dass die Versicherten allein das Krankheitsrisiko zu tragen hätten. Das würde zusätzliche Maßnahmen der Absicherung erfordern.

Sinnvoll ist es, über eine grundsätzlich neue Form der gesetzlichen Krankenversicherung nachzudenken, die von der Lohnzahlung unabhängig ist. Dies beinhaltet jedoch auch eine völlig neue Organisation der Selbstverwaltungsgremien innerhalb der GKV: Arbeitgeber und Arbeitnehmervertreter wären nicht mehr die Interessenvertreter in der Selbstverwaltungen der Kassen.

Angesichts der Notwendigkeit grundsätzlicher und umfassender Reformen sind die bislang vorliegenden Vorschläge noch unzureichend und wenig überzeugend.

Sie sind nicht auf eine langfristige Stabilisierung der Gesundheitsversorgung angelegt, sondern auf kurzfristige finanzielle Entlastung - zu Lasten der Versicherten. Die DGVP kann an dieser Stelle nur dazu ermuntern, eine umfassende Diskussion grundsätzlicher Alternativen anzustoßen anstatt den bisherigen Weg der Flickschusterei weiter zu gehen.

Die in Nummer 9 angesprochene Transparenz durch Kostenerstattung ist nur ein Teilaspekt der insgesamt fehlenden Transparenz in der GKV. Durch Kostenerstattung allein dürfte sich auch Wettbewerb in nennenswertem Umfang nicht einstellen. Die gegebene Begründung für die Umstellung auf Kostenerstattung reicht nach Auffassung der DGVP nicht aus.

Die Herausnahme von Leistungskomplexen aus der Umlagefinanzierung nach Nummer 11 bedeutet eine Verschiebung von Leistungen zur Privatversicherung, für die kein zwingender Anlass besteht, es sei denn, das PKV-Segment soll gefördert werden.

Das geforderte Votum nach Nummer 12 gegen eine Einbeziehung aller Bürger in die GKV sollte besser erst dann diskutiert werden, wenn neue Finanzierungsmodelle und Alternativen entscheidungsreif entwickelt und durchgerechnet sind. Das ist gegenwärtig keineswegs der Fall. Die Diskussion ist heute in starkem Maß von Spekulationen bestimmt.

Heppenheim, den 17. September 2003



**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0273(15)  
vom 17.09.03**

**15. Wahlperiode**

# **S T E L L U N G N A H M E**

**der**

**ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände**

**zum**

**„Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der  
Gesetzlichen Krankenversicherung  
(GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)“**

**der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

**(Bundestagsdrucksache 15/1525 vom 08. September 2003)**

## A. Die grundsätzliche Position der ABDA

Mit dem „GKV-Modernisierungsgesetz“ soll nach der Begründung des Gesetzesentwurfs<sup>1)</sup> die Qualität der Gesundheitsversorgung nachdrücklich und dauerhaft verbessert werden. Es sollen Anreize gesetzt werden, Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen sowie die Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung deutlich zu steigern. Mit den geplanten Maßnahmen, wie

- der Zulassung des Versandhandels mit Arzneimitteln,
- der Gestattung des Apotheken-Mehrbesitzes (Apothekenfilialen),
- der Einbindung der Krankenhausapotheken in die ambulante Versorgung und
- der grundsätzlichen Herausnahme nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus der GKV-Erstattung bei gleichzeitiger Preisfreigabe,

wird keines dieser Ziele erreicht. Die Umsetzung der geplanten Maßnahmen wird zwangsläufig zur Zerstörung der mittelständischen Apothekenstruktur führen. Damit wird die flächendeckende, bürgernahe und schnelle Versorgung der Patienten durch unabhängige, individuell und eigenverantwortlich geführte Apotheken unwiderruflich aufgegeben.

Die Einführung von Apothekenketten und die Zulassung des Versandhandels ersetzen das bisherige System der Arzneimittelversorgung durch öffentliche Apotheken, die durch eine persönlich haftende Apothekerin oder einen Apotheker verantwortlich geleitet werden, durch ein Arzneimittelversorgungssystem, das von global agierenden Kapitalgesellschaften beherrscht wird. Mit dieser Systemänderung wird nicht nur ohne Grund das bestehende, mit unbestritten hoher Qualität versehene Versorgungssystem aufgegeben, sondern zugleich ein System etabliert, das erhebliche negative volkswirtschaftliche Folgen mit sich bringt. Wer die Arzneimittelversorgung in Deutschland zum Objekt international tätiger Kapitalgeber macht, schafft unmittelbar die Grundlage für die Verlagerung von Arbeitsplätzen und den Transfer von Steuererträgen in das Ausland.

Da der Gesetzesentwurf auch in der jetzt vorliegenden Fassung die hohe Qualität des derzeitigen Systems ignoriert, ein neues System mit negativen gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen einführt und zur Folge haben wird, dass das System der Arzneimittelversorgung über die individuelle öffentliche Apotheke beseitigt wird, lehnen wir das Gesetzesvorhaben unverändert nachdrücklich ab.

Die ABDA schlägt vor, statt der Zerstörung des bestehenden Versorgungssystems dieses System zu nutzen, um in Verbindung mit dem Modell der Hausapotheke auf eine Optimierung der Arzneimittelanwendung hinzuwirken. Studien aus den USA belegen die Notwendigkeit dieses Ansatzes: Aufgrund arzneimittelbezogener Probleme wurde das amerikanische Gesundheitswesen im Jahr 2000 mit rund 177 Mrd. US-\$ belastet. Von diesem Betrag entfallen rund 121

---

<sup>1)</sup> Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Bundestagsdrucksache 15/1525 vom 08. September 2003).

Mrd. US-\$ auf Krankenhauseinweisungen, entsprechend etwa 30% der gesamten für Krankenhausaufenthalte entstandenen Kosten. Etwa jede vierte der im Jahr 2000 erfolgten Krankenhauseinweisungen war auf arzneimittelbezogene Probleme unterschiedlicher Ursachen zurückzuführen. Überträgt man diese Zahl auf Deutschland, resultierten aufgrund arzneimittelbezogener Probleme Krankenhausfolgekosten in Höhe von rund 29 Mrd. €.

## 1. Aufhebung des Mehrbesitzverbotes

Die mit dem Gesetzentwurf vorgesehene Gestattung des Mehrbesitzes an Apotheken gibt auch mit der Beschränkung auf drei Filialapotheken unwiderruflich das Leitbild des persönlich leitenden, haftenden und in seiner Apotheke anwesenden Apothekers auf. Damit wird eine der tragenden Säulen des deutschen Apothekensystems beseitigt. Das Mehrbesitzverbot sorgt gemeinsam mit dem Verbot des Fremdbesitzes für ein Höchstmaß an Verantwortlichkeit und Bindung auf Seiten der Apotheke und ein Höchstmaß an Sicherheit der Patienten im Bereich der Arzneimittelabgabe. Das Fremd- und Mehrbesitzverbot trägt maßgeblich zur Gewährleistung der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung bei, indem es

- die persönliche Verantwortung und Haftung des heilberuflich tätigen Apothekenleiters gewährleistet,
- ausschließlich merkantile, an Gewinnmaximierung orientierte Vorgaben Dritter ausschließt, die eine unabhängige pharmazeutische Beratung korrumpieren würden,
- den Leistungswettbewerb stärkt und verhindert, dass der Apotheker als schlichter Gewerbetreibender auf logistische Verteilerfunktionen reduziert wird,
- die Möglichkeit zum Aufbau eines persönlichen Vertrauensverhältnisses zwischen Patient und Apotheker eröffnet und
- Konzentrationsprozesse zu oligopolistischen Strukturen verhindert und damit die flächendeckende Präsenz der Apotheken fördert.

Die strukturellen und ökonomischen Folgen einer Einführung des Mehrbesitzes und damit zwangsläufig auch des Fremdbesitzes sind eindeutig: Es fände innerhalb kürzester Zeit eine Konzentration des Apothekenbetriebs auf wenige, finanzkräftige Marktbeteiligte statt, wie es z. B. auch seit kurzem in Norwegen nach der dortigen Öffnung des Apothekensystems für den Fremdbesitz zu beobachten ist. Oligopolistische Strukturen würden insbesondere in Verbindung mit einer teilweisen oder vollständigen Aufhebung der Preisbindung für apothekenpflichtige Arzneimittel ein erhöhtes Risiko für Preissteigerungen und nachteiliger wirtschaftlicher Konsequenzen bedeuten. Sie würden darüber hinaus zu Umsatz- und Verkaufsstrategien beitragen, die der Verhinderung des Arzneimittelmehr- und -fehlgebrauchs abträglich sind. Der Sicherstellungsauftrag für die Arzneimittelversorgung müsste bei einer Öffnung für „Betreiber“, die nicht Apotheker sind, einer marktorientierten Standortwahl weichen.

Zu berücksichtigen sind ferner die Wechselwirkungen einer Einführung des Fremdbesitzes und des sich daraus ableitenden Mehrbesitzes mit der Niederlassungsfreiheit. Anders als in fast allen anderen Mitgliedstaaten der EU besteht in Deutschland aufgrund der Rechtsprechung des BVerfG Niederlas-

sungsfreiheit, ohne dass die Teilnahme an der Arzneimittelversorgung durch Apotheken durch ein Konzessionssystem oder ein Zulassungserfordernis seitens der Krankenkassen beschränkt wäre. Dies hat zur Folge, dass bei einer Freigabe des Fremd- und Mehrbesitzes an Apotheken seitens neuer finanzstarker Marktteilnehmer beliebig neue Apotheken gegründet werden könnten, ohne dass eine Notwendigkeit zum Erwerb bestehender Betriebe bestünde. Diese würden folglich ihren Firmenwert einbüßen, was ihre freiberuflichen Betriebsinhaber enteignungsgleich um einen Teil ihrer Versorgungsgrundlage brächte.

Es gibt keinerlei belegbare Anhaltspunkte dafür, dass ein Apothekensystem mit Fremd- und Mehrbesitz eine dauerhaft kostengünstigere Arzneimittelversorgung bei mindestens gleicher Qualität bieten könnte, als es das heutige System tut. Gesundheits-, wirtschafts- oder arbeitsmarktpolitische Vorzüge entsprechender Systemveränderungen sind weder nachgewiesen noch erkennbar. Der Vergleich mit anderen Staaten zeigt, dass es keinerlei empirische Evidenz für einen grundlegenden ökonomischen Vorteil von Systemen mit Kettenapotheken gegenüber dem deutschen Apothekensystem mit seiner freiberuflich und selbständig geführten Apotheke gibt.

## **2. Öffnung der Krankenhausapotheken für den ambulanten Bereich**

Die teilweise Öffnung der Krankenhausapotheken für den ambulanten Bereich bei bestimmten Arzneimitteln, die an Patienten angewendet werden, wird von uns abgelehnt, weil sie wegen der besonderen Rahmenbedingungen, die für Krankenhausapotheken gelten, zu Wettbewerbsverzerrungen führt.

Krankenhausapotheken werden vom Krankenhausbetreiber betrieben (Fremd- und Mehrbesitz). Sie versorgen die Stationen und Teileinheiten des Krankenhauses und nicht den einzelnen Patienten. Ihre Ware beziehen sie vom pharmazeutischen Großhandel oder direkt vom pharmazeutischen Hersteller. Dabei werden Arzneimittel deutlich unter dem Marktpreis, teilweise kostenlos oder sogar in Verbindung mit Zugaben der Industrie bezogen. Letztere verbindet damit die Erwartung, dass im Krankenhaus auf ihr Produkt eingestellte Patienten damit auch ambulant (zu regulären Preisen) weiter versorgt werden. Krankenhausapotheken rechnen ihre Arzneimittellieferungen an die Stationen und Teileinheiten des Krankenhauses nicht getrennt mit den Krankenkassen ab, sondern werden über die Pflegesätze mitfinanziert. Eine betriebswirtschaftliche Vollkostenrechnung bezogen auf die konkreten Arzneimittelabgaben und -herstellungen erfolgt nicht. Krankenhausapotheken verfügen nicht über das vollständige Arzneimittelsortiment, sondern bevorraten nur die auf der Arzneimittelliste des Krankenhauses verzeichneten Produkte.

Die Erwartung, dass die aus Marketinggründen preisgünstige Arzneimittelversorgung der Krankenhäuser durch die Industrie auch für den ambulanten Bereich genutzt werden könnte, geht fehl. Derzeit gleicht die Pharmaindustrie ihre Margenverluste im Krankenhausbereich in Form einer Mischkalkulation durch höhere Preise im ambulanten Bereich aus. Findet Krankenhausware zukünftig in zunehmendem Umfang Eingang in den ambulanten Bereich, wird die Industrie die Krankenhaussubventionierung schlagartig abbauen. Die Voraussetzungen für Kostenvorteile im ambulanten Bereich werden damit entfallen.

Krankenhausträger erhielten bei Umsetzung der gesetzgeberischen Absichten die Möglichkeit, über ihre Krankenhausapotheken Arzneimittel zu verkaufen und damit eigene wirtschaftliche Interessen zu realisieren, ohne dass die Kalkulation überprüft und die Handelsspannen festgelegt und begrenzt wären. Es wäre nicht akzeptabel und auch verfassungsrechtlich bedenklich, wenn Krankenhausträger durch eine Änderung des Apothekengesetzes in die Lage versetzt würden, anstelle der freiberuflich, mit unternehmerischem Risiko tätigen Inhaber öffentlicher Apotheken in Konkurrenz zu diesen am allgemeinen Wirtschaftsverkehr teilzunehmen.

Als Alternative zu dem Gesetzentwurf schlagen wir im Interesse einer verbesserten sektorenübergreifenden Versorgung das „Seamless-Care-Modell“ vor, das die lückenlose Fortführung der Arzneimittelversorgung der aus dem Krankenhaus entlassenen Patienten durch wohnortnahe öffentliche Apotheken gewährleistet. Durch einen geregelten Informationsaustausch, z. B. in Form eines Arzneimittelbriefes, zwischen den Leistungserbringern im stationären und ambulanten Bereich, d. h. der Krankenhaus- und der öffentlichen Apotheke, sowie der Betreuung des Versicherten nach der Entlassung durch die öffentliche Apotheke werden arzneimittelbezogene Probleme rechtzeitig erkannt und es können geeignete Maßnahmen zu ihrer Behebung ergriffen bzw. veranlasst werden.

### **3. Versandhandel**

Die Aufhebung des Verbotes des Versandhandels mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln ist abzulehnen, weil sie weder zu Einsparungen noch zu einer verbesserten Qualität der Versorgung führt. Der Versandhandel wird die GKV-Ausgaben nicht vermindern. Die Qualität der Versorgung wird wegen der mit dem Versandhandel verbundenen Sicherheitseinbußen nicht verbessert, sondern verschlechtert.

Es gibt eher keinen Nachweis, dass Versandhandel mit Arzneimitteln bei einer vollsortierten, flächendeckenden Versorgung in Deutschland zu Kosteneinsparungen führen wird. Behauptete Ersparnisse in Höhe von 200 bis 300 Mio. € p.a. basieren auf der ausschließlichen Belieferung höherpreisiger Teilmärkte (kein Vollsortiment) und auf den Margen von Großhandel und Apotheken in den Jahren 1999/2000.

Durch das Arzneimittelausgabenbegrenzungsgesetz und das Beitragssatzsicherungsgesetz wurden die Distributionskosten bereits um rund 1,4 Mrd. € p.a. gekürzt. Damit sind die deutschen Apothekenmargen im GKV-Bereich (nach Kassenabschlag) die niedrigsten im EU-Vergleich. Staaten mit Versandhandel und Apothekenketten, z. B. USA, Schweiz, Niederlande, weisen wesentlich höhere Distributionskosten und Ausgabensteigerungen bei Arzneimitteln auf als Deutschland.

Der Versandhandel in den Niederlanden hat einen Marktanteil von unter 1 %, in der Schweiz von 1 bis 2 %. In beiden Ländern ist der Versandhandel defizitär. In den USA liegt der Marktanteil bei ca. 15 %. Dies wird erreicht durch

- Beschränkung auf ein enges hochpreisiges Marktsegment (Rosinenpickerei)
- Gegenüber Präsenzapotheken bevorzugter Lieferumfang:
  - Versandhandelsapotheke bis dreifacher Monatsbedarf,
  - Präsenzapotheke maximal einfacher Monatsbedarf
- Differenzierte Patientenzuzahlung:
  - Versandhandel 10 – 20 \$,
  - Präsenzapotheke 20 – 40 \$.

Sowohl in der Schweiz als auch in den USA ist der Versandhandel aus dem Ausland strikt verboten, wodurch die nachteiligen strukturellen Folgen eines grenzüberschreitenden Versandhandels ausgeschlossen bleiben. Dem gegenüber gilt der EU-Markt zwar einerseits als Binnenmarkt, jedoch unterliegt das Gesundheitswesen andererseits nach Artikel 152 EG-Vertrag dem Subsidiaritätsprinzip. Daraus resultiert, dass es sich im Arzneimittel-, Apotheken- und Sozialrecht sowie hinsichtlich der Umsatzsteuer auf Arzneimittel de facto um 15 nationale Märkte handelt.

Wer Versandhandel mit Arzneimitteln einführt, muss Sicherheitseinbußen in Kauf nehmen. Der Versand von Arzneimitteln birgt systemimmanente Risiken, die bei der Abgabe von Arzneimitteln in einer örtlichen Apotheke ausgeschlossen sind.

Eine Beratung des Patienten durch den fachkundigen Apotheker ist nur theoretisch, nicht aber praktisch gewährleistet. Bei einer Abgabe von Arzneimitteln in der örtlichen Apotheke fällt es dem Patienten leicht, Fragen zu stellen. Die Möglichkeit, per E-Mail, schriftlich oder durch einen Anruf Beratung einzuholen, wird von vielen Patienten wegen der damit verbundenen Mühen nicht wahrgenommen. Zudem scheidet beim Versand die Möglichkeit der unaufgeforderten Beratung durch den Apotheker aus.

Ein weiteres systemimmanentes Risiko liegt darin, dass der Patient bei dem Bestellvorgang das richtige Präparat aus vorgegebenen Listen auswählen oder selbst benennen muss. Erfahrungen bei Testkäufen zeigen, dass dabei Eingabefehler vorkommen und nicht in jedem Fall von dem Personal des Versandhändlers bemerkt werden.

Weitere Risiken resultieren aus der Inanspruchnahme für den Arzneimitteltransport nicht spezialisierter Logistikunternehmen und Unwägbarkeiten bei der Zustellung. Werden Arzneimittel auch anderen Personen als dem Besteller ausgehändigt, so können hieraus Arzneimittelrisiken folgen, zum Beispiel bei einer Aushändigung an Kinder. Wird der Besteller nicht angetroffen, werden die Sendungen dann Dritten zugänglich vor der Wohnungstür oder im Briefkasten hinterlassen oder werden sie gemeinsam mit anderen Sendungen bis zu einem erneuten Zustellversuch unspezifisch zwischengelagert? Dürfen solche Sendungen als Arzneimittelsendungen erkennbar sein, um einen dem Produkt entsprechenden sensiblen Umgang zu ermöglichen oder wird durch ihre Kennzeichnung Missbrauch auf dem Versandweg erst heraufbeschworen?

Die Einführung des Versandhandels mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln gegenüber Endverbrauchern als gleichwertige Form der Regelversorgung neben

der Abgabe in der Apotheke führt dazu, dass deutsche Apotheken in einen ungleichen Wettbewerb mit ausländischen Apotheken gestellt werden. Da letztere dem umfangreichen, oben nur im Ansatz beschriebenen Reglement des deutschen Gesetzgebers nicht unterworfen werden können, kommt es zu einer Inländerdiskriminierung und Wettbewerbsverzerrung, die verfassungsrechtlich zwangsläufig zur Aufgabe der wesentlichen Strukturelemente der heutigen Arzneimittelversorgung in Deutschland führen muss. Betroffen sind das Arzneimittelrecht, das Apotheken- und Sozialrecht.

Für die Einführung des Versandhandels besteht auch unter europarechtlichen Gesichtspunkten kein Handlungsbedarf. Die Begründung des Gesetzentwurfes geht insoweit fehl. Inwieweit die vom Bundesverfassungsgericht in der dort genannten Entscheidung getroffene Abwägung der Wettbewerbsinteressen der Apotheker einerseits und des arbeitsschützenden Gesetzeszwecks des Ladenschlussgesetzes andererseits die Einführung des Versandhandels mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln gegenüber Endverbrauchern erforderlich machen sollte, ist nicht ersichtlich.

Auch der in der Gesetzesbegründung zitierte Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 11. Februar 2003 – 1 BvR 1972/00; 1 BvR 70/01 – begründet keinen gesetzgeberischen Handlungsbedarf. In dieser Entscheidung hat das Bundesverfassungsgericht das Verbot des Impfstoffversandes aus Apotheken an Ärzte insbesondere deshalb für verfassungswidrig erklärt, weil der Gesetzgeber den Impfstoffversand nach § 47 Abs. 1 Nr. 3 AMG und den Versand sonstiger Impfstoffe an Ärzte ohne nähere Begründung unterschiedlich gewertet habe. Darüber hinaus werden Erwägungen zur Vertretbarkeit des Versandhandels mit Arzneimitteln gegenüber dem Arzt als sachkundigem Empfänger angestellt, die in keiner Weise auf den Versandhandel gegenüber Endverbrauchern übertragen werden können.

Als alternative, systemimmanente Änderung schlägt die ABDA ein Home-Service-System in Verbindung mit einem geänderten Preisbildungssystem vor. Hierfür müsste die Abgabemöglichkeit außerhalb der Apothekenbetriebsräume über die derzeitige Formulierung von § 17 Abs. 2 ApBetrO hinaus erweitert werden. Über den begründeten Einzelfall hinaus sollte sie auch dann eingeräumt werden, wenn Kommunikationsmedien vom Patienten zur Bestellung von Arzneimitteln genutzt werden und er die Apotheke nicht körperlich aufsucht. In diesen Fällen sollte die Belieferung durch pharmazeutisches Personal der Apotheke erlaubt werden. Damit wird der in der Begründung geltend gemachte Convenience-Vorteil erreicht, die wohnortnahe Versorgung nicht zugunsten überregionaler Versandhändler geschwächt und die pharmazeutische Beratung weiterhin gewährleistet. Das bewährte Arzneimittelversorgungssystem, getragen von der heil- und freiberuflich, eigenverantwortlich und mit persönlicher Haftung geleiteten Apotheke bliebe erhalten. Das erprobte und erwiesenermaßen sichere System der Arzneimittelversorgung könnte ohne Nachteile weiter genutzt werden. Es würde nicht einem in seinen Folgen für die Arzneimittelsicherheit, die flächendeckende Versorgung und die Wirtschaftlichkeit nicht einzuschätzenden Experiment mit einem System geopfert, das aufgrund seiner stärker merkantilen Anreize Nachteile für die pharmazeutische Qualität der Arzneimittelversorgung nach sich zieht.

#### 4. Arzneimittelpreisbildung

Wir begrüßen, dass der Gesetzentwurf das Prinzip des von uns vorgeschlagenen „Kombi-Modells“ mit einer preisunabhängigen und einer preisabhängigen Komponente der Preisbildung bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln umsetzt. Die heilberufliche Position des Apothekers wird so gestärkt und eine stärkere Einbindung des Apothekers unter ökonomischen Gesichtspunkten (Stichworte: aut idem, Importe, ökonomische Beratung der Ärzte u. a.) herbeigeführt.

Wir halten es allerdings nach wie vor für unverzichtbar, die Dynamisierungsregelung für den preisunabhängigen Festzuschlag zu konkretisieren. Die derzeit als Ergänzung des § 78 Abs. 1 AMG vorgeschlagene Dynamisierungsregelung ist unzureichend. Wir schlagen eine jährliche Anpassung des preisunabhängigen Festzuschlages entsprechend der Entwicklung der Betriebskosten der Apotheken durch den Bundesminister für Wirtschaft und Arbeit vor. Für diese Festlegung kann auf den alljährlichen Betriebskostenvergleich zurückgegriffen werden, den das unabhängige Institut für Handelsforschung der Universität Köln seit Jahrzehnten für die verschiedenen Einzelhandelsbranchen erstellt.

Auf die in Zusammenhang mit der Preisbildung stehende Regelung des § 130 Abs. 1a SGB V (neu) gehen wir unter B. ein.

#### 5. Einzelverträge

Der Gesetzentwurf sieht Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Apotheken bei besonderen Versorgungsformen vor. Wir begrüßen, dass der Gesetzgeber davon Abstand genommen hat, für diesen Bereich freie Preisvereinbarungen zuzulassen, weil dies angesichts der neuen Bestimmungen der Arzneimittelpreisverordnung sachwidrig gewesen wäre und durch die Nachfragemacht der Krankenkassen produzierte wettbewerbswidrige Dumpingpreise zur Folge gehabt hätte.

Allerdings wird auch durch die jetzt weniger weit gehende Regelung das Vertragsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht, wie die Gesetzesbegründung behauptet, gestärkt, sondern gefährdet, weil Einzelverträge, mit denen die Interessen beider Seiten in einen fairen Ausgleich gebracht werden, bei den monopolartigen Strukturen auf Seiten der Krankenkassen schlichtweg unmöglich sind.

Unser **Gegenvorschlag** für eine Verbesserung der Arzneimittelversorgung der Patienten, insbesondere für chronisch Kranke, besteht in der Verbindung des „Hausapothekenmodells“ mit einer wirtschaftlich angemessenen Vergütung der Dienstleistungen der Apotheken.

Wir schlagen die Einbindung der Apotheken in vertraglich vereinbarte Versorgungsformen im Sinne des „Hausapothekenmodells“ vor, das Versicherte jedoch gleichermaßen in Anspruch nehmen können, wenn sie nicht an diesen Versorgungsformen teilnehmen. Durch dieses Modell ist es möglich, pharmazeutische Dienstleistungen, z. B. zur Prävention, aber auch zur Arzneimittelver-



sorgung chronisch Kranker, strukturiert und dokumentiert durchzuführen. Kernelement ist die freiwillige Bindung des Versicherten an eine von ihm gewählte Hausapotheke für einen bestimmten Zeitraum, z. B. ein Jahr. Damit ist es möglich, alle arzneimittelbezogenen Daten (Stammdaten und Medikationsdaten, einschließlich der Selbstmedikation) systematisch zu erfassen und zeitnah arzneimittelbezogene Probleme im Sinne einer Unter-, Über- oder Fehlversorgung, auch im Hinblick auf die Anwendung durch den Versicherten, aufzudecken sowie entsprechende Maßnahmen zu ihrer Behebung zu ergreifen bzw. zu veranlassen. Die Leistungen können sowohl indikationsunabhängig als auch indikationsabhängig erbracht werden.

Dass diese pharmazeutischen Leistungen nicht nur für den Patienten, sondern auch für die Solidargemeinschaft essenziell sind, belegen die erheblichen Folgekosten, die aufgrund arzneimittelbezogener Probleme eintreten (siehe oben S. 3 f.) und die durch pharmazeutische Betreuung weitgehend vermieden werden könnten.

## **6. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel**

Die Herausnahme nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus der GKV-Versorgung, die mit der Änderung des § 34 SGB V grundsätzlich herbeigeführt werden soll, ist gesundheitspolitisch unvertretbar und wird auch nicht die gewünschten Einspareffekte nach sich ziehen. Sie ist deshalb abzulehnen.

Die Vielzahl der bereits jetzt vorgesehenen Ausnahmen zeigt, dass die beabsichtigte Regelung verfehlt ist. Bei dieser Maßnahme handelt es sich um eine rein finanzpolitische Entscheidung, die weder mit einer Qualitätsverbesserung noch mit Beseitigung von Unwirtschaftlichkeit oder mit Verbesserung des solidarischen Wettbewerbs begründet werden kann.

Zu dem Einsparpotential auf der Kostenseite ist festzuhalten, dass nicht verschreibungspflichtige Präparate wirksam, für viele Indikationen therapeutisch ausreichend und preisgünstig sind. Bereits heute liegen die Preise nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel vielfach im Bereich der Patientenzuzahlung. Durch die vorgesehene Erhöhung der Zuzahlung werden die GKV-Ausgaben für diese Produkte weiter drastisch gesenkt. Vor diesem Hintergrund und bei Berücksichtigung der auch zukünftigen Erstattung der Verordnungen für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr sowie den weiteren Ausnahmen für die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln ist vorhersehbar, dass diese Maßnahme nicht den erwünschten Einspareffekt erbringen kann.

Es ist auch davon auszugehen, dass Ärzte den Versicherten ersatzweise Arzneimittel verordnen, die in der GKV erstattungsfähig sind. Dies bedeutet die Verordnung von Arzneimitteln, die in dem jeweiligen Krankheitsstadium noch nicht indiziert sind, die in der Regel ein ungünstigeres Nutzen-Risiko-Verhältnis haben – daher unterliegen sie der Verschreibungspflicht – und die in der Regel auch teurer sind als die indizierten Arzneimittel. Diese Fehl- bzw. Überversorgung wird ebenfalls wie die Unterversorgung zu Kostensteigerungen bei den gesetzlichen Krankenkassen führen. Erfolgt eine solche substituierende Verordnung nicht, wird die Empfehlung des Arztes, ein nicht verschreibungspflichti-

ges Präparat in der Apotheke zu kaufen, oft nicht befolgt werden. Konsequenz ist die Verschleppung von Erkrankungen mit nachfolgend höheren Therapiekosten.

Wir halten es auch grundsätzlich für unverzichtbar, die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln in der gesetzlichen Krankenversicherung sicherzustellen, die zu präventiven Zwecken verordnet werden. Dies gilt beispielsweise für den Einsatz von Jodit-Tabletten während der Schwangerschaft und Stillzeit.

Auch die Freigabe der Endverbraucherpreise bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ist abzulehnen. Angesichts der Unterdeckung der betriebswirtschaftlichen Handlingskosten bei diesen Arzneimitteln in der Apotheke ist damit keine Senkung des Preisniveaus zu erwarten, auch wenn es bei einzelnen Signalprodukten dazu kommen mag. Die Preisfreigabe kollidiert mit dem Ziel des Verbraucherschutzes in doppelter Hinsicht: Zum einen wird der Patient mit Preisvergleichen überfordert. Zum anderen geht mit der Preisfreigabe unweigerlich die Werbung über den Preis und damit ein starker Anreiz zum gesundheitspolitisch unerwünschten Arzneimittelmehrverbrauch einher.

## **B. Zu einzelnen Bestimmungen des Gesetzentwurfs**

### **1. Zu § 31 Absatz 2 SGB V**

Der im geltenden Gesetzestext bestehende Bezug auf den Abschlag der pharmazeutischen Großhändler muss wegen der Abschaffung dieses Abschlages gestrichen werden.

### **2. Zu § 130 Absatz 1a SGB V**

Der Entwurf sieht in § 130 Absatz 1a SGB V vor, dass ab dem Jahr 2005 der Kassenabschlag zwischen dem DAV und der GKV vertraglich angepasst wird. Im Jahr 2005 soll für das Jahr 2004 eine nachträgliche Korrektur erfolgen, wenn die Packungsmenge im Jahr 2004 von der des Jahres 2002 abweicht.

Diese Vorschrift widerspricht dem Grundgedanken der neuen Arzneimittelpreisverordnung, nach der die Vergütung der Apotheker an die Packungszahl angehängt wird. Denn das in der Arzneimittelpreisverordnung verankerte sog. Kombimodell hat zur Grundlage, die Vergütung der Apothekerleistung an die Packungszahl anzubinden, also mit der Packungsmenge steigen oder fallen zu lassen. Diese Vorgabe wird durch die in § 130 Abs. 1a SGB V vorgesehene nachträgliche Korrektur ausgehebelt. Faktisch würde diese Korrekturregelung eine Budgetierung der Apothekervergütung bedeuten - und zwar unabhängig von der Packungszahl, an die die Apothekervergütung entsprechend der Arzneimittelpreisverordnung angehängt werden soll.

Zudem würde diese Regelung zu erheblichen Rechtsstreitigkeiten führen: Um die nachträglich Korrektur mathematisch durchführen zu können, ist es erforderlich, die Packungszahlen für 2002, für 2004 und für 2005 zu kennen. Die Packungszahlen für das Jahr 2002 - und somit für die Ausgangsbasis der Nachkorrektur - sind zwischen ABDA und GKV bereits heute streitig. Die Zahlen für das Jahr 2004 können erst im Verlauf des Jahres 2005 vorliegen, sollen aber doch auf die Packungsmenge des Jahres 2005 umgelegt werden, die aber erst in 2006 bekannt sein wird.

### **3. Herstellerabschlag gemäß § 130a SGB V**

Durch § 130a Absatz 1 SGB V werden die Apotheken verpflichtet, den Krankenkassen einen Abschlag in Höhe von 6 vom Hundert des Herstellerabgabepreises zu gewähren. Die pharmazeutischen Unternehmen müssen den Apotheken den Abschlag gemäß § 130a Absatz 1 Satz 2 SGB V erstatten.

Da der Gesetzentwurf vorsieht, den Abschlag im Jahr 2004 auf 16 vom Hundert anzuheben, verschärfen sich die wirtschaftlichen Risiken der Apotheken erheblich. Denn diese haben den Krankenkassen den Abschlag sofort zu gewähren, während die Erstattung durch die Hersteller trotz der gesetzlichen Zahlungsfrist von zehn Tagen teilweise verzögert wird oder nicht erfolgt. Die Apotheken finanzieren damit erhebliche Summen für die Krankenkassen vor.

Da die Apotheken im Interesse der Krankenkassen für diese eine reine Inkassotätigkeit durchzuführen haben, ist es unbillig, die Apotheken mit den Kosten der Vorfinanzierung und dem Risiko der Zahlungsunfähigkeit oder –unwilligkeit der Hersteller zu belasten. Die ABDA schlägt daher vor, die Regelung in der Weise abzuändern, dass die Apotheken die Herstellerabschläge erst dann an die Krankenkassen weiter zu leiten haben, wenn sie diese von den pharmazeutischen Unternehmen vereinnahmt haben.

#### **4. Weitere Einzelregelungen**

Zu weiteren Einzelheiten und detaillierteren Begründungen verweisen wir auf die dem Ausschuss bekannten Stellungnahmen der ABDA zu dem vorangegangenen Entwurf des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes.

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0273(16)  
vom 17.09.03**

**15. Wahlperiode**



**GEMEINSCHAFT  
FACHÄRZTLICHER  
BERUFSVERBÄNDE  
DER FACHARZTVERBAND**

Herrn  
Vorsitzenden Klaus Kirschner, MdB  
Ausschuß für Gesundheit und Soziale Sicherung  
des Deutschen Bundestags

per email

Bremen, den  
17.09.03

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,

gerne nehme ich für die Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB) die Gelegenheit wahr, eine Stellungnahme zum Gesetzentwurf des GKV-Modernisierungsgesetzes/GMG abzugeben. Leider wird es mir angesichts der kurzfristigen Terminierung der Anhörung im Deutschen Bundestag nicht möglich sein, unsere Argumente persönlich vorzutragen. Ich bitte diesbezüglich um Verständnis.

Die Stellungnahme befasst sich bewusst nur mit den Passagen des Gesetzentwurfs, die Auswirkungen auf die fachärztliche Versorgung der Patienten bzw. auf die konkrete Berufsausübung der Fachärzte haben. Aus Gründen der Übersichtlichkeit erlaube ich mir nach einleitenden grundsätzlichen Aussagen die betreffenden Paragraphen chronologisch abzuarbeiten.

**Vorbemerkung:**

Die Deutschen Fachärzte begrüßen den gesetzgeberischen Ansatz einer Stärkung der Eigenverantwortlichkeit der Versicherten. Allerdings erreicht der Entwurf dieses Ziel nicht, sondern verharrt auf ersten Teilschritten, die in der Öffentlichkeit den Eindruck erwecken, dass lediglich eine erhöhte finanzielle Belastung der Versicherten und erst recht der Patienten ohne wirkliche Übernahme von Steuerungskompetenzen eingeführt wird. Nach Auffassung der GFB sollten die Versicherten spürbar von auf sie entfallenden Beitragssätzen entlastet werden und diese zur eigenen Verfügung frei gewordenen Mittel dann im Rahmen privater Vorsorge für den Fall der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu verwenden. Auf diese Weise wird jeder Bürger genau prüfen, ob und wenn ja zu welchen Bedingungen er Leistungen des Gesundheitssystems einfordert. Die aktuelle Diskussion um die Frage einer Bürgerversicherung oder eines Kopfpauschalsystems ist davon unabhängig zu führen. Letztlich geht es darum, unter selbstverständlicher Wahrung einer solidarischen Grundsicherung die eigenverantwortliche Entscheidung des Bürgers zu fördern und die durchaus weit verbreitete Mentalität, eingezahlte Beiträge auch auszunutzen, auf einen vernünftigen Umgang mit den Ressourcen

- Berufsverband Deutscher Anästhesisten
- Berufsverband der Augenärzte Deutschlands
- Berufsverband der Deutschen Chirurgen
- Berufsverband der Deutschen Dermatologen
- Berufsverband der Frauenärzte
- Berufsverband der Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin Deutschlands
- Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte
- Berufsverband Deutscher Hygieniker
- Berufsverband Deutscher Humangenetiker
- Berufsverband Deutscher Internisten
- Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie- und psychotherapie
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte
- Berufsverband Deutscher Laborärzte
- Berufsverband der Ärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie
- Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Berufsverband Deutscher Nervenärzte
- Berufsverband Deutscher Neurochirurgen
- Berufsverband Deutscher Neurologen
- Berufsverband Deutscher Nuklearmediziner
- Berufsverband der Ärzte für Orthopädie
- Berufsverband Deutscher Pathologen
- Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Päaudiologie
- Berufsverband Deutscher Radiologen
- Berufsverband der in Rehabilitation, Physikalischer Medizin und Prävention tätigen Ärzte
- Berufsverband der Pneumologen
- Berufsverband Deutscher Rechtsmediziner
- Berufsverband Deutscher Strahlentherapeuten
- Berufsverband Deutscher Transfusionsmediziner
- Berufsverband der Deutschen Urologen

GfB Geschäftsstelle  
Zermatter Str. 21/23,  
28325 Bremen  
Telefon: 0421/4 09 88 09  
Fax: 0421/42 97 40  
E-Mail: [gfb@facharztverband.de](mailto:gfb@facharztverband.de)  
[www.facharztverband.de](http://www.facharztverband.de)

des Sozialstaates zurückzuführen. Dieser Gedanke ist im vorliegenden Entwurf zwar skizziert, aber nicht konsequent umgesetzt.

#### **Detaildiskussion:**

##### **Zu 4. (§13)**

Die Einführung der Kostenerstattung als Option ist ein entscheidender Schritt hin zum kostenbewussten Umgang mit Gesundheitsleistungen und wird von der GFB uneingeschränkt bejaht. In diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass die so genannte Patientenquittung nach **§ 305** nur auf der Basis einer Kostenerstattung nachvollziehbar sein kann und auch vom Arzt anders nicht ausgestellt werden kann.

##### **Zu 15. (§28 Abs. 4)**

Die GFB hat sich bereits öffentlich im Grundsatz für die Einführung einer Praxisgebühr ausgesprochen. Allerdings fehlen konkrete Ausführungsbestimmungen, von deren Ausgestaltung letztlich die Akzeptanz dieser Gebühr bei Patienten und Ärzten abhängen wird. Die Tatsache, dass diese Gebühr nach **§ 43b Abs. 2** im Gegensatz zu allen anderen Gebühren ausschließlich in die Inkassoverantwortlichkeit des Arztes fällt, hat zu einer erheblichen Unruhe unter den Vertragsärzten geführt. Zudem handelt es sich formal um einen Teil der Gesamtvergütung, die sozusagen als Vorauszahlung von den Ärzten eingezogen werden soll, aber dennoch Teil der Gesamtvergütung bleibt. Demzufolge ist es konsequent, hier die Bringeschuld seitens der Kostenträger einzufordern.

In der aktuellen Fassung des Gesetzentwurfs wird die Praxisgebühr immer zu erheben sein, wenn keine Überweisung vorliegt, also auch in einer Vielzahl von Fällen, bei denen überhaupt kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattfindet (Ausstellung von Wiederholungsrezepten, Einweisungen zur terminierten stationären Behandlung in Folgequartalen, Anfragen von Krankenkassen etc.) Die Praxisgebühr läge in diesen Fällen deutlich über dem Wert der Leistung und entspricht auch nicht dem Kriterium einer patientenseitig geplanten Konsultation. Diesem Umstand ist relativ einfach redaktionell abzuhelfen, indem die Praxisgebühr auf die erste **persönliche** Inanspruchnahme im Quartal begrenzt wird.

##### **Zu 35. (§§ 53,54)**

Unter Bezugnahme auf obenstehende Grundsatzargumente zur Stärkung der Eigenverantwortlichkeit der Bürger begrüßt die GFB die neu geschaffene Möglichkeit für die Kassen, Modelle mit Selbstbehalt resp. Beitragsrückzahlung einzuführen. Es bleibt unverständlich, warum dieses nur auf den Kreis der freiwillig Versicherten begrenzt bleiben soll.

##### **Zu 37. (§60)**

Die Streichung der Erstattung von Fahrtkosten ist aus fachärztlicher Sicht bedenklich. Es ist evident, dass mögliche fachärztliche ambulante Leistungen, insbesondere auch stationsersetzende Leistungen doch wieder in die kostenintensive stationäre Versorgung verlagert werden, weil die Patienten die Kosten des notwendigen Fremdtransportes nicht tragen werden. Ambulante Operationen und auch andere invasive Maßnahmen, die typischerweise in der fachärztlichen Versorgung anfallen, verbieten oftmals die Fahrt im eigenen PKW oder in öffentlichen Verkehrsmitteln. Der Taxitransport ist demnach obligat aus Gründen der medizinischen Sorgfaltspflicht, anderenfalls eben eine stationäre Betreuung notwendig wird. Zwar weist der § 60 darauf hin, dass weitere Ausführungsbestimmungen vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu erlassen sein sollen, ein gesetzgeberischer Hinweis auf Ausnahmetatbestände wäre aber hilfreich.

##### **Zu 49. (§73b)**

Die geplante Einführung einzelvertraglicher Regelungen mit „besonders qualifizierten“ Hausärzten wird von den in der GFB repräsentierten Fachärzten genauso kategorisch abgelehnt, wie wir dieses im Vorentwurf des GMG getan haben, als nur die Fachärzte betroffen waren. Die Argumentation wird nicht geändert durch die Tatsache, dass Fachärzte jetzt nicht unmittelbar betroffen sind. Für die Patienten wird es vollkommen undurchschaubar sein, welcher Arzt mit welcher Kasse welchen Vertrag geschlossen hat. So wie es den Patienten nicht zugemutet werden kann, nach Ärzten zu fahnden, die mit ihrer Kasse einen Vertrag geschlossen haben, kann es auch nicht den Ärzten zugemutet werden, ihre Patienten nach Kassenzugehörigkeit zu sortieren. Dieses dürfte auch nicht im Interesse der Krankenkassen liegen.

Der Sinn dieser Regelung erschließt sich erst, wenn es sich um Vertragsbeziehungen zwischen Kassenverbänden und Arztgruppen, also größeren gemeinsamen Kollektiven handelt, die unter den Bedingungen eines gemeinsamen Bundesmantelvertrages besondere Qualifikationen berücksichtigen. Die GFB begrüßt den Ansatz zur Schaffung eines qualitätsorientierten Wettbewerbs, aber keinesfalls auf der Ebene des einzelnen Arztes. Unter dieser Prämisse muss auch der **§ 73c**

**Absatz 2 Satz 2** überarbeitet werden, indem nicht auf den einzelnen Arzt, sondern auf Gemeinschaften von Ärzten als Verhandlungspartner Bezug genommen wird.

#### **Zu 73. (§95)**

Die Einführung der medizinischen Gesundheitszentren im aktuellen Wortlaut des Gesetzentwurfs wird von der GFB begrüßt. Im Gegensatz zum Vorentwurf ist jetzt der Betrieb ausdrücklich auch in der Verantwortung von Ärzten möglich, die durch kooperativen Zusammenschluss die Behandlungsmöglichkeiten optimieren können. Zusammen mit der Option integrativer Versorgungsformen des §140 wird damit ein Wettbewerb eröffnet, der unsererseits schon lange gefordert wurde, immer unter der Voraussetzung gleicher Ausgangsbedingungen, wie sie jetzt geschaffen sind.

#### **Zu 76. (§95d)**

Fachliche Fortbildung ist für Fachärzte eine Selbstverständlichkeit und muss nicht vom Gesetzgeber reglementiert werden. Bisher ist diese Fortbildung von den Ärztekammern mit gutem Erfolg zertifiziert worden, konnte allerdings nicht z. B. werbend genutzt werden. Dies ist inzwischen durch Änderung der Musterberufsordnung geändert worden. Die Fachärzteschaft wird kein ernsthaftes Problem haben, wenn in Zukunft Fortbildung zum Erhalt von Abrechnungsmöglichkeiten nachgewiesen werden muss, obwohl damit der eigentliche Sinn von Fortbildung auf ein bedenkliches Niveau herabgewürdigt wird. Es ist aber wegen der Bedeutung von Fortbildung zum Nutzen einer qualitätsorientierten Behandlung der Patienten absolut erforderlich, dass die konkrete Ausgestaltung in der Verantwortung der Kammern bleibt und nicht unter sozialrechtlichen Aspekten von Kassen und/oder Kassenärztlichen Vereinigungen missbraucht wird.

#### **Zu §115b (nicht im Entwurf enthalten)**

In der ersten Fassung des GMG der Regierungskoalition waren explizite Änderungen zum §115 b aufgeführt, die im vorliegenden Entwurf fehlen. Aus Sicht der operativ und stationersetzend tätigen Fachärzte ist es weiter notwendig, die Änderungen des §115 b wie ursprünglich vorgesehen aufrechtzuerhalten. Der Hinweis auf entsprechende Regelungen in den § 85 und 87 Abs.2a beinhaltet grundsätzlich auch die stationersetzenden Leistungen, aber nur im Rahmen allgemeiner Bestimmungen zur Struktur einer Vergütungsordnung. Es ist nicht zutreffend, dass die dreiseitigen Vertragspartner sich inzwischen auf eine wie ursprünglich vorgesehene Abrechnung von Fallpauschalen verbindlich geeinigt hätten. Der dreiseitige Vertrag sieht diesbezüglich nur eine Absichtserklärung vor, deren verbindliche Umsetzung angezweifelt werden darf. Aus diesem Grund empfiehlt die GFB, in das Gesetz eine bindende Regelung zum § 115b wieder aufzunehmen.

#### **Zu 85. (§116b)**

Wie schon in den Ausführungen zum §73b und c lehnt die GFB einzelvertragliche Beziehungen auch für den Krankenhausbereich mit der gleichen Argumentation ab. Die vorgesehene Öffnung der Krankenhäuser zu bestimmten Katalogleistungen aus dem ambulanten Sektor ist grundsätzlich unter wettbewerblichen Aspekten nicht abzulehnen, allerdings besteht gegenüber dem ambulanten Bereich eine massive Wettbewerbsverzerrung in Folge der unverändert bestehenden dualen Finanzierung. Ein echter Wettbewerb unter dem Prinzip gleicher Bedingungen liegt erst dann vor, wenn ambulante Versorgung am Krankenhaus in eigenständigen und eigenwirtschaftlichen Abteilungen unter den Bedingungen der übrigen vertragsärztlichen Versorgung stattfindet. Dies würde im übrigen den gewünschten Zusammenschluss stationärer und ambulanter Versorger im Sinne integrativer Versorgungsmodelle befördern.

#### **Zu 99. (§135 Abs. 2)**

Die Möglichkeit, bestimmte medizinisch-technische Leistungen nur noch durch diejenigen Fachärzte erbringen zu lassen, zu deren Kerngebiet diese Leistungen gehören, gefährdet die wohnortnahe und unmittelbare Versorgung der Patienten. Die bisherigen Regelungen heben sinnvollerweise ab auf eine nachzuweisende Fachkunde und entsprechende apparative Voraussetzungen, um diesen Leistungsbereich unter optimaler Qualität abzudecken. Die Beschränkung auf sogenannte Kernleistungen der jeweiligen Fachgebiete führt dazu, dass trotz ausgewiesener fachlicher und apparativer Befähigung diagnostische und therapeutische Leistungen nicht mehr unmittelbar in der Praxis des behandelnden Arztes durchgeführt werden können. Die Folge sind massive Verzögerungen, aufwändige Transporte und auch qualitative Defizite. Die in Frage stehenden medizintechnischen Leistungen (Röntgen, Labor, Sonographie etc.) sind zum einen in der Akutdiagnostik unverzichtbar (Beispiel Röntgen im Umfeld einer Knochenbruchbehandlung), zum anderen setzt die Anfertigung und Auswertung der Befunde das Gebietswissen des behandelnden Facharztes voraus, das dem methodendefinierten Leistungserbringer in diesen Fällen fehlt.

**Zu 116. (§140d)**

Die erstmals vollzogene Zusammenführung von Anteilen der sektoralen Budgets aus den Bereichen stationäre und ambulante Versorgung ist uneingeschränkt zu begrüßen. In der Vergangenheit hat die sektorale Trennung alle Versuche der Ärzteschaft, integrative Versorgungsformen aufzubauen, zunichte gemacht. Die GFB erwartet von allen Partnern jetzt eine konstruktive Ausgestaltung, verweist in diesem Zusammenhang aber auf die Ausführungen zu Punkt 85.

Zu 177. (§305 Abs.2)

Zur Patientenquittung ist bereits Stellung genommen worden unter Punkt 4. Die GFB hat in der Vergangenheit freiwillig Patientenquittungen angeboten, die mangels Konsequenz von den Patienten nicht ernsthaft zur Kenntnis genommen wurden. Haupthindernis einer sinnhaften Quittung ist die Tatsache, dass einerseits nichts quittiert wird, für das der Empfänger der Quittung kostenpflichtig ist, der Begriff der Quittung also nicht zutrifft. Andererseits kann auch keine konkrete Summe quittiert werden, weil der Wert der Leistung auch dem Leistungserbringer nicht bekannt ist. Die GFB setzt sich durchaus für das Instrument einer Quittung ein, hat aus eigener Erfahrung aber feststellen müssen, dass derartige Quittungen nur unter den Bedingungen einer Kostenerstattung Sinn machen.

**Zu Artikel 13**

Die Einstellung zusätzlicher Gelder zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ist begrüßenswert, allerdings dürfte die Summe auch nicht im Ansatz ausreichen, die Folgen des jüngsten Urteils des Europäischen Gerichtshofes zur Wertung der Bereitschaftsdienste als Arbeitszeit auszugleichen.

Ich hoffe mit obenstehenden Ausführungen notwendige Anregungen verständlich vorgetragen zu haben und verbleibe

Mit vorzüglicher Hochachtung

Ihr

Gez. Dr. med. Jörg-A. Rüggeberg  
Präsident der GFB



**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0273(17)  
vom 17.09.03**

**15. Wahlperiode**

## **Stellungnahme**

**zum Gesetzentwurf**

**der Fraktionen SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/ Die Grünen  
für ein GKV-Modernisierungsgesetz**

BT-Drucksache 15/1525

Berlin / Tauting, 17. September 2003

## Präambel

**Anstatt die Verschreibung preiswerter Generika endlich entschlossen zu fördern und so Einsparungen für die Kassen zu erzielen, sind die Eckpunkte der Konsensverhandlungen zur Gesundheitsreform bei der Umsetzung in einen Gesetzesvorschlag einseitig zu Lasten einer wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie interpretiert worden. Den Herstellern wirtschaftlicher Arzneimittel werden so völlig unnötig Steine in den Weg gelegt:**

1. Die **Erhöhung und Ausweitung des Herstellerrabattes** auf eine Vielzahl generischer Wirkstoffe ist offensichtlich ein **handwerklicher Fehler**, der dringend beseitigt werden muß.
2. Die **Reform der Arzneimittelpreisverordnung** verteuert völlig unnötig preiswerte Arzneimittel, obwohl – ohne die Basis des Eckpunktepapiers zu verlassen – bessere Lösungen zur Verfügung stehen.
3. Die geplante **Entbürokratisierung der Aut-idem-Regelung** schüttet das Kind mit dem Bade aus. Die zum **Schutz der Patienten** damals eingeführten Regelungen wurden gleich mit „dereguliert“.

**Dabei liegen die Kostenprobleme im Arzneimittelbereich klar und eindeutig im patentgeschützten Marktsegment, in der unnötigen Verschreibung von Alt-Originalen im patentfreien Markt sowie in den hohen deutschen Vertriebskosten. Die Generikaindustrie ist dagegen nicht nur Nichtverursacher der Kostenprobleme, sondern Teil der Problemlösung:** Insgesamt erspart die deutsche Generikaindustrie den gesetzlichen Krankenkassen Arzneimittelkosten in der Größenordnung von 9 Mrd. Euro.

Es wird deshalb Zeit, von Reformvorhaben Abstand zu nehmen, die die Problemlöser - die Generika - wie Problemverursacher behandeln und sich der Lö-

sung der wirklichen strukturellen Probleme des Arzneimittelmarktes - unnötige Verordnung von Alt-Originalen und „Me-toos“ - zuzuwenden. Diesem Anspruch wird der vorliegende Gesetzentwurf jedoch leider nur in Teilen gerecht, obwohl auf Basis des Eckpunktepapiers viel bessere Lösungen möglich gewesen wären. **Der Deutsche Generikaverband hat deshalb zu jedem seiner Kritikpunkte konkrete Gesetzesvorschläge erarbeitet, die alle auf dem Boden des Eckpunktepapiers stehen.**

## **1. Keine 16 % Herstellerrabatt auch für Generika**

Die im Entwurf des GKV-Modernisierungsgesetz vorgesehene **Ausweitung der Herstellerrabattregelung** auf Arzneimittel, die der Aut-idem-Regelung jedoch nicht der Festbetragsregelung unterliegen, widerspricht der im Eckpunktepapier getroffenen Vereinbarung. Im Eckpunktepapier war, wenn diese im Kontext gelesen wird, offensichtlich - wenn auch unglücklich formuliert - nur von einer Erhöhung des Herstellerrabattes von 6 auf 16 Prozent die Rede. **Eine Ausweitung der Rabattregelung auf bislang vom Herstellerrabatt ausgenommene aut-idem-geregelte generische Wirkstoffe war dagegen nicht gemeint, bzw. kann eigentlich nicht gemeint gewesen sein, wenn die Zusammenhänge und Folgen betrachtet werden.**

### **1.1 Die Zusammenhänge: Ausweitung des Herstellerrabattes muß handwerklicher Fehler sein!**

Der Deutsche Generikaverband geht bei Betrachtung der Gesamtzusammenhänge des Gesetzesentwurfes davon aus, daß es sich bei der beschriebenen Ausweitung der Herstellerrabattregelung auf weitere generikafähige Wirkstoffe um einen **handwerklichen Fehler** handelt, der versehentlich in den Gesetzentwurf aufgenommen wurde.

a) *Wie kam es zum handwerklichen Fehler?*

Es läßt sich auch relativ leicht rekonstruieren, wie sich dieser handwerkliche Fehler eingeschlichen hat. Bislang gab es zwei Ausnahmen vom Herstellerrabatt:

- Für Arzneimittel, die der **Festbetragsregelung** unterliegen, musste kein Herstellerrabatt entrichtet werden. Diese Ausnahmeregelung blieb im ersten Gesetzentwurf enthalten.
- Für Arzneimittel, für die eine **obere Preislinie** gilt, oder die der **5er-Regelung** unterlagen, musste bislang ebenfalls kein Herstellerrabatt bezahlt werden.

Durch die Reform der Aut-idem-Regelung entfallen die oberen Preislinien sowie die 5er-Regelung. Es ist also prinzipiell richtig, daß sich der Gesetzgeber bei den Ausnahmeregelungen nicht mehr auf diese Regelungen beziehen konnte. **Die Beamten, die den Gesetzentwurf formuliert haben, haben dies - wie die Begründung des Gesetzentwurfes zeigt - als reine Folgeänderung interpretiert, ohne zu sehen, daß das reine Weglassen dieser Ausnahmeregelung auch materiell eine große Bedeutung hat.**

b) *Doppelbelastung der Generikaindustrie widerspricht Gesetzesintention*

**Zudem haben die Beamten bei der Formulierung dieser Passage übersehen, daß die oberen Preislinien solange bestehen bleiben, bis die neue Festbetragsregelung erstmalig umgesetzt wird** (vgl. Artikel 37 Abs. 7 des Gesetzentwurfs). Die Generikahersteller würden also in diesen Märkten mit sinkenden oberen Preislinien konfrontiert, die wie Festbeträge wirken, und müßten **gleichzeitig** den erhöhten 16-prozentigen Rabatt bezahlen. Dies wäre eine klare **Überregulierung und Doppelbelastung**, die politisch nicht gewollt sein kann.

In der Begründung des ersten Arbeitsentwurfs vom 26. August 2003 heißt es dann auch: *„Bei Inkrafttreten von erstmals neu bestimmten Festbeträgen werden die betroffenen Arzneimittel vom Herstellerabschlag freigestellt; eine doppelte Belastung erfolgt nicht.“*

**Wenn eine doppelte Belastung nicht erwünscht ist, darf der Herstellerrabatt nicht erweitert werden. Ansonsten wäre die Gesetzesformulierung nicht mit der Gesetzesintention kompatibel.**

Zudem wirft eine derartige Doppelbelastung auch **verfassungsrechtliche Fragen** auf (Stichwort: Übermaßverbot, Gleichheitsgrundsatz). Laut ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts liegt eine Verletzung des **Gleichheitsgrundsatzes** des Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz vor *„wenn eine Gruppe von Normadressaten im Vergleich zu anderen Normadressaten anders behandelt wird, obwohl zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, daß sie die ungleiche Behandlung rechtfertigen könnten.“* (BVerfG 55, 72 (88)).

Hier werden die Anbieter von aut-idem-geregelten Arzneimitteln, also insbesondere Generikahersteller anders behandelt als Anbieter patentgeschützter festbetrags geregelter Arzneimittel, ohne das es für diese Ungleichbehandlung irgendeine Rechtfertigung gäbe. Vielmehr ist völlig unerklärlich, warum beim Problemverursacher „patentgeschützter Markt“ eine Doppelbelastung vermieden wird, beim Problemlöser „Generikaindustrie“ dagegen nicht.

**Auch die entstehende Doppelbelastung zeigt, daß es sich hier um einen handwerklichen Fehler handeln muß.**

c) *Herstellerrabatt ist für patentgeschützte Arzneimittel gedacht*

Auch ein weiterer Auszug aus der Gesetzesbegründung des Arbeitsentwurfs vom 26. August 2003 macht deutlich, daß die gewählte **Gesetzesformulierung der Intention des Gesetzgebers widerspricht**: „Hierdurch wird die Kostenbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung vermindert, die durch einen eingeschränkten Preiswettbewerb bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln bedingt sind.“

**Dieser Wettbewerb ist nur in Märkten mit patentgeschützten Arzneimitteln eingeschränkt.**

Der Patentablauf des Wirkstoffs **Simvastatin** im Mai diesen Jahres hat dagegen gerade erst eindrucksvoll gezeigt, **daß der Generikawettbewerb bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln - auch ohne Festbeträge und aut-idem - alles andere als eingeschränkt ist:**

Bereits im Juli betrug der Anteil der Generikahersteller um die 80 Prozent der abgesetzten Packungen. Der durchschnittliche Preis pro Packung ist seitdem um fast 50 Prozent gesunken. Der durchschnittliche Generikapreis beträgt nur noch 40 Prozent des Durchschnittspreises des Alt-Originals. Allein im Juli 2003 haben die Generikahersteller den Kassen beim Wirkstoff Simvastatin ca. 30 Mio. Euro erspart. Auf das Jahr hochgerechnet, ergibt sich eine **Ersparnis von gut 350 Mio. Euro** durch die Generikahersteller. Simvastatin wird voraussichtlich zum 1. Januar 2004 in die Aut-idem-Regelung einbezogen werden.

**Auch dies zeigt, daß es sich bei der Ausdehnung des Herstellerrabattes auf Generika um einen handwerklichen Fehler handeln muß.**

d) *Beitragssatzsicherungsgesetz: Was war der Sinn und Zweck des Herstellerrabattes?*

Das es sich hier nur um einen handwerklichen Fehler im Gesetz handeln kann, zeigt auch der **Widerspruch des Gesetzesvorschlags mit der damaligen Begründung der Ausnahmeregelungen im Beitragssatzsicherungsgesetz**. Dort hieß es (vgl. auch BT-Drucksache 15/28): *„Es werden nur für solche Arzneimittel „Großkunden“-Rabatte zugunsten der gesetzlichen Krankenkassen eingeführt, für die es bisher keine spezifischen Regelungen zur Begrenzung der Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung gibt [...]. Mit dem neu eingeführten Herstellerrabatt wird erreicht, dass auch diejenigen Arzneimittel, die bisher keinen Einsparbeitrag erbracht haben, in Zukunft zur Entlastung der GKV herangezogen werden [...]. Festbetragsarzneimittel und Arzneimittel, die der aut-idem-Regelung unterliegen, werden vom Herstellerrabatt nicht erfasst, weil in diesem Marktsegment bereits ausreichend Preiswettbewerb vorhanden ist und dieser eine wirtschaftliche Versorgung ermöglicht.“*

Es ist nicht ersichtlich, warum sich nur 9 Monate nach Inkrafttreten des Beitragssatzsicherungsgesetzes an diesen Fakten, Analysen und Intentionen etwas geändert haben könnte. Die Politik würde ihre Glaubwürdigkeit aufs Spiel setzen, würde sie einen solchen handwerklichen Fehler durchgehen lassen.

## **1. 2 Die Folgen**

**Es würden ansonsten die Generikahersteller gerade bei den generikafähigen Wirkstoffen abgestraft, die in den letzten Jahren patentfrei geworden sind und die für einen Großteil der Einsparungen der letzten Jahre verantwortlich sind (Simvastatin, Omeprazol, Ciprofloxacin, etc.).**

**Es ist völlig unsinnig und nicht vermittelbar, die Generikaanbieter in vielen Fällen für ihren Sparbeitrag nun mit einem Zwangsrabatt von 16 Prozent zu bestrafen.** Vor diesem Hintergrund ist es politisch dem Wähler

kaum zu vermitteln, warum die Hersteller preiswerter Arzneimittel, die die Verbündeten der Politik beim Sparen sind, hier völlig unnötig und willkürlich abgestraft werden sollen. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund weiterer großer Belastungen für den Teil der Industrie, der für die Einsparungen sorgt (Reform der Arzneimittelpreisverordnung, Herausnahme der nichtverschreibungspflichtigen Arzneimittel aus der Erstattung, Reform von aut-idem, etc.).

**Das Beispiel des Wirkstoffs Simvastatin zeigt, daß die Generikahersteller nicht die Margen der forschenden Industrie haben. Wer Preise hat, die schon um bis zu 70 Prozent unter dem des Alt-Originalherstellers liegen, den trifft ein weiterer 16-prozentiger Rabatt natürlich viel härter.**

**Kommt es nicht zu einer Berichtigung dieses handwerklichen Fehlers, werden 2004 viele Generikahersteller rote Zahlen schreiben. Auch ist zu befürchten, daß viele Anbieter die betroffenen Wirkstoffe nicht mehr anbieten werden, mit der Folge eines abnehmenden Wettbewerbs.**

**Gesetzesvorschlag des Deutschen Generikaverbandes für die Fassung der Ausnahmeregelung vom Herstellerrabatt nach § 130a Absatz 1 SGB V**



95. § 130a wird wie folgt geändert (**Änderungen im Vergleich zum Gesetzentwurf BT-Drucksache 15/1525 sind fettgedruckt**)

a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Im Jahre 2004 beträgt der Abschlag für verschreibungspflichtige Arzneimittel 16 vom Hundert abweichend von Absatz 1 Satz 1.“

b) Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„(3) Die Absätze 1, 1a und 2 gelten nicht für

1. Arzneimittel, für die ein Festbetrag auf Grund der §§ 35 oder 35a festgesetzt ist,
2. **Arzneimittel, für die der gemeinsame Bundesausschuß auf Grund von § 129 Abs. 1a Hinweise zur Austauschbarkeit von Darreichungsformen in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 gegeben hat.“**

## 2. Reform der Arzneimittelpreisverordnung

Das Eckpunktepapier sieht vor, daß die Apotheken künftig je Packung ein Abgabehonorar von 8,10 Euro erhalten und einen Zuschlag von 3 Prozent auf den Apothekenverkaufspreis. Die Formulierung des Eckpunktepapiers läßt allerdings offen,

- ob das Abgabehonorar in den Apothekenverkaufspreis (AVP) eingeht und so Generika zum Teil extrem verteuert (**Modell GKV-Modernisierungsgesetz bzw. GMG-Modell**), oder
- ob das Abgabehonorar vom AVP getrennt wird und so der Preisvorteil der Generika voll erhalten bleibt (**Modell Deutscher Generikaverband**).

### 2.1 Das Modell des Deutschen Generikaverbandes

**Das GMG-Modell hat zunächst schwerwiegende Nachteile:**

- **Generika verlieren an Attraktivität** für Ärzte und Patienten, wie die nachfolgenden beiden Tabellen eindrucksvoll belegen. 2001 lag der durchschnittliche Apothekenverkaufspreis bei fast 18 Euro. **Generikaverordnungen gehen zurück** oder stagnieren. **Ein Prozentpunkt weniger Generikaanteil kostet** in statischer Sicht **bereits 35 Mio. Euro**.

**Tabelle 1: Die Verteuerung preiswerter Arzneimittel**

Herstellerabgabepreis in Euro	AVP <sup>1)</sup> AMPreisV <sup>2)</sup> -IST	AVP <sup>1)</sup> GMG-Modell <sup>3)</sup>	Veränderung zu AMPreisV <sup>2)</sup> - IST	
			Absolut (€)	Relativ (%)
0,50	1,18	10,08	+ 8,90	+ 754
1,00	2,34	10,77	+ 8,43	+ 360
2,00	4,49	12,14	+ 7,65	+ 170
5,00	10,79	16,09	+ 5,30	+ 49
7,50	15,19	19,16	+ 3,97	+ 26
10,00	19,98	22,31	+ 2,33	+ 12
13,50	25,75	26,65	+ 0,90	+ 3,5
15,00	28,61	28,57	- 0,04	- 0,1
20,00	36,55	34,96	- 1,59	- 4,4
25,00	45,69	41,19	- 4,50	- 9,8
30,00	52,52	47,39	- 5,13	- 9,8
50,00	84,45	72,72	- 11,73	- 13,9
100,00	168,90	136,04	- 132,86	- 19,5
1.000,00	1.508,08	1.275,88	- 232,20	-15,4

1) Apothekenverkaufspreis 2) Arzneimittelpreisverordnung

3) Rechnung erfolgt unter Berücksichtigung der abgesenkten Großhandelszuschläge nach dem GMG-Entwurf.

**Tabelle 2: Das Versickern des Generikapreisvorteils**

Generika HAP <sup>1)</sup>	Original HAP <sup>1)</sup>	Preisunterschied Generika zu Original beim HAP <sup>1)</sup>	Generika AVP <sup>2)</sup> AMPreisV <sup>3)</sup> IST	Alt-Original AVP <sup>2)</sup> AMPreisV <sup>3)</sup> IST	Generika AVP <sup>2)</sup> AMPreisV <sup>3)</sup> BMGS-Modell	Alt-Original AVP <sup>2)</sup> AMPreisV <sup>3)</sup> BMGS-Modell	Preisunterschied AVP <sup>2)</sup> gemäß AMPreisV <sup>3)</sup> BMGS-Modell
0,50	0,83	- 40 %	1,18	1,96	10,08	10,54	- 4,4 %
1,00	1,67	- 40 %	2,34	3,77	10,77	11,69	- 7,9 %
2,00	3,33	- 40 %	4,49	7,39	12,14	13,91	- 12,7 %
5,00	8,33	- 40 %	10,79	16,88	16,09	20,24	- 20,5 %
7,50	12,50	- 40 %	15,19	23,85	19,16	25,38	- 24,5 %
10,00	16,67	- 40 %	19,98	31,80	22,31	30,71	- 27,4 %
15,00	25,00	- 40 %	28,61	45,69	28,57	41,19	- 30,6 %
20,00	33,33	- 40 %	36,55	57,80	34,96	51,61	- 32,3 %
25,00	40,26	- 40 %	45,69	72,26	41,19	60,38	- 31,8 %
30,00	50,00	- 40 %	52,52	84,45	47,39	72,72	- 34,8 %
100,00	166,67	- 40 %	168,90	281,50	136,04	220,48	- 38,3 %
38,00	114,34	- 66,8 %	65,90	193,12	57,52	154,21	- 62,7 %
46,28	114,34	- 59,5 %	79,85	193,12	68,01	154,21	- 55,9 %

1) Herstellerabgabepreis; 2) Apothekenverkaufspreis; 3) Arzneimittelpreisverordnung

- **Politisch ist das GMG-Modell den Bürgern wohl kaum zu vermitteln.**  
Schon jetzt herrscht in der Bevölkerung die Einstellung vor, die Reform sei sozial unausgewogen. Würden nun noch höhere Zuzahlungen durch staatlich verordnete höhere Preise fällig und dieses Geld flösse dann auch noch in die Taschen der Leistungserbringer (hier der Apotheker), so ist ein medialer Aufschrei gewiss.
- Das Ziel der **Abschwächung der Strukturkomponente** wird durch das GMG-Modell nicht erreicht, **vielmehr wird die Strukturkomponente durch das Setzen falscher Marktanziege sogar angeheizt:**
  - Hochpreisanbieter können ihre Herstellerabgabepreise erhöhen, ohne daß Apothekenverkaufspreis steigt (vgl. Tabelle, Zeilen 1, 2, 5, 6).
  - Hochpreisanbieter können ihre Herstellerabgabepreise erhöhen, ohne daß sich seine **relativen Preise** verschlechtern (vgl. Tabelle, Zeilen 2, 3 und 7).

Zeilen	AMPreisV – Modell	Hersteller-abgabepreis (HAP) in Euro	Apotheken-Verkaufspreis (AVP) in Euro	Verhältnis der	
				HAP	AVP
1	IST - AMPreisV	10,00	19,98	1	1
2	IST - AMPreisV	100,00	168,90	10	8,5
3	GMG-Modell	10,00	22,31	1	1
4	GMG-Modell	100,00	136,04	10	6,1
5	GMG-Modell	110,00	147,78	11	6,6
6	GMG-Modell	126,00	168,97	12,7	7,6
7	GMG-Modell	142,00	189,24	14,2	8,5

**Das Modell des Deutschen Generikaverbandes hätte dagegen wesentliche Vorteile:** Das Ziel der Abschwächung der Strukturkomponente würde auch praktisch erreicht. Die **Strategieanfälligkeit würde beseitigt**, da es zu keiner Veränderung der relativen Preise käme. Zudem käme es zu keiner **Verteuerung der Arzneimittelversorgung** durch den Attraktivitätsverlust von Generika. Einziger Nachteil wäre, daß die **Zuzahlungen sinken** oder Abrechnung kompliziert würde. Durch Herausnahme der nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimittel aus der Erstattung werden Zuzahlungsverluste gering ausfallen. **Lösungsmöglichkeiten** für dieses Problem bestehen darin, die Mindestzuzahlung zu senken und den prozentualen Zuschlag im Gegenzug zu erhöhen oder die Entlastung der Patienten akzeptieren.

**Bei Abwägung der Vor- und Nachteile beider Modelle überwiegen klar die Vorteile des Modells des Deutschen Generikaverbandes.**

**Die Einwände des BMGS gegen das Modell des Deutschen Generikaverbandes sind dagegen sachlich falsch:**

- **These 1:** *„Durch das bisherige System der preisabhängigen Zuschläge waren allerdings bisher die preisgünstigen Arzneimittel hinsichtlich ihres Apothekenverkaufspreises überproportional günstig im Vergleich zur Relation der Herstellerabgabepreise.“*

Wäre die These richtig, so müsste sich der Preisvorteil preiswerter Arzneimittel bei der jetzigen Arzneimittelpreisverordnung beim Apothekenverkaufspreis erhöhen. Das Gegenteil ist der Fall:

Herstellerabgabepreis (HAP) in Euro	Apothekenverkaufspreis (AVP) in Euro nach AMPreisV-IST	Verhältnis der	
		HAP	AVP
10,00	19,98	1	1
100,00	168,90	10	8,5

- **These 2:** „Generikapreise sind subventioniert“

Zu dieser Auffassung kann man nur kommen, bei Zugrundelegung einer Vollkostenrechnung. Eine Preisfindung auf Vollkostenbasis ist aber betriebswirtschaftlich falsch. Mit der gleichen Logik könnte man behaupten, bei Aldi sei der Joghurt subventioniert.

**Gesetzesvorschlag für das Modell des Deutschen Generikaverbandes für  
die Reform der Arzneimittelpreisverordnung**

§ 3 wird wie folgt geändert:

„(3) Der Festzuschlag beträgt 3 vom Hundert“

Nach § 3 wird folgender § 3a eingefügt:

- „(1) Der Apotheker erhält für die Abgabe eines Fertigarzneimittels zusätzlich zum Apothekenabgabepreis nach § 3 von der erstattenden Krankenkasse ein Abgabehonorar von 8,10 Euro.
- (2) Bei Abgabe eines nicht erstattungsfähigen verschreibungspflichtigen Arzneimittels gilt bei Abrechnung nach § 300 SGB V ein für die Versicherten maßgeblicher Arzneimittelpreis in Höhe des Abgabepreises des pharmazeutischen Unternehmens zuzüglich der Zuschläge nach den §§ 2 und 3 der Arzneimittelpreisverordnung in der am 31. Dezember 2003 gültigen Fassung.
- (3) Über Anpassungen des Abgabehonorars an geänderte Rahmenbedingungen entscheidet einmal jährlich das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit.“

## 2.2 Eine Auffanglinien: Das Second-Best-Modell

Sollte das Modell des Deutschen Generikaverbandes zur Reform der Arzneimittelpreisverordnung nicht durchsetzbar sein, so sollte als **zweitbeste Lösung**, die **Bildung der Richtgrößen der Ärzte auf Basis der Apothekeneinkaufspreise bzw. besser noch der Herstellerabgabepreise** erfolgen. Es gäbe dann einen

- Apothekenverkaufspreis inkl. Abgabehonorar

- **Richtgrößenverrechnungspreis exkl. Abgabehonorar**

Der **Arzt behielte dann den vollen Anreiz** zur Verschreibung von Generika. Es gäbe **keine Verluste** bei den Zuzahlungen. Der Vorschlag wäre ohne weiteres **praktikabel**, da die Daten vorhanden sind (IFA, ABDATA, etc.). Die relativen Preise bleiben beim Arzt unverändert, wodurch die Strategiefanfälligkeit entfällt. Es handelt sich hierbei vor allem um einen völlig unpolitischen, rein technischen Vorschlag, der in das Gesetz leicht noch eingefügt werden könnte.

### **Gesetzentwurf für das Second-Best-Modell**

§ 84 Abs 1 wird wie folgt ergänzt (vgl. Fettdruck):

- (1) *Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich und die Kassenärztliche Vereinigung treffen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln bis zum 30. November für das jeweils folgende Kalenderjahr eine Arzneimittelvereinbarung. Die Vereinbarung umfasst*
1. *ein Ausgabenvolumen, **ermittelt auf der Basis der Herstellerabgabepreise**, für die insgesamt von den Vertragsärzten nach § 31 veranlassten Leistungen,*
  2. *Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele und konkrete, auf die Umsetzung dieser Ziele ausgerichtete Maßnahmen (Zielvereinbarungen), insbesondere zur Information und Beratung und*
  3. *Kriterien für Sofortmaßnahmen zur Einhaltung des vereinbarten Ausgabenvolumens innerhalb des laufenden Kalenderjahres.*



§ 84 Abs 6 wird wie folgt ergänzt (vgl. Fettdruck):

(6) *Die Vertragspartner nach Absatz 1 vereinbaren zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung für das auf das Kalenderjahr bezogene Volumen der je Arzt verordneten Arznei- und Verbandmittel (Richtgrößenvolumen) arztgruppenspezifische fallbezogene Richtgrößen, **ermittelt auf der Basis der Herstellerabgabepreise**, als Durchschnittswerte unter Berücksichtigung der nach Absatz 1 getroffenen Arzneimittelvereinbarung, erstmals bis zum 31. März 2002. Zusätzlich sollen die Vertragspartner nach Absatz 1 die Richtgrößen nach altersgemäß gegliederten Patientengruppen und darüber hinaus auch nach Krankheitsarten bestimmen. Die Richtgrößen leiten den Vertragsarzt bei seinen Entscheidungen über die Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Die Überschreitung des Richtgrößenvolumens löst eine Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 Abs. 5a unter den dort genannten Voraussetzungen aus.*

### **3. Entbürokratisierung der Aut-idem-Regelung: Nicht das Kind mit dem Bade ausschütten**

Aus dem Eckpunktepapier geht nicht eindeutig hervor, was mit „Entbürokratisierung“ der Aut-idem-Regelung gemeint ist. **Die jetzt gefundene Regelung schüttet jedoch das Kind mit dem Bade aus. Entbürokratisierung ist kein Selbstzweck. Es muß immer bedacht werden, was denn der Sinn der Regelung war.**

**Viele der bürokratischen Regelungen sind nach einer denkwürdigen Bundestagsanhörung vom Gesetzgeber aus gutem Grund in das Gesetz aufgenommen worden, um**

1. die **Arzneimittelsicherheit** zu gewährleisten und Bedenken der Ärzteschaft Rechnung zu tragen (der Apotheker ist kein Arzt, Compliance),
2. **negative wirtschaftliche Auswirkungen** zu Lasten der Kassen und Versicherten zu verhindern,
3. **verfassungsrechtlichen Bedenken** bezüglich der Therapiefreiheit der Ärzte zu begegnen.

Diese Gründe sind heute allesamt noch gültig. **Deshalb kann Entbürokratisierung nur bedeuten, die Aut-idem-Regelung gänzlich abzuschaffen.** Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, daß selbst der BKK-Bundesverband festgestellt hat, daß die Aut-idem-Regelung **keine nennenswerten Einsparungen** gebracht hat. Also warum an ihr festhalten?

## Gesetzesvorschlag

**Der Deutsche Generikaverband schlägt deshalb vor zur alten Regelung vor dem Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz (AABG) vom 15. Februar 2002 wieder zurückzukehren.**

§ 73 Abs. 5 wird wieder wie folgt gefaßt:

- (5) *Der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt und die ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung sollen bei der Verordnung von Arzneimitteln die Preisvergleichsliste nach § 92 Abs. 2 beachten und auf dem Verordnungsblatt ihre Entscheidung kenntlich machen, ob die Apotheken ein preisgünstigeres wirkstoffgleiches Arzneimittel an Stelle des verordneten Mittels abgeben darf. Verordnet der Arzt ein Arzneimittel, dessen Preis den Festbetrag nach § 35 überschreitet, hat der Arzt den Versicherten über die sich aus seiner Verordnung ergebende Pflicht zur Übernahme der Mehrkosten hinzuweisen.*

§ 129 Abs. 1 wird wieder wie folgt gefaßt:

- (1) *Die Apotheken sind bei der Abgabe verordneter Arzneimittel an Versicherte verpflichtet zur*
1. *Abgabe eines preisgünstigen Arzneimittels in Fällen, in denen der verordnende Arzt ein Arzneimittel nur unter seiner Wirkstoffbezeichnung verordnet oder die Ersetzung des Arzneimittels durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel durch den Apotheker zugelassen hat,*
  2. *Abgabe von preisgünstigen importierten Arzneimitteln nach Maßgabe des Rahmenvertrages nach Absatz 2,*
  3. *Abgabe von wirtschaftlichen Einzelmengen und*
  4. *Angabe des Apothekenabgabepreises auf der Arzneimittelpackung.*

### 3.1 Ein Kompromissmodell zur Entbürokratisierung der Aut-idem-Regelung

Sollte dennoch an der Aut-idem-Regelung festgehalten werden, so bedarf es weiterhin einer **Definition von Preisgünstigkeit**, bei deren Vorliegen die Substitution durch den Apotheker untersagt ist, da der Arzt bereits wirtschaftlich verordnet hat. Es würde auch wirtschaftlich wenig Sinn machen, wenn bereits preisgünstige Verordnungen substituiert werden können. **Diese Definition fehlt jedoch im vorliegenden Gesetzentwurf mit fatalen Folgen:**

- Es drohen Gefahren für die **Arzneimittelsicherheit**. In 800 Mio. Fällen erhalten die Patienten mal jenes mal ein anderes Arzneimittel. Trotz gleicher Bioäquivalenz unterscheiden sich die Arzneimittel in Farbe, Form, Teilbarkeit, etc. Dies verwirrt gerade alte und multimorbide Patienten für die die weiße Kapsel ihre Herztablette ist. Wenn die plötzlich grün ist, kann die Behandlungstreue (Compliance) leiden. **Der geeignete Ort für die Umstellung auf ein Generikum ist die Arztpraxis.** Deshalb hatte der Gesetzgeber festgelegt, der Apotheker soll nur im Ausnahmefall und engen Kriterien substituieren dürfen, wenn der Arzt nicht schon preiswert verordnet hat. Die Substitution von Generika untereinander in der Apotheke schadet nur der Behandlungstreue, ohne Einsparungen zu erzeugen.
- Auch die **Kassen würden geschädigt**. Ein betriebswirtschaftlich rational handelnder Apotheker wird seine erweiterten Substitutionsbefugnisse dazu nutzen, sein Lager zu räumen und nur noch zwei oder drei Generikaanbieter vorrätig zu halten, die besonders hohe Naturalrabatte gewähren. Generikaanbieter, die dagegen besonders preiswert sind, weil sie keine Naturalrabatte geben, werden massiv benachteiligt.
- Zudem bestehen gegen eine solche Regelung **verfassungsrechtliche Bedenken**, wie das Gutachten von Prof. Brenner auf Grundlage des ersten AABG-Entwurfes, wo genau diese Einschränkungen noch fehlten, zeigt (Gut-

achten ist herunterladbar unter  
[www.generika.de/presse/default.html#statements](http://www.generika.de/presse/default.html#statements)).

- Schließlich wäre die **Richtgrößenprüfung** völlig undurchführbar.

## Gesetzesvorschlag

§ 129 Abs. 1 wird wie folgt geändert (vgl. Streichungen und Fettdruck):

(1) *Die Apotheken sind bei der Abgabe verordneter Arzneimittel an Versicherte verpflichtet zur*

1. *Abgabe eines preisgünstigen Arzneimittels in Fällen, in denen der verordnende Arzt*

a) *ein Arzneimittel nur unter seiner Wirkstoffbezeichnung verordnet oder*

b) *kein preisgünstiges Arzneimittel verordnet und die Ersetzung des Arzneimittels durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel nicht ausgeschlossen hat,*

2. *Abgabe von preisgünstigen importierten Arzneimitteln nach Maßgabe des Rahmenvertrages nach Absatz 2,*

3. *Abgabe von wirtschaftlichen Einzelmengen und*

4. *Angabe des Apothekenabgabepreises auf der Arzneimittelpackung.*

*In den Fällen der Ersetzung durch ein wirkstoffgleiches Arzneimittel haben die Apotheken ein preisgünstigeres Arzneimittel abzugeben, das mit dem verordneten in Wirkstärke und Packungsgröße identisch sowie für den gleichen Indikationsbereich zugelassen ist und ferner die gleiche oder eine austauschbare Darreichungsform besitzt. Ein Arzneimittel ist preisgünstig nach Satz 1 Nr. 1, wenn sein Preis unter Berücksichtigung identischer Wirkstärke und Packungsgröße sowie austauschbarer Darreichungsformen das untere Drittel des Abstandes zwischen dem Durchschnitt der drei niedrigsten Preise und dem Durchschnitt der drei höchsten Preise wirkstoffgleicher Arzneimittel **den derzeit gültigen zugehörigen Festbetrag nach §§ 35 und 35a SGB V nicht übersteigt.** Die obere Preislinie des unteren Preisdrittels zum Quartalsanfang kommt für das gesamte Quartal zur Anwendung; sie ergibt sich auf der Grundlage des Preis- und*

*Produktstandes des ersten Tages des jeweils vorhergehenden Monats und wird von den Spitzenverbänden der Krankenkassen bekannt gemacht. Die Sätze 3 und 4 finden keine Anwendung, wenn weniger als fünf Arzneimittel im unteren Preisdrittel zur Verfügung stehen; in diesem Fall gilt jedes der bis zu fünf preiswertesten Arzneimittel als preisgünstig nach Satz 1 Nr. 1.*

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0273(18)  
vom 18.09.03**

**15. Wahlperiode**

## **Verträge müssen verbindlich sein Transparenz erhöhen - Verwaltungsaufwand reduzieren**

### **Ausgangslage**

Der Hilfsmittelmarkt ist äußerst heterogen und reicht von individuell angefertigten Produkten, über industriell hergestellte Hilfsmittel, die ohne Beratung vom Patienten direkt angewendet werden können bis hin zu industriell gefertigten Produkten, die erst durch die dauerhafte Beratung und Betreuung des Patienten durch examinierte Krankenschwestern eingesetzt werden können (Homecare). Entsprechend vielfältig ist die Leistungserbringerstruktur, die sowohl in **Kollektivverträgen** (v.a. Reha-Bereich) als auch **Einzelverträgen** (v.a. Homecare-Bereich) Vereinbarungen mit den Krankenkassen zu Preisen und Inhalten der Versorgung geschlossen haben. Diese z.T. sehr unterschiedlichen Marktgegebenheiten werden im vorgelegten Gesetzesentwurf nur ungenügend berücksichtigt.

### **Verträge müssen verbindlich sein**

In § 33 SGB V ist vorgesehen, dass die Krankenkassen, sofern sie Verträge mit einzelnen Leistungserbringern geschlossen haben, zukünftig nur noch den Durchschnittspreis des unteren Preisdrittels der Einzelverträge (i.F. „**Durchschnittspreis**“) erstattet, sofern der Versicherte in zumutbarer Weise versorgt werden kann.

#### **Folgen:**

Verträge, die zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ausgehandelt wurden und über dem Durchschnittspreis liegen, verlieren somit ihre Gültigkeit, da die Krankenkasse nur noch den Durchschnittspreis erstattet. Somit ist der Vertragsabschluss für Leistungserbringer zukünftig sinnlos (s. Anlage).

Es ist nicht klar, was unter „zumutbarer Weise“ zu verstehen ist. Ggf. müsste dies in einer Vielzahl von Rechtsstreitigkeiten geklärt werden. Es ist sicherzustellen, dass bei Indikationen, die eine zeitnahe Versorgung (Produkt + Dienstleistung) erfordern, der Versicherte seine Leistungen vollumfänglich ohne Eigenanteile von der Krankenkasse erstattet bekommt. Andernfalls würden Versicherte regelmäßig mit zu leistenden Eigenanteilen zusätzlich finanziell belastet werden, die wiederum bei der Belastungsgrenze nicht berücksichtigt würden.

#### **Vorschlag:**

Verträge, die zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ausgehandelt werden und damit sowohl im Preis als auch bei Versorgungsumfang und Qualität auf beidseitigem Einverständnis beruhen, müssen für die **Vertragslaufzeit uneingeschränkt Gültigkeit haben**. Unbetroffen davon bleibt der Wettbewerb unter den Leistungserbringern, mit Krankenkassen Verträge abschließen zu können.



- :: Der § 33 SGB V sollte wie folgt gefasst werden:  
*„Für andere Hilfsmittel übernimmt sie die jeweils vertraglich vereinbarten Preise gemäß § 127 Abs. 1 und 2. Haben Leistungserbringer keine Verträge nach § 127 abgeschlossen, trägt die Krankenkasse die Kosten in Höhe des Preises nach § 127 Abs. 3 Satz 2 bis 4, höchstens die tatsächlich entstandenen Kosten. Die Differenz zwischen dem Preis nach „ 127 Abs. 3 Satz 2 bis 4 und dem Abgabepreis des in Anspruch genommenen Leistungserbringers zahlen Versicherte an den Leistungserbringer.“*
- :: Ebenso bedarf es der Klarstellung in § 127 Abs. 3 Satz 6, dass zugelassene, *vertragslose* Leistungserbringer gemeint sind.

## Transparenz erhöhen

In § 127 Abs. 2 ist vorgesehen, dass einzelne Leistungserbringer Verträge mit Krankenkassen zu niedrigeren Preisen aber bei gleicher Qualität als in den Kollektivverträgen abschließen (Anmerkung: es gibt Hilfsmittel, die weder über Festbetrag noch über Kollektivvertrag geregelt sind). Hierzu müssten die Krankenkassen verpflichtet werden, die Vereinbarungen in den Kollektivverträgen sowohl zu den **Preisen als auch zur Qualität** (Umfang der Dienstleistung, Qualifikation des Personals etc.) **offen zu legen**, um damit die nötige Transparenz zu schaffen und sicherzustellen, dass Gleiches mit Gleichem verglichen wird. Nur so kann ein fairer Wettbewerb unter den Leistungserbringern und gleichzeitig die notwendige Qualität der Patientenversorgung garantiert werden.

Nach § 127 Abs. 3 sollen die Krankenkassen die Versicherten und die zugelassenen Leistungserbringer über die **Durchschnittspreise des unteren Preisdrittels** der Verträge nach Absatz 2 informieren. Hier fehlt ebenfalls die notwendige Transparenz bei der Ermittlung der Durchschnittspreise und deren Überprüfbarkeit. Andernfalls ist nicht auszuschließen, dass auf der Basis von in der Praxis nicht gelebter Verträge (wegen fehlender Patientenversorgung) ein Durchschnittspreis ermittelt wird.

Hier muss auch in Frage gestellt werden, warum zur Ermittlung des Durchschnittspreises nur Einzelverträge, nicht aber auch die Kollektivverträge herangezogen werden.

## Vorschlag:

s.u.

## Verwaltungsaufwand reduzieren

Zum Abschluss von Einzelverträgen sollen nach § 127 Abs. 2 **Ausschreibungen** durchgeführt werden. Aus folgenden Gründen sind Ausschreibungen nicht geeignet:

- :: Hilfsmittelversorgungen, die eine patientenindividuelle Beratung und Betreuung bedürfen, können die Dienstleistung in den Ausschreibungskriterien nicht genügend abbilden.
- :: Es ist nicht geklärt, nach welchen Kriterien Ausschreibungen erfolgen sollen. Der Gesetzgeber müsste das Verfahren (formelle Voraussetzungen wie VgV, VOL/A, Einklang mit der SVHV, zeitliche Parameter, Veröffentlichung der Ausschreibung, Umsetzung, Kommunikation aller Beteiligten, Preisdarstellung, Festlegung der Qualitätskriterien etc. ) abbilden. Zur Gesetzesbegründung merken wir an, dass i.d.R. Hersteller von Hilfsmitteln keine zugelassenen Leistungserbringer und damit nicht Vertragspartner der Krankenkassen sind.
- :: Ausgehend von mehr als 300 Krankenkassen denen mehrere tausend Leistungserbringer als Vertragspartner gegenüberstehen, die rund 30.000 Hilfsmittel vertraglich regeln sollen, zeigt, dass der Verwaltungsaufwand sowohl bei den Krankenkassen als auch den Leistungserbringern immens wäre.

Bei der Ermittlung des **Durchschnittspreises** nach § 127 Abs. 3 entstünde auch hier durch die Vielzahl von Vertragspartnern ein sich ständig ändernder Durchschnittspreis, dessen Ermittlung einen erheblichen Verwaltungsaufwand nach sich zöge. Er ist daher einmal pro Jahr zu ermitteln.

**Vorschlag:**

- :: In § 127 Abs. 2 Satz 2 streichen, da bereits auf der jetzigen Rechtsgrundlage die Krankenkassen Ausschreibungen durchführen können. Hilfsweise müsste § 127 Abs. 2 Satz 2 wie folgt gefasst werden: *„Hierzu soll die Aufforderung zur Abgabe eines Angebotes unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien, **die insbesondere die Vergleichbarkeit der Produkte, Service, Beratung und Betreuung, Versorgungsqualität sowie sonstiger Leistungsmerkmale sicherstellen**, öffentlich ausgeschrieben werden.“*
- :: Ergänzung in § 127 Abs. 3 Satz 3, 2. Halbsatz *„die Durchschnittspreise sind je Hilfsmittel und sofern erforderlich unter Berücksichtigung der Packungsgröße **einmal pro Jahr** zu bilden. Die zugrunde gelegten Vertragspreise sind offen zu legen.“*

**Fazit:**

Die im Hilfsmittelbereich rein preisorientierten Reformvorschläge vernachlässigen den Dienstleistungsbereich und beachten nur ungenügend die Tatsache, dass der Erfolg einer Krankenbehandlung nicht nur durch das Hilfsmittel an sich gewährleistet wird, sondern insbesondere durch das Vertrauensverhältnis zwischen Leistungserbringer und Patient.

Die Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringer würden durch die Regelung des Durchschnittspreises ihren Sinn verlieren.

Neben den vorgesehenen Zuzahlungen werden die Versicherten mit ggf. zu zahlenden Eigenanteilen, die sich aus den Vertragsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ergeben, zusätzlich belastet.

Der BVMed hält daher eine Modifizierung für dringend erforderlich.

BVMed – Bundesverband  
Medizintechnologie

Berlin, den 17. September 2003

# Zentralverband der Ärzte ZÄN für Naturheilverfahren und Regulationsmedizin

Geschäftsstelle: 72250 Freudenstadt, Am Promenadenplatz 1, [www.zaen.org](http://www.zaen.org)  
Tel. 07441 / 91 858 0, Fax 07441 / 91 858 22, E-Mail: [ZAEN-Freudenstadt@t-online.de](mailto:ZAEN-Freudenstadt@t-online.de)

Dr. med. Antonius Pollmann  
Präsident des ZÄN  
[A.Pollmann@t-online.de](mailto:A.Pollmann@t-online.de)

Hamburg, den 16. Sept. 2003

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0273(19)  
vom 18.09.03  
  
15. Wahlperiode**

## **Stellungnahme des ZÄN zur öffentlichen Anhörung am 22. Sept. 2003 zu**

1. Entwurf des Gesetzes zur Modernisierung der GKV
2. Zukunft gestalten statt Krankheit verwalten

Sehr geehrte Damen,  
sehr geehrte Herren,

wir möchten Ihr Bestreben zur Kostensenkung im Gesundheitswesen unterstützen, unsere Ausführungen belegen und Ihnen praktikable Vorschläge unterbreiten. Wie Sie in der folgenden Argumentation sehen werden, ist gerade mit Naturarzneimitteln eine Kostenreduktion im Gesundheitssystem zu erreichen.

### **1. Kostenreduktion durch ärztlich verordnete Naturarzneimittel**

Ärztlich verordnete Naturarzneimittel werden oft anstelle von chemisch-synthetischen Arzneimitteln eingesetzt. Sie dienen ebenso zur Therapie behandlungsbedürftiger Erkrankungen. Diese Naturarzneimittel sind zugelassen, standardisiert und mit belegter Wirksamkeit.

Es sind nicht dieselben Medikamente, die der Patient zur Selbstbehandlung seiner Befindensstörungen in Apotheken und Bio-Läden sowieso selbst kauft.

Nachweis siehe Anlage A.

## **2. Kostenreduktion durch prinzipiell preisgünstigere Naturarzneimittel**

Im statistischen Preisvergleich kosten Naturarzneimittel weniger als die Hälfte chemisch-synthetischer Arzneimittel. Naturstoffe sind nicht patentierbar, von jedem Hersteller zu nutzen und damit aufgrund des Marktes per se preiswert. Die eigentliche Kostensteigerung der Arzneimittelausgaben wird durch neue, innovative, patentgeschützte Medikamente verursacht.

Nachweis siehe Anlage B.

## **Stellungnahme des ZÄN zur Anhörung am 22. Sept. 2003**

- Seite 2

### **3. Kostenreduktion durch Substitution**

Nicht wenige teure Arzneimittel lassen sich durch preiswertere Naturarzneimittel ersetzen, die eine ähnliche und ausreichende Wirkung bei der entsprechenden Krankheit erzielen. Auch muss nicht immer das stärkste Arzneimittel verordnet werden, denn manchmal genügt auch eine mittlere Wirkstärke eines verträglichen Naturarzneimittels. Hier liegt ein wesentlicher Spareffekt.

Nachweis siehe Anlage B.

### **4. Kostenreduktion durch Wirksamkeit.**

Die Wirksamkeit der Arzneimittel wird im Rahmen der Zulassung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) geprüft – für chemisch-synthetische Arzneimittel ebenso wie für Naturarzneimittel. Diese zugelassenen Arzneimittel sind wirksam, qualifiziert und standardisiert und unterliegen der Apothekenpflicht.

Siehe Anlage C.

### **5. Kostenreduktion durch weniger Nebenwirkungen**

Die unnötigen Kosten für die Behandlung von Arzneimittelnebenwirkungen, die insbesondere bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln auftreten, können durch die vorzugsweise Verordnung nebenwirkungsarmer Arzneimittel vermieden werden. Wirksame Arzneimittel, die gut verträglich und nebenwirkungsarm sind, unterliegen nicht der Verschreibungspflicht, müssen aber vom BfArM geprüft und zugelassen sein und sind apothekenpflichtig. Naturarzneimittel entsprechen den Anforderungen der Wirksamkeit bei guter Verträglichkeit.

Siehe Anlage C.

### **6. Kostenreduktion durch Gesundheitsbewusstsein**

Patienten, die Naturarzneimittel bevorzugen, zeichnen sich durch ein stärkeres Gesundheitsbewusstsein aus. Gerade für Patienten mit geringem Einkommen ist die Kostenübernahme für Naturarzneimittel wichtig. Gesundheitsbewusstsein dient der Kostenreduktion und sollte beachtet werden.

Siehe Anlage D.

## 7. **Kostenreduktion durch Fachkompetenz**

Für die Beurteilung und Anwendung der Naturarzneimittel bedarf es einer speziellen Ausbildung und Fachkompetenz, wie z. B. der offiziellen Zusatzqualifikation „Naturheilverfahren“ der Ärztekammer. Diese Fachkompetenz gilt es, in der Verordnung der Naturarzneimittel zu beachten. Aber auch im Gemeinsamen Bundesausschuss sollte die Zusatzqualifikation Grundvoraussetzung für die Beurteilung der Naturarzneimittel sein. Siehe Anlage D.

**Stellungnahme des ZÄN zur Anhörung am 22. Sept. 2003**

**- Seite 3**

Demzufolge regen wir an, die Naturarzneimittel in der Kostenerstattung unbedingt zu berücksichtigen und schlage folgende Lösung im SGB V vor:

### 1. **In § 34 folgenden Satz einzufügen:**

Satz 1 gilt nicht für: „vom BfArM zugelassene Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen.“

Begründung: Die Vorarbeit und Fachkompetenz der Kommissionen des BfArM wird so genutzt, unnötige Ausschusssitzungen entfallen und wirksame Naturarzneimittel bleiben erhalten.

Sollte diese Veränderung nicht durchsetzbar ist, sollte **alternativ** zumindest folgende Ergänzung analog zur Psychotherapie in § 91 eingefügt werden, um die spezielle Fachkompetenz für Naturarzneimittel im Gemeinsamen Bundesausschuss zu gewährleisten:

### 2. **In § 91 folgenden Satz einfügen:**

(5) ... Bei Beschlüssen zu Richtlinien über Medikamente und Verfahren der besonderen Therapierichtungen sind als Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung fünf Ärzte mit der Zusatzqualifikation Naturheilverfahren und/oder Homöopathie und fünf in den besonderen Therapierichtungen tätige Ärzte sowie ein zusätzlicher Vertreter der Ersatzkassen zu benennen.

Wir hoffen, dass wir Ihr Interesse für diese Lösung geweckt haben und Sie mit unseren Darlegungen überzeugen konnten. Die einfachste Lösung wäre freilich, im § 34 das Wort „verschreibungspflichtig“ durch „apothekenpflichtig“ zu ersetzen, was viel Arbeit der Gemeinsamen Kommission ersparen und dennoch ein kostengünstiges Gesundheitssystem erhalten würde.

Unsere Vorschläge dienen der Volksgesundheit, der sinnvollen Kosteneinsparung, der Reduktion von Verwaltungsaufwand und der Pluralität in der Medizin und entsprechen dem Willen der Bevölkerung, die nach Analyse des Allensbach Instituts (IfD-Umfrage 7016 2002) zu 76 % Naturarzneimittel in der GKV-Erstattung erwarten.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Antonius Pollmann  
Präsident des ZÄN

**Anlagen A bis D**

## Anlage A

der Stellungnahme des ZÄN zur öffentlichen Anhörung am 22. 9. 03

### 8. Kostenreduktion durch ärztlich verordnete Naturarzneimittel

Die Ausgaben für pflanzliche Arzneimittel im Jahre 2002 betragen

auf ärztlichem Rezept 884 000 000,- €

im Handverkauf der Apotheken 1.188 000 000,- €

Diese Zahlen belegen, dass mehr als 2/3 der wirkungsgeprüften, apothekenpflichtigen pflanzlichen Arzneimittel ärztlich verordnet wurden.

Der Durchschnittspreis pflanzlicher Arzneimittel pro Packung betrug

auf ärztliche Verordnung 10,45 €

im Handverkauf der Apotheken 6,92 €

Auch diese Zahlen der IMS-health/BAH Studie zeigen, dass die ärztlich verordneten Arzneimittel nicht mit den selbst gekauften identisch sind.

Irreführend ist das Ergebnis des Allensbach Instituts, IfD-Umfrage 7016, wonach im Jahre 2002 60% der Naturarzneimittel von Patienten selber gekauft wurden.

Hier wird nicht berücksichtigt, dass Patienten alle heilpflanzlichen Zubereitungen als Naturarzneimittel bezeichnen, auch wenn sie ohne Wirkungsnachweis sind oder auch wenn sie in Reformhäusern, Bio-Läden und Supermärkten erworben wurden.

Diese Statistik ist also für die Gesundheitsreform nicht zu verwerten.

Zu beachten ist, dass die ärztlich verordneten Naturarzneimittel vom BfArM zugelassene apothekenpflichtige standardisierte Arzneimittel mit belegter Wirksamkeit sind. Die Indikation zur ärztlichen Verordnung ergibt sich aus der Behandlungsbedürftigkeit einer Erkrankung. Hierbei ist die Auswahl des Arzneimittels, die Dosierung und Therapiedauer von entscheidender Bedeutung für den Therapieerfolg. Der Arzt verfügt normalerweise über eine spezielle Ausbildung in der Anwendung von Phytopharmaka, Einzelmittelhomöopathika, Komplexmittelhomöopathika und anthroposophischen Arzneimitteln.

Ärztlich verordnete Naturarzneimittel sind zugelassen, standardisiert, apothekenpflichtig und mit Wirkungsnachweis, dagegen ist die Naturmedizin in der Selbstmedikation im Sinne der Volksheilkunde ohne notwendige Qualifikation.

Beispiel:

Der Arzt verordnet ein Johanniskrautpräparat (standardisiert auf 0,8 mg Gesamthypericin) mit einer Tagesdosierung von 900 mg Gesamtextrakt zur Behandlung einer Depression.

Der Patient gönnt sich einen Teebeutel Johanniskraut in der Hoffnung, es könne ihm helfen.

**Fazit:** Auch Naturarzneimittel müssen ärztlich verordnet werden, soll der Therapieerfolg hoch sein.



## Anlage B

der Stellungnahme des ZÄN zur öffentlichen Anhörung am 22. 9. 03

### 9. Kostenreduktion durch prinzipiell preisgünstigere Naturarzneimittel

Apothekenpflichtige Arzneimittel kosten im Durchschnitt

**ohne Verschreibungspflicht 8,28 €** pro Packung,

mit **Verschreibungspflicht 35,52 €** pro Packung (Quelle IMS/BAH Studie).

Apothekenpflichtige Arzneimittel ohne Verschreibungspflicht kosten demnach nur  $\frac{1}{4}$  des Preises verschreibungspflichtiger Arzneimittel. Diese Zahlen belegen auch, dass mit Naturarzneimittel ohne Verschreibungspflicht bisher kostengünstig in der Arztpraxis therapiert wurde.

Kostenintensiv und Kosten steigernd sind neue, patentierte Arzneimittel. Preiswert sind Arzneimittel aus Naturstoffen, da sie nicht patentgeschützt sind, von jedem Hersteller produziert werden können und über den freien Markt zum günstigsten Preis zu haben sind.

Beispiel:

Migränebehandlung

Neu: Sumatriptan (Imigran)	Packung N1 6 Tabletten	<b>52,27 €</b>
Alt: Acetylsalicylsäure (Aspirin Migräne)	Packung N1 6x2 Tabletten	<b>5,60 €</b>
Pestwurz-Wurzel (Petadolex)	Packung N2 50 Kapseln	<b>17,45 €</b>
Homöopathikum (Migräne-Gastreu)	Packung N1 22 ml Tropfen	<b>5,92 €</b>

(Quelle: Rote Liste 2003)

**Fazit:** Naturarzneimittel sind in der Regel kostengünstiger als verschreibungspflichtige Arzneimittel.

### 10. Kostenreduktion durch Substitution

Der Patient braucht ein Arzneimittel zur Behandlung seiner Krankheit. Wenn der Arzt ein bisher teures chemisch-synthetisches Arzneimittel durch ein preisgünstigeres Naturarzneimittel ersetzen kann, werden dadurch Behandlungskosten reduziert.

Beispiel:

Prostatavergrößerung

Finasterid (PROSCAR)	Tagesbehandlungskosten	<b>1,68 €</b>
Kürbissamen (Prosta Fink forte)	Tagesbehandlungskosten	<b>0,49 €</b>
Homöopathisch (Prostata-Gastreu)	Tagesbehandlungskosten	<b>0,36 €</b>

(Quelle: Rote Liste 2003)

**Fazit:** Der Ersatz verschreibungspflichtiger Arzneimittel durch Naturarzneimittel trägt zur Kostenersparnis bei.

## Anlage C

der Stellungnahme des ZÄN zur öffentlichen Anhörung am 22. 9. 03

### 11. Kostenreduktion durch Wirksamkeit.

Die Wirksamkeit der Arzneimittel wird im Rahmen der Zulassung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) geprüft – chemisch-synthetische Arzneimittel ebenso wie Naturarzneimittel. Für die Naturarzneimittel sind im BfArM die Kommission B (anthroposophische Arzneimittel), Kommission C (homöopathische Arzneimittel) und Kommission E (Phytopharmaka) für die Beurteilung der Wirksamkeit, der Nebenwirkungen etc. und die Zulassung als wirksames apothekenpflichtiges Arzneimittel zuständig.

Beispiel:

Die antidepressive Wirksamkeit von Hypericum-Extrakten ist durch über 20 kontrollierte klinische Studien gut belegt. Bei einer durchschnittlichen Tagesdosis von 900 mg Extrakt war das Phytopharmakon Jarsin sowohl gegenüber Plazebo als auch im Vergleich zu synthetischen Standards-Antidepressiva wie Amitriptylin und Marprotilin bei leichten bis mittelschweren Formen der Depression wirksam. Die Responderraten waren mit 60 – 70% ebenso hoch wie bei synthetischen Antidepressiva. (Quelle: Leitfaden Phytotherapie)

**Fazit:**

Vom BfArM zugelassenen, apothekenpflichtigen Arzneimittel sind auf Wirksamkeit geprüft.

### 12. Kostenreduktion durch weniger Nebenwirkungen

Ein wesentlicher Kostenfaktor im Gesundheitssystem ist auf die Behandlung der Nebenwirkungen verschreibungspflichtiger Arzneimittel zurückzuführen. Die tatsächlichen Kosten für Nebenwirkungen sind nicht bekannt, da sie nicht gemeldet werden müssen. Bedenkt man, dass hierzulande mehr Personen an Arzneimittelnebenwirkungen sterben als im Straßenverkehr, kann man die enormen Kosten der Nebenwirkungen erahnen.

Die Verschreibungspflicht bezieht sich auf die Stärke der Nebenwirkungen, über die Wirksamkeit sagt die Verschreibungspflicht nichts aus:

§ 48 AMG Verschreibungspflicht: Arzneimittel, die durch Rechtsverordnung als gefährlich eingestuft worden sind, weil sie die Gesundheit auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch unmittelbar oder mittelbar gefährden können ... .. dürfen nur nach Vorlage einer ärztlichen oder zahnärztlichen Verschreibung an den Patienten abgegeben werden.

Beispiel:

Migräneprophylaxe.

Die standardisierte pflanzliche Pestwurz ist nach den Studienergebnissen ebenso wirksam wie der chemische Betablocker Metoprolol.

**Nebenwirkungen der Pestwurz-Wurzel (Petadolex):**

In seltenen Fällen leichte Magenbeschwerden, in seltenen Fällen allergische Leberentzündung

**Nebenwirkungen des Betablockers Metoprolol:**

Palpitationen, Belastungsdyspnö, Herzschmerzen, kardiale Leistungsstörungen, Arrhythmie, Konzentrationsstörungen, Nervosität, Ängstlichkeit, Verwirrtheit, Gedächtnisstörung, Persönlichkeitsveränderung, Arthralgie, Schwitzen, Haarausfall, Hautausschläge, Thrombozytopenie, Leukopenie, Leberfunktionsstörung, Hepatitis, Fettstoffwechselstörung, Sehstörung, Augenreizung, Geschmacksstörung, Hörstörung, Ohrgeräusche, allergischer Schnupfen, Gewichtszunahme, Potenzstörung

(Quelle: Rote Liste 2003)

**Fazit:**

Mit nichtverschreibungspflichtigen Arzneimitteln lassen sich Kosten im Gesundheitswesen einsparen, weil sie weniger behandlungsbedürftige Nebenwirkungen haben.

**Anmerkung:**

Zur wissenschaftlichen Erforschung der Naturarzneimittel ist zu vermerken, dass Naturprodukte nicht durch Patent geschützt werden können. Die Arzneimittelforschung in der Bundesrepublik, die vornehmlich firmenfinanzierte Auftragsforschung ist, vernachlässigt demzufolge die Erforschung der Naturarzneimittel. Dennoch gibt es eine Vielzahl aussagekräftiger Studien zur Wirksamkeit und zu Nebenwirkungen der Naturarzneimittel, insbesondere klinische Studien.

Pharmakonzerne sind bemüht, aus Naturarzneien den wirksamen Stoff zu extrahieren und ihn chemisch leicht zu verändern; so kann er mit Patentschutz und hohem Preis auf den Markt gebracht werden und steht womöglich wegen seiner größeren Nebenwirkungen unter Verschreibungspflicht. Ein Naturarzneimittel ist das aber nicht mehr.

## Anlage D

der Stellungnahme des ZÄN zur öffentlichen Anhörung am 22. 9. 03

### 13. Kostenreduktion durch Gesundheitsbewusstsein

Gerade gesundheitsbewusste Patienten erwarten nach Möglichkeit Naturarzneimittel. Aber auch Ärzte, die Naturarzneimittel verordnen, achten besonders auf eine gesunde Lebensführung ihrer Patienten. Inhalte der ärztlichen Weiterbildung Naturheilverfahren sind insbesondere Ernährungstherapie und Ordnungstherapie (Beratung in der Lebensführung).

#### **Fazit:**

Gesundheitsbewusste Lebensweise muss honoriert werden, da sie zur Kosteneinsparung im Gesundheitssystem führt.

### 14. Kostenreduktion durch Fachkompetenz

Für die Behandlung mit Naturarzneimitteln braucht es Fachkompetenz. Diese erwirbt der Arzt in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung. Hier nehmen die ärztlichen Fachgesellschaften, die sich auf spezielle Verfahren spezialisiert haben, eine wichtige Position ein. Die Ärzte in den Gremien dieser Fachgesellschaften verfassen Lehrpläne, setzen Standards, erstellen Gutachten und beurteilen die fachspezifische Wissenschaft.

Die Zusatzweiterbildungen in Naturheilverfahren und Homöopathie sind Inhalt der ärztlichen Weiterbildungsordnung und werden von den Ärztekammern als Zusatzqualifikationen offiziell anerkannt. Das Führen der Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren bzw. Homöopathie ist dem Arzt erst nach absolvierter Weiterbildung und Anerkennung durch die Ärztekammer erlaubt. Das Führen dieser Titel weist den Arzt als qualifiziert in diesen Fachbereichen aus. Erst nach weiterer klinischer Erfahrung wird der Arzt durch die Ärztekammer ermächtigt, selbst Weiterbildungen zu leiten.

Naturheilverfahren, Homöopathie und Anthroposophie sind in der Regel Verfahren der ärztlichen Praxis, wo die Langzeitbehandlung der Patienten stattfindet. Diese Methoden sind nur selten an Universitäten und in großen Kliniken zu finden, wo eher die Akutbehandlung und die Behandlung schwerer Entgleisungen vorgenommen werden und damit andere Arzneimittel im Vordergrund stehen. Die Fachkompetenz für Naturarzneimitteln findet sich eher beim niedergelassenen Arzt als beim Kliniker und Universitätsprofessor. Letzterer ist eher der Auftragsforschung großer Arzneimittelkonzerne zugetan als der Erforschung von Naturarzneimitteln.

Die Fachkompetenz für Naturarzneimittel ist auch in den Kommissionen C, D und E des BfArM zu finden, die die Zulassung der Arzneimittel aussprechen.

**Beispiel:**

Die primäre Aufgabe ärztlicher Fachgesellschaften wie z.B. des ZÄN ist die ärztliche Fort- und Weiterbildung und die wissenschaftliche Beurteilung der Verfahren und Arzneimittel. Für die Zusatzqualifikation Naturheilverfahren wird vom Arzt eine vierwöchige theoretische und dreimonatige praktische Weiterbildung nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer gefordert. Erst dann darf der Arzt die Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ auf Briefkopf und Praxisschild führen.

**Fazit:**

Naturheilverfahren und Homöopathie sind offizielle, von den Ärztekammern verliehene Zusatzqualifikationen.

In den Gremien der jeweiligen Fachgesellschaften finden sich Ärzte mit hoher Fachkompetenz.

In der ärztlichen Grundversorgung werden Naturarzneimittel kompetent eingesetzt.

In der universitären Ausbildung kommen Naturarzneimittel überhaupt nicht vor.

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0273(20)  
vom 18.09.03**

**15. Wahlperiode**

**Stellungnahme des  
Verbandes Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.  
vom 18. September 2003**

zum  
**Entwurf eines Gesetzes zur  
Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung  
(GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)**  
Drucksache 15/1525

## **I. Gesetzlicher Inhalt**

### **a) Zuzahlungen**

Nach dem vorliegenden Entwurf eines GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) soll bei Häuslicher Krankenpflege tatsächlich eine Zuzahlungs-Regelung für Patienten und Versicherte gelten. Diese soll begrenzt auf die ersten 28 Kalendertage der Leistungsanspruchnahme je Kalenderjahr greifen. Zu zahlen sind die Zuzahlungen an die jeweilige Krankenkasse (§ 37 Abs. 5 SGB V).

§ 61 Satz 3 SGB V legt die Zuzahlung fest: Bei Häuslicher Krankenpflege soll diese 10 Prozent der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung betragen. Dabei haben Versicherte nach § 62 SGB V während eines Kalenderjahres „nur“ Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten. Wird diese erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen. Die Belastungsgrenze beträgt 2 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt, für chronisch Kranke beträgt sie 1 Prozent.

Bei der Ermittlung der Belastungsgrenze sollen die Zuzahlungen und die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt der mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners jeweils zusammengerechnet werden. Hierbei sieht § 62 Abs. 2 SGB V einige Abschläge vor.

### **b) Fortbildung**

§ 132 a SGB V nennt die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung. Wird die Fortbildung nicht nachgewiesen, sind in den Verträgen Vergütungsabschläge vorzusehen. Erbringt der Leistungserbringer in dem ihm gesetzten Zeitraum die Fortbildung nicht, ist der Vertrag zu kündigen.

### **c) Schiedsperson**

Über die Einzelheiten der Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern ab.

Nach § 132 a SGB V soll künftig in den Verträgen geregelt werden, dass im Falle von Nichteinigung eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt. Einigen sich die Vertragsparteien nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragsschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

## II. Stellungnahme

### Zur Zuzahlungs-Regelung

Die jetzige – in letzter Minute eingebrachte – Zuzahlungs-Regelung des GMG ist wesentlich sozialverträglicher und gerechter für den Patienten. Sie ist insofern auch nachvollziehbar, da eine wirkliche Stabilisierung des Gesundheitssystems nur durch Zugeständnisse aller Beteiligten, also ein Stück weit eigenverantwortlicher Selbstbeteiligung, erreicht werden kann.

Hätte der Patient bei der zuvor geplanten Zuzahlungs-Regelung rund 35 bis 65 Euro für jeden Monat (bis zum Erreichen der Belastungsgrenze) zahlen müssen, wird durch die neue Regelung die Zuzahlung auf 28 Tage pro Jahr beschränkt. Damit wird in Bezug zur zeitlichen Beschränkung richtigerweise mit der Regelung für den Krankenhausbereich gleichgezogen. Bei Behandlungskosten zwischen 250 und 550 Euro pro Monat ergibt dies für Patienten mit Häuslicher Krankenpflege eine Zuzahlung von rund 20 bis 50 Euro für das Jahr, zuzüglich für jede Verordnung 10 Euro.

Damit entspricht die jetzige Regelung mit Ausnahme der Verwaltungsgebühr den Vorschlägen des VDAB für eine sozialverträglichere Lösung. Dass hier entgegen der ersten Entwürfe eine andere Zuzahlungs-Regelung bei Häuslicher Krankenpflege dringend benötigt wurde, haben zusammen mit dem VDAB rund 9.000 Patientenschreiben an das Bundesgesundheitsministerium sowie 20.000 Unterschriften und weitere bundesweite Aktionen zahlreicher Pflegedienste deutlich gemacht.

Die Sozialverträglichkeit der jetzigen Lösung zeigt sich auch am folgenden einfachen Beispiel: Legt man durchschnittliche Kosten von nur rund 250 Euro pro Krankenhaustag zugrunde, trägt der Patient 4 Prozent der Kosten (10 Euro pro Tag) – und das auf 28 Tage begrenzt. Bei der (für die Krankenkassen wesentlich kostengünstigeren) Häuslichen Krankenpflege muss der Patient bei monatlichen Behandlungspflegekosten zwischen 250 und 550 Euro mit der jetzigen Lösung zwischen 3 und 5 Prozent der jährlichen Kosten tragen.

Der jetzt zu diskutierenden und zu Recht auf 28 Tage begrenzten 10 Prozent-Regelung stimmt der VDAB aus den vorgenannten Gründen grundsätzlich zu. Dennoch verbleibt es bei einigen Kritikpunkten, auf die wir im Folgenden eingehen werden.

Hierzu zählt unter anderem, dass der Patient mit Häuslicher Krankenpflege eine finanzielle Doppelbelastung tragen soll. Denn zum einen trägt er den Anteil an den Behandlungskosten, zum anderen soll er künftig auch (zusätzlich) Verwaltungsgebühren bezahlen. Eine ähnliche Doppelbelastung ist aus den neuen Zuzahlungs-Regelungen nur für den Bereich der Heilmittel ersichtlich. Daher lehnt der VDAB die Verwaltungsgebühr weiterhin ab.



Erschwerend kommt hinzu, dass die Krankenkassen hinsichtlich der Verwaltungsgebühr eine entscheidende Rolle spielen. Denn anstatt Verordnungen über einen langen Zeitraum zu genehmigen, werden diese von den Kassen in der Regel auf einen Zeitraum von 4-Wochen gekürzt. Das treibt die Verwaltungs-Kosten für den Patienten nach oben.

### **Vorschlag des VDAB**

Sollte die Verwaltungsgebühr dennoch im GMG verbleiben, bitten wir zu beachten, dass anstatt „je Verordnung“ der Gesetzestext in § 61 Satz 3 SGB V richtig „je genehmigter Verordnung“ lauten muss. Denn der Patient sollte nicht für eine seitens der Krankenkasse abgelehnte Verordnung finanziell zur Verantwortung gezogen werden.

Darüber hinaus sollte der Hinweis aus § 61 Satz 1 SGB V „allerdings nicht mehr als die Kosten des Mittels“, der ja bereits in der ersten (veröffentlichten) Fassung der geplanten Zuzahlungs-Regelung für die Häusliche Krankenpflege Gültigkeit hatte (sofern die Kosten der einzelnen Leistung bei weniger als die ursprünglich geplanten 5 Euro Mindest-Zuzahlung lagen), auch für die Verwaltungsgebühr gelten. Denn es gibt durchaus „Einmalverordnungen“, deren Verwaltungswert unterhalb von 10 Euro liegt.

### **Zur Belastungsgrenze**

Ein weiterer kritischer Punkt betrifft die Belastungsgrenze. Dadurch, dass bei der Ermittlung der Belastungsgrenze auch die Zuzahlungen und die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt der mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners berücksichtigt werden, befürchtet der VDAB, dass der Versicherte mit Häuslicher Krankenpflege gegebenenfalls wesentlich mehr zuzahlen muss als 1 bis 2 Prozent seiner eigenen Jahresbruttoeinnahmen.

Die Belastungsgrenze von 1 Prozent würde somit nur theoretisch zum Tragen kommen, denn deren Höhe verschiebt sich durch den Einbezug weiterer Haushaltseinnahmen nach oben. Dadurch werden gerade chronisch Kranke benachteiligt, die auf regelmäßige Verordnungen und Pflege angewiesen sind.

Auch würde dies Patienten mit Leistungen der Häuslichen Krankenpflege besonders treffen, da diese Gruppe bereits ab dem 1. Januar 2004 Zuzahlungen leisten müssen und somit unmittelbar und direkt von den neuen Regelungen betroffen sind.

Offen ist dabei auch, wie die bürokratische Abwicklung der Zuzahlungs-Regelungen aussehen soll. Seitens des VDAB befürchten wir einen stark ansteigenden Verwaltungsaufwand, der unter keinen Umständen von den Krankenkassen an die ambulanten Pflegedienste weitergegeben werden darf. Diese haben weder die Mittel noch die Zeit zusätzliche Verwaltungsaufgaben zu übernehmen.

Das GMG sieht eine Zahlung an die Krankenkasse vor; dabei muss es auch verbleiben. Folgt man dem, müssen diese ihren Versicherten bis zur Belastungsgrenze die Zuzahlungen in Rechnung stellen, den Zahlungseingang festhalten, ggf. mahnen und letztlich den Freistellungsbescheid erteilen (dies aber erst dann, wenn sie die Jahresbruttoeinnahmen des Versicherten sowie sämtlicher, mit im Haushalt lebenden Personen geprüft haben).

Das führt zu einem enormen Verwaltungsaufwand. Dabei befürchtet der VDAB, dass ein Teil der Zuzahlungsbeträge direkt von den zusätzlichen Verwaltungs- und Kontrolltätigkeiten der Krankenkassen verschluckt wird und somit nicht der Entlastung des Gesundheitssystems dient.

Hinzu kommt, dass mit dem GMG der einzelne Versicherte generell mit einer Vielzahl neuer Zuzahlungs-Regelungen in Berührung kommt. Sollte er, und auf dies weisen wir ausdrücklich hin, hier seine eigenen Einsparmöglichkeiten in der Gesetzlichen Krankenversicherung suchen, womöglich bei der Häuslichen Krankenpflege den Rotstift ansetzen und auf professionelle Hilfe verzichten, wäre dies fatal:

Hohe Qualitätseinbußen durch Laienpflege und eine medizinische Unterversorgung wären die Folge, unzählige Dienste müssten um ihre Existenz kämpfen. Die Kosten für teure Krankenhausaufenthalte würden enorm steigen und der Grundsatz „Ambulant vor Stationär“ wäre ad absurdum geführt. Dabei zeigt die Erfahrung der letzten Jahre, dass die Leistungen, die der Patient bei einem Pflegedienst beansprucht, sich im Regelfall nach seinem (dem Patienten) Geldbeutel richtet und weniger nach deren tatsächlichen Bedarf. Aus unserer Sicht führen die geplanten Zuzahlungs-Regelungen zu einer Zunahme dieser Tendenz. Mit Verursacher hierfür sind die Beträge der Pflegeversicherung, mit denen die Patienten bereits bei den Leistungen der Grundpflege nicht auskommen.

Der Pflegedienst beschreitet dabei eine Gratwanderung, denn wenn der Patient die Häusliche Krankenpflege ablehnt und somit auch keine Verordnung vorhanden ist, sind ihm für die Leistungserbringung die „Hände gebunden“, selbst wenn er beim gleichen Patienten Leistungen der Grundpflege erbringt.

### **Vorschlag des VDAB**

Es sollte über eine generelle Zuzahlung aller Versicherten (über 18 Jahre) von jährlich 100 bis 150 Euro nachgedacht werden. Dieser Pauschalbetrag wäre unabhängig der in Anspruch genommenen Leistungen und unabhängig des Einkommens des Versicherten zu berechnen.

Er könnte ein Mal im Jahr über die Krankenkassen eingezogen werden und wäre verwaltungstechnisch wesentlich einfacher zu handhaben. Die vorgesehene Freistellungs-grenze könnte somit entfallen, eine Härtefallregelung wäre jedoch zu schaffen.

### **Zur Fortbildung**

Die jetzt im SGB V verankerte Fortbildung, sofern Leistungen Häuslicher Krankenpflege erbracht werden, ist sachgerecht und findet die Zustimmung des VDAB.

Hinzu kommt, dass sie relativ offen gestaltet ist. Die näheren Einzelheiten sind den Vertragspartnern „vor Ort“ vorbehalten. Somit ist ein flexibler Zuschnitt auf deren eigenen Bedürfnisse möglich.

### **Zur Schiedsperson**

Die Schaffung einer Schiedsperson auch im SGB V-Bereich wird seitens des VDAB begrüßt.

Auch dies entspricht einer bereits seit langem aufgestellten Forderung des VDAB und anderer Verbände der Leistungserbringer.

### **III. Fazit**

Der jetzige Entwurf des GMG geht die Häusliche Krankenpflege betreffend, weit über die in den ersten Vorentwürfen aufgezeigten Zuzahlungs-Regelungen hinaus. Deutlich ersichtlich ist, dass hier eine positive Bewegung zu einer sozialverträglicheren Lösung eingesetzt hat.

Insgesamt kann der VDAB die jetzt gefundenen Lösungen jedoch nur zum Teil unterstützen. Angesichts der bei der Abwicklung der Zuzahlungen unsererseits befürchteten Schwierigkeiten sowie der aufgeführten Kritikpunkte auch im Umgang mit der Belastungsgrenze, sehen wir aus dem Blickwinkel der Häuslichen Krankenpflege ein enormes Ausmaß an weiteren bürokratischen Aufwendungen auf die Krankenkassen zukommen.

Weiter haben wir die Befürchtung geäußert, dass es aufgrund der zahlreichen neuen Zuzahlungs-Regelungen neben der Häuslichen Krankenpflege, jedoch gerade zu Einsparungen durch die Patienten bei dieser kommt. Die Folgen derartiger aus Einsparungssicht vorgenommener Umorientierungen der Patienten, haben wir im Weiteren klar herausgestellt.

Essen, den 18. September 2003

gez. **Stephan Dzulko**  
stellv. Bundesvorsitzender

gez. **Michael Schulz**  
Bundesgeschäftsführer



**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0273(21)  
vom 18.09.03**

**15. Wahlperiode**

## **Stellungnahme**

**des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste  
e.V. (bpa)**

**zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE  
GRÜNEN**

**„Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenver-  
sicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)“, Bundestags-Drucksache  
15/1525**

Berlin, 17. September 2003



bpa – Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V., Bundesgeschäftsstelle  
Geschäftsführer Bernd Tews, Hannoversche Str. 19, 10115 Berlin

Tel.: 030 – 308 788 60 Fax: 030 – 308 788 89 E-mail: bund@bpa.de www.bpa.de

## I. Einleitung

Der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa) dankt für die Möglichkeit zur Stellungnahme zum „Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG)“.

Der bpa vertritt bundesweit über 4000 private Pflegeeinrichtungen, hierunter sind mehr als 2000 Pflegedienste.

Grundsätzlich befürwortet der bpa die gesetzgeberische Initiative zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung sowie die Absicht Rationierungen von Leistungen zu Lasten der Patienten zu verhindern und die besonderen Belange chronisch Kranker zu berücksichtigen.

Der effiziente Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel unter Wahrung der Beitragssatzstabilität bis hin zur Beitragssenkung wird ebenfalls als Prämisse geteilt. Allerdings muss im Vordergrund stehen, eine umfassende medizinische Versorgung für alle Patienten zu gewährleisten und unausweichliche zusätzliche Belastungen sozialverträglich zu gestalten. **Insbesondere sind Patientengruppen, die aufgrund medizinischer oder sozialer Indikationen bereits besonders betroffen sind, von weiteren Belastungen auszunehmen.**

Im Hinblick auf die Optimierung von Krankenversicherungsleistungen müssen sektorenübergreifende Leistungen, wie dieses z. B. im Rahmen der Integrationsversorgung erfolgt, stärker gefördert werden. **Anreize zur ambulanten Versorgung** (Hausarztmodelle, ambulantes Operieren, DRG usw.) **sind aus- und aufzubauen.** Speziell bezüglich letzterem fehlen dem Gesetzesentwurf deutliche Signale. Mit der verbindlichen Einführung der DRG im Krankenhaus ab 2004 soll

es eine deutliche Vermeidung von Fehlversorgungen sowie Verkürzung der Verweildauern geben. Diese sinnvolle Optimierung stationärer Krankenhausaufenthalte **bedarf einer ambulanten hausärztlichen und krankenpflegerischen Absicherung der Akutversorgung**, sofern drastische Qualitätseinbußen in der Patientenversorgung ausgeschlossen werden sollen.

Vor dem Hintergrund der kurzfristig anberaumten Anhörung nimmt der bpa in Folge zu den für seine Mitglieder wesentlichen einzelnen Paragraphen Stellung:

## **1. § 37 Abs. 1, häusliche Krankenpflege (Artikel 1, Ziffer 27 des GMG), hier: Auswirkungen der DRG**

### **a. Häusliche Krankenpflege als DRG-Nachsorge verankern**

Die häusliche Krankenpflege verfolgt das gesetzlich formulierte Ziel, Krankenhausaufenthalte zu ersetzen, verhindern oder verkürzen. Dabei sichert diese in erster Linie das Ziel der ärztlichen Behandlung durch die Behandlungs-, aber auch Grundpflege. Im Zuge der DRG-Einführung in den Krankenhäusern sichert häusliche Krankenpflege frühzeitige Krankenhausentlassungen behandlungspflegerisch ab, ohne die ein weiterer Verbleib im Krankenhaus (Fehlversorgung) erforderlich wäre. § 39 Abs. 1 Satz 3 verlangt explizit, dass eine Krankenhausbehandlung nur durchgeführt werden darf, wenn das Behandlungsziel nicht durch ambulante Behandlung „einschließlich häuslicher Krankenpflege“ erreicht werden kann. Vor diesem Hintergrund muss die **häusliche Krankenpflege** zusammen mit der ambulanten ärztlichen Behandlung so ausgestaltet werden, dass diese anstelle der Krankenhausversorgung in Form von Weiterbehandlung oder **als „Hospital Home“ nach ambulanten Operationen als effiziente vorrangige Leistung greift**. Um dieses Ziel zu erreichen, ist der Vorrang häuslicher Krankenpflege ausdrücklich in das Gesetz aufzunehmen.

### **b. Palliativ-medizinisch-pflegerische Versorgung als häusliche Krankenpflege**

Die DRG-Einführung wird dazu führen, dass im Krankenhaus eine palliativ-medizinisch-pflegerische Versorgung aufgrund der nicht zuordbaren Leistung

kaum durchgeführt werden dürfte. Deshalb muss sichergestellt werden, dass die häusliche Krankenpflege auch diese Leistungen umfasst.

#### Änderungsvorschlag § 37 Abs. 1 SGB V:

Versicherte erhalten neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege *in Verbindung mit ambulanten Operationen oder anderweitig* vermieden oder verkürzt wird. *Dieses gilt auch für die nachstationäre Behandlung nach § 115 a. Die häusliche Krankenpflege hat, sofern medizinisch vertretbar, Vorrang vor der Krankenhauspflege.* Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege *einschließlich palliativ-medizinisch-pflegerischer Leistungen* sowie hauswirtschaftliche Versorgung. Der Anspruch besteht bis zu vier Wochen je Krankheitsfall. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der Medizinische Dienst (§ 275) festgestellt hat, dass dies aus den in Satz 1 genannten Gründen erforderlich ist.

#### **2. § 37 Abs. 1 und 2, häusliche Krankenpflege, hier: „im Haushalt“**

Versicherte erhalten häusliche Krankenpflege gem. § 37 Abs. 1 und 2 „in ihrem Haushalt oder ihrer Familie“. Diese Regelung hat in der Praxis insbesondere bei kranken Kindern, die häusliche Krankenpflege im Kindergarten oder in der Schule in Anspruch nehmen wollten, zu Problemen geführt.

Die Kostenträger haben dieses Kriterium wörtlich als Beschreibung des Leistungsortes verstanden und dahingehend ausgelegt, dass Leistungen, die außerhalb des Haushalts erbracht würden, nicht beansprucht werden könnten. Das Merkmal "in ihrem Haushalt oder ihrer Familie" dient aber vornehmlich der Abgrenzung zu § 39 SGB V, also der Trennung von Ansprüchen bei stationären Aufenthalten. Zweck des Gesetzes kann es nicht sein, den unterhaltsverpflichtete-

ten Eltern die Kosten derselben Leistungen aufzubürden, wenn sie außerhalb der eigenen Wohnung und in der Schule oder im Kindergarten erbracht werden, weil ansonsten in den verfassungsrechtlich gewährleisteten Schutz von Ehe und Familie eingegriffen würde. Gleichzeitig stellt sich, folgt man der bisherigen Sicht der Kostenträger, ein deutliches Problem im Hinblick auf die Gleichbehandlung von Kindern im Sinne des Art 3 Abs. 1 GG. Schließlich gewährleistet auch das SGB XI einen Anspruch auf Urlaubs- und Verhinderungspflege, wenn vorübergehend der eigene Haushalt verlassen und der Lebensmittelpunkt nicht verlagert wird.

Diese Argumentation hat das Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 21. November 2002 (Az. B 3 KR/13/02 R) aufgenommen. Nach Sinn und Zweck des § 37 sei eine versichertenfreundliche Auslegung geboten. Bereits aus § 2 Abs. 1 SGB I gehe hervor, dass die sozialen Rechte, die die Sozialgesetzbücher vermitteln, insbesondere der Schaffung gleicher Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit von Kindern dienen. Dazu gehört bei Kindern auch die Wiederherstellung und Sicherung der Möglichkeit zur sozialen Integration unter Gleichaltrigen in einem Kindergarten bzw. in einer Kindertagesstätte sowie der Schulfähigkeit nach Eintritt der Schulpflicht.

Auch durch die Einführung der Fallpauschalen (DRG) im Krankenhaus werden diverse neue Versorgungsformen außerhalb von stationären Einrichtungen erforderlich, um außerklinische ambulante Behandlung effizient und ökonomisch zu ermöglichen. Um einem Modernisierungsgesetz – verbunden mit den genannten Anforderungen – gerecht zu werden, schlägt der bpa deshalb eine Streichung der Worte „in ihrem Haushalt oder ihrer Familie“ sowohl in § 37 Abs. 1 als auch in § 37 Abs. 2 vor.

#### Änderungsvorschlag § 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V:

Versicherte erhalten als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege *einschließlich palliativ-medizinisch-pflegerischer Leistungen*, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist.



### 3. § 37 Abs. 2, häusliche Krankenpflege für Wohnungslose (Artikel 1, Ziffer 27 a des GMG)

Der bpa begrüßt, dass mit dieser Regelung alleinstehende Wohnungslose, insbesondere zur Vermeidung von Krankenhauseinweisungen, Behandlungspflege nach § 37 Abs. 2 in Anspruch nehmen können.

### 4. § 37 Abs. 5, Zuzahlungen zur häuslichen Krankenpflege (Artikel 1, Ziffer 27 b des GMG)

Der bpa begrüßt es ausdrücklich, dass die ursprünglich vorgesehenen Zuzahlungsregelungen deutlich zu Gunsten der Patienten überarbeitet wurden. Ungeachtet dessen halten wir Zuzahlungen für die Patienten, welche häusliche Krankenpflege benötigen, für eine unbillige Härte. In der Regel handelt es sich um **chronisch kranke Menschen, die ohnehin geringe Einkommen und hohe Zuzahlungen in anderen Kranken- und Pflegeversicherungsbereichen zu tragen haben**. Darüber hinaus hält der bpa es für einen falschen und systemwidrigen Ansatz, die kostengünstige, effiziente häusliche Krankenpflege mit Zuzahlungen zu belasten, anstatt mit Anreizen – wie hier beschrieben – als Alternative zur Krankenhausversorgung zu stärken.

Die gleichen Argumente gelten auch für die Haushaltshilfe nach § 38.

#### Änderungsvorschlag:

§ 37 Abs. 5 wird gestrichen.

### 5. § 37 a Abs. 3 Soziotherapie (Artikel 1, Ziffer 28 des GMG)

Wie zur häuslichen Krankenpflege bereits ausgeführt, handelt es sich bei den Zuzahlungen für diesen Personenkreis um eine besondere soziale Härte, die Anreize schafft, stationäre Krankenhausversorgung in Anspruch zu nehmen. Ge-

rade psychisch Kranke sind häufig so genannte „Drehtürpatienten“, deren wiederholte Krankenhauseinweisung nachweislich durch Soziotherapie effizient minimiert wird (vgl. „Ambulante Soziotherapie. Evaluation und analytische Auswertung des Modellprojekts ‚Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker‘ der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen“, Hannover 1998, Bd. 115 der Schriftenreihe des BMG). Die Zuzahlung in der Soziotherapie ist darüber hinaus im Verhältnis zur häuslichen Krankenpflege höher. Hier schlägt der bpa vor, die Zuzahlungsregelungen in der Soziotherapie den Leistungen der häuslichen Krankenpflege gleichzustellen.

#### **6. § 38 Haushaltshilfe (Artikel 1, Ziffer 29 des GMG)**

Die Haushaltshilfe ist in der Regel eine Leistung, die in Verbindung mit dem Krankenhausaufenthalt des Versicherten und der Versorgung seiner Kinder steht. Neben den zur Soziotherapie und zur häuslichen Krankenpflege bereits ausgeführten Punkten führt die Zuzahlung zur Haushaltshilfe zu einer Doppelbelastung, da der Krankenhausaufenthalt bereits mit einer Zuzahlung von bis zu 280 € versehen ist. Für die Haushaltshilfe ist der Krankenhausaufenthalt i. d. R. Voraussetzung, **folglich zahlen zumeist Mütter doppelt** – einmal im Krankenhaus und gleichzeitig noch einmal die Haushaltshilfe. Somit verursacht eine Krankheit, die den Krankenhausaufenthalt und die nachfolgende Haushaltshilfe bedingt, eine doppelte Zuzahlung. Zuzahlungen für Haushaltshilfen werden daher vom bpa abgelehnt.

#### **7. § 61 Abs. 1 Satz – Zuzahlung häusliche Krankenpflege (Artikel 1, Ziffer 39 des GMG)**

Der bpa begrüßt – wie zu § 37 bereits ausgeführt – die Entschärfung der Zuzahlungsregelungen, gleichwohl hält er diese aber weiterhin für verfehlt.

Ungeachtet dessen ist die Verordnungsgebühr von 10 € eine Zuzahlung, die nicht für die häusliche Krankenpflege, sondern für eine ärztliche Leistung aufzu-

bringen ist. Denn die Verordnung ist vom Arzt zu erstellen. Folglich zahlt der Patient beim Arztbesuch die so genannte **Praxisgebühr** (§ 28 Abs. 4 i.V.m. § 61 Satz 2) und für den gleichen Besuch eine **Zuzahlung zur ärztlichen Verordnung** (§ 61 Satz 3). Hier wird die ärztliche Leistung nacheinander in zwei Sätzen des gleichen Paragraphen **zweimal mit 10 € belastet**. Wesentlich ist, dass es sich um eine ärztliche Leistung handelt – und nicht um eine Leistung der häuslichen Krankenpflege – für die eine doppelte Zuzahlung verlangt wird. Besonders problematisch wird es, wenn diese Verordnung häuslicher Krankenpflege durch die Krankenkasse abgelehnt oder nur zum Teil genehmigt wird, was gängige Praxis ist.

#### Änderungsvorschlag:

In § 61 Satz 3 werden die Worte „sowie 10 Euro je Verordnung“ gestrichen.

### **8. § 91 – Gemeinsamer Bundesausschuss (Artikel 1, Ziffer 70 des GMG)**

Der bpa hält im Zusammenhang mit den zu § 91 bereits vorgenommenen Änderungen einen weiteren Überarbeitungsbedarf für erforderlich.

Nach Abs. 9 sollen Beschlüsse des Bundesausschusses zukünftig für die Versicherten und die an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer verbindlich sein. Hierzu wird – wie in der Begründung ausgeführt – dem Bundesausschuss die Rechtsfähigkeit verliehen. Damit einher geht die Beteiligung der Vertreter der Leistungserbringer Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhausvertretern sowie Patientenvertreter gem. § 140 f SGB V.

Unberücksichtigt bleiben weiterhin die Spitzenverbände der Pflegeeinrichtungen, deren Mitglieder z. B. durch die Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V unmittelbar und nachhaltig betroffen sind. Grundsätzlich besteht nach § 92 SGB V ein Anhörungsrecht – ein qualifiziertes Mitwirkungsrecht ist jedoch nicht vorgesehen, obwohl alle übrigen Leistungserbringer i. d. R. die sie betreffenden Beschlüsse dieses Selbstverwaltungsorgans gemeinsam treffen. **Der bpa fordert mit Nachdruck die Beteiligung der Spitzenverbände der Pflegeein-**

**richtungen bei der Entscheidung über die Richtlinie zur häuslichen Krankenpflege ein, andernfalls halten wir die Rechtsverbindlichkeit der Richtlinie für die Pflegeeinrichtungen für juristisch unzulässig, da die Allgemeinverbindlichkeitserklärung der Richtlinie nicht – wie verfassungsrechtlich gefordert – demokratisch legitimiert ist.**

Vor dem Hintergrund des dem § 91 SGB V innewohnenden Selbstverwaltungs- und Beteiligungsprinzips ist es nur konsequent auch den Spitzenverbänden der Pflegeeinrichtungen eine den anderen Leistungserbringern analoge Beteiligung zu gewähren.

Änderungsvorschlag:

Es wird ein neuer Absatz 8 eingefügt. Der bisherige Absatz 8 wird Absatz 9, Absatz 9 wird Absatz 10 und Absatz 10 wird Absatz 11.

Abs. 8 neu:

„Bei Beschlüssen zu Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 wirken anstelle der vier Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Vertreters der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung fünf weitere Vertreter der Spitzenverbände der Pflegeeinrichtungen mit. Die Vertreter der Spitzenverbände der Pflegeorganisationen werden auf Vorschlag dieser vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziales berufen.“

**9. § 132 a SGB V – Versorgung mit häuslicher Krankenpflege (Artikel 1, Ziffer 97 des GMG)**

Der bpa hatte bereits im Zusammenhang mit vorhergehenden Gesundheitsreformen auf die Notwendigkeit eines Schlichtungsinstrumentariums in der häuslichen Krankenpflege hingewiesen. Trotz unseres Vorschlags der Einrichtung einer Schiedsstelle, stellt die Einführung einer Schiedsperson einen wichtigen Fortschritt dar.



# BUNDESÄRZTEKAMMER

(ARBEITSGEMEINSCHAFT DER DEUTSCHEN ÄRZTEKAMMERN)

DEUTSCHER ÄRZTETAG

PRÄSIDENT

---

17.09.2003

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0273(22)  
vom 18.09.03**

**15. Wahlperiode**

**Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen:  
Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversi-  
cherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) – BT-Drucks. 15/1525**

## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

## A.

### Allgemeine Vorbemerkung

Die Bundesärztekammer stellt fest, dass der jetzige Gesetzentwurf im Vergleich zum Entwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen: Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG) [BT-Drucksache 15/1170] Änderungen enthält, die wichtigen Kritikpunkten der Bundesärztekammer gegenüber dem Vorentwurf Rechnung tragen. Wir hatten den Vorentwurf vor allem im Hinblick auf die Tendenzen zur Staatsmedizin, die Fremdbestimmung der professionellen Angelegenheiten der Ärzteschaft, die Gefährdung einer freiberuflichen fachärztlichen Versorgungsstruktur sowie die implizite Misstrauenskultur durch Korruptionsbeauftragte und ähnliche Verfahrensweisen kritisiert. Auch wenn wir nicht behaupten wollen, dass alle Regelungen, welche jetzt vorgeschlagen worden sind, dem Anspruch einer patientengerechten Versorgung auf der Grundlage ärztlicher Therapiefreiheit gerecht werden, möchte die Bundesärztekammer doch eine grundsätzliche Verbesserung der Ausgangslage anerkennen.

## B.

Die Bundesärztekammer hält jedoch nach wie vor in einigen wesentlichen Punkten eine Änderung oder Ergänzung der Regelungsvorschläge für erforderlich.

### I. **Gemeinsamer Bundesausschuss (Art. 1 Nr. 70 = § 91 SGB V), Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Art. 1 Nr. 112 = § 139a bis 139c SGB V)**

#### 1. Anhörungsrecht der Bundesärztekammer im Gemeinsamen Bundesausschuss

Durch die neue Konzeption werden die bisherigen Bundesausschüsse, der bisherige Krankenhausausschuss sowie der Koordinierungsausschuss in einen Gemeinsamen Bundesausschuss übergeführt. Die Bundesärztekammer, welche bisher im Krankenhausausschuss sowie im Koordinierungsausschuss vertreten war, ist in den Trägerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht mehr vertreten. Dem wollen wir grundsätzlich nicht widersprechen. Jedoch zeigt sich, dass angesichts der Aufgabenfülle des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Erweiterung seiner

Kompetenzen – insbesondere in Bereichen, die die ärztliche Berufsausübung und hier auch landesgesetzlich geregelte Kompetenzen der Ärztekammern berühren – es weder einem sinnvollen System der Entscheidungsbildung gerecht wird noch der Bewältigung der Schnittstellenproblematik zwischen sozialrechtlichen Regelungen und berufsrechtlichen Bedingungen dienlich ist, wenn der Sachverstand der Bundesärztekammer, gleichermaßen aber auch der anderen Arbeitsgemeinschaften der Heilberufe auf Bundesebene, nicht obligatorisch und institutionalisiert in die Beteiligungsverfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses einbezogen werden, sofern sie Sachgegenstände betreffen, welche die ärztliche Berufsausübung berühren. Aus diesem Grunde fordert die Bundesärztekammer, dass in § 91 von Gesetzes wegen ein entsprechendes Anhörungsrecht der Bundesärztekammer – ebenso der übrigen Arbeitsgemeinschaften der Heilberufekammern auf Bundesebene – vorgesehen wird. Eine entsprechende Beteiligungsregelung enthält § 137 Abs. 1 Satz 1 SGB V – neu – im Zusammenhang mit den Beschlüssen über Maßnahmen der Qualitätssicherung (Art. 1 Nr. 104 = § 137 SGB V). Eine solche „Beteiligung“ ist sachgerecht, in anderen Fällen ist sie auf der Grundlage eines Anhörungsrechts geboten. Eine entsprechende Vorschrift könnte wie folgt lauten:

In § 91 wird nach Absatz 8 folgender Absatz 8a eingefügt:

„(8a) Bei allen Beschlüssen und Richtlinien, welche die Berufsausübung der Ärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte berühren, ist der jeweiligen Arbeitsgemeinschaft der entsprechenden Heilberufekammern auf Bundesebene Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. § 137 Abs. 1 Satz 1 bleibt unberührt.“

2. Professionelle Besetzung des Gemeinsamen Bundesausschusses in seiner Zusammensetzung zur Entscheidung von Angelegenheiten des Krankenhauses (Beschlüsse zu § 137 SGB V – Qualitätssicherung – und zu Richtlinien nach § 137c – Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus –)

Nach der Regelung des § 91 Abs. 7 wirken bei den vorgenannten Beschlüssen und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses auf der Leistungserbringerseite neun Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit.

Die Regelungsgegenstände, über welche der Gemeinsame Bundesausschuss in dieser Besetzung zu entscheiden hat, betreffen nachhaltig die Berufsausübung der Krankenhausärzte. Es erscheint deshalb zwingend erforderlich, dass hinsichtlich der Struktur der Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft von Gesetzes wegen vorgeschrieben wird, dass zumindest vier Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft Ärzte sind. Die gesetzliche Regelung stellt eine solche Besetzung nicht zwingend sicher. Um eine Ausgewogenheit in der Entscheidungsfindung über die entsprechenden Sachgegenstände mit Blick auf die gebotene ärztliche Unabhängigkeit zu gewährleisten, erscheint es darüber hinaus zweckmäßig, wenn die entsprechende Zahl von Ärzten aus einer Vorschlagsliste der Bundesärztekammer durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft bestellt wird.

## **II. Qualitätssicherung in der stationären Versorgung – Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 SGB V (Art. 1 Nr. 104 GMG-E)**

Mit dem Regelungsvorschlag wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss die bisher in dreiseitigen Verträgen auf Bundesebene zugeordnete Kompetenz zu Maßnahmen der Qualitätssicherung in der stationären Versorgung übertragen. Es bestehen erhebliche rechtliche Zweifel, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in umfassender Form und insbesondere auch im Hinblick auf die notwendigen Verfahren der Qualitätssicherung im ärztlichen Bereich, an welchen bisher die Ärztekammern mitgewirkt haben, Maßnahmen treffen kann. Aus der Sicht der Bundesärztekammer ist es daher zwingend erforderlich, klarzustellen, dass nach wie vor – zumindest ergänzende und ausfüllende – vertragliche Regelungen auf Landesebene getroffen werden können und zwar insbesondere unter Beteiligung auch der Ärztekammern. Die bisherigen Prozeduren haben sich bewährt. Entsprechende Einrichtungen, wie z.B. BQS, haben erfolgreiche Arbeit geleistet. Diese Infrastrukturen müssen beibehalten werden können, so dass es einer entsprechenden Wiederherstellung des § 137 Abs. 3 SGB V in der Weise bedarf, dass die Ergänzungen durch entsprechende Verträge auf Landesebene vorgenommen werden müssen.

## **III. Medizinische Versorgungszentren (Art. 1 Nr. 74 = § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V)**

Die Bundesärztekammer hatte gegenüber der Vorläuferregelung, welche sogenannte Gesundheitszentren nur mit angestellten Ärzten vorsah, welche von jedweder Person oder Gesellschaft gegründet werden durften, eingewandt, dass solche gesellschafts-



rechtlich organisierten Formen der ambulanten ärztlichen Versorgung nur im Rahmen einer Regelung existieren sollten, welche die Unabhängigkeit der Ärzte in ihrer alleinigen Verantwortung für die Patienten sichert. Den damals angedachten möglichen Gründerkreis, welcher auch gewinnorientierten Unternehmen die Möglichkeit eröffnet hätte, entsprechende Gesundheitszentren zu errichten, haben die nunmehrigen Regelungsvorschläge eingeschränkt. Nach Auffassung der Bundesärztekammer ist der Kreis der möglichen „Gründer“ (z.B. auch Apotheker, Gesundheitsfachberufe) im Hinblick auf die gebotene Konsistenz von Gesellschaftsorganisation und ärztlichem Versorgungsauftrag zu weitgehend. Gleichwohl ist die Bundesärztekammer nach wie vor der Auffassung, dass im SGB V im Rahmen der zulassungsrechtlichen Regelungen für die gesellschaftsrechtliche Verfassung einer entsprechenden Gesellschaft nicht nur der Kreis der Gründer eingeschränkt werden soll – wie dies geschehen ist – , sondern auch an die innere Struktur der Gesellschaftsverfassung in der Weise Bedingungen gestellt werden müssen, welche die medizinische Unabhängigkeit der angestellten Ärzte durch Ausschluss von gesellschaftsrechtlichen Weisungsbefugnissen entsprechender Gesellschaftsorgane zurückdrängen. Auch müsste vorgesehen werden, um unangemessene Wettbewerbsvorteile gegenüber niedergelassenen Vertragsärzten zu vermeiden, dass eine entsprechende Heilkundengesellschaft eine Haftpflichtversicherung abzuschließen hat, die zumindest in der Höhe der entspricht, welche auch ein niedergelassener Vertragsarzt oder ein Zusammenschluss von Vertragsärzten in einer Gemeinschaftspraxis abschließen müsste.

Die entsprechenden Regelungen, für die ein Vorbild zum Beispiel die Vorschriften über die Rechtsanwalts-GmbH bilden könnten (vgl. §§ 59c ff. BRAO), könnten rechtstechnisch durch die Schaffung einer Ermächtigungsgrundlage in der Zulassungsverordnung (§ 98 SGB V) und ihrer Ausfüllung in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte vorgenommen werden.

#### **IV. Elektronische Gesundheitskarte (Art. 1 Nr. 162 = § 291a SGB V)**

In § 291a Abs. 5 ist vorgesehen, dass der Zugriff auf elektronische Gesundheitskarten nur in Verbindung mit einem elektronischen Heilberufsausweis erfolgen darf. Die Bundesärztekammer legt aus Gründen des informationellen Schutzes der Patienten Wert darauf, dass ein entsprechender elektronischer Heilberufsausweis für Ärzte durch Ärztekammern ausgestellt wird und dementsprechend in den Gesetzentwurf zur Klarstellung eingeführt wird, dass die elektronischen Heilberufsausweise solche sind, welche nach landesrechtlichen Vorschriften ausgestellt werden.

## C. Ergänzende Bemerkungen

Zwei ergänzende Bemerkungen sind angezeigt:

1. Die Bundesärztekammer stellt fest, dass durch die jetzigen Regelungsvorschläge die Zuzahlungsregelungen für die Versicherten der GKV ausgebaut werden. Hierzu wird auch das Instrument der Praxisgebühr benutzt. Auch wenn dadurch erhebliche bürokratische Belastungen auf die Arztpraxen zukommen und auch viele Unklarheiten in der verfahrenstechnischen Bewältigung der Praxisgebühr bestehen, welche vermutlich zur Lösung der Selbstverwaltung überantwortet werden, so möchte die Bundesärztekammer anerkennen, dass Zuzahlungen durchaus ein richtiger Weg zur Lösung der Einnahmenprobleme der Gesetzlichen Krankenversicherung sein können. Dennoch enthebt das bisherige Konzept nicht der Anstrengung in einer langfristigen Entwicklung Lösungskonzepte vorzulegen, die die grundsätzliche strukturelle Einnahmeschwäche des heutigen Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung betreffen; diese Einnahmeschwäche ist durch die ausschließliche Anbindung der GKV-Einnahmen an die Lohn- und Gehaltsentwicklung einerseits durch die Zuordnung der finanziellen Basis zu den Arbeitseinkommen und zum anderen durch die demographische Entwicklung begründet.
  
2. Entgegen der in den Vorstadien der jetzigen Gesetzgebungsinitiative von allen Parteien angekündigten Zielsetzung, die Bürokratie in der GKV und im GKV-vermittelten Gesundheitswesen abzubauen, muss die Bundesärztekammer leider feststellen, dass das Gegenteil nunmehr in den jetzigen Regelungsvorschlägen der Fall ist. In mehreren Bereichen (z.B. Prüfungswesen) bedingt der jetzige Gesetzentwurf geradezu einen Bürokratisierungsschub.

Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe

**Stellungnahme  
der Spitzenverbände  
der Krankenkassen zum  
GKV-Modernisierungsgesetz**

---

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0273(23)  
vom 18.09.03  
  
15. Wahlperiode**

**Stellungnahme  
der Spitzenverbände der  
gesetzlichen Krankenkassen  
  
zum Entwurf  
eines Gesetzes  
zur Modernisierung  
der gesetzlichen  
Krankenversicherung  
  
(GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)**

Drucksache 15/1526

Stand: 17.09.2003

---

# **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

## **1 Grundsätzliche Bewertung**

Der vorliegende Gesetzentwurf enthält eine Reihe begrüßenswerter Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung und zum Abbau von Versorgungsdefiziten. Hierzu gehören auch die vorgesehenen Maßnahmen zur Stärkung der Patientensouveränität. Zu einer stärkeren Patientenorientierung wird unter anderem auch die Weiterentwicklung der integrierten Versorgung beitragen. Allerdings ist ein wesentlich stärkerer und flexiblerer Vertragswettbewerb notwendig, um Produktivitätssteigerungen in der Gesundheitsversorgung zu erzielen.

Bezogen auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der verordneten Leistungen sollen zahlreiche Reformelemente insbesondere im Arzneimittelbereich wirken. Einer langjährigen Forderung der Spitzenverbände der Krankenkassen entspricht die Wieder-Inkraftsetzung der Festbetragsregelung für Analogpräparate unabhängig von Patentschutzlaufzeiten. Dies fördert einen preisstabilisierenden Wettbewerb in einem wachsenden Marktsegment und soll dazu beitragen, die überdurchschnittlichen Ausgabenanstiege für Arzneimittel wirksam zu bremsen. Ebenso wird mit der Öffnung des Arzneimittelvertriebs für qualitätsgesicherten Versandhandel den Interessen der Versicherten an einer effizienten Versorgung gefolgt, wenn auch die Öffnung für Mehrbesitz noch sehr restriktiv bleibt. Die übrigen Reformvorschriften, insbesondere zur Preisgestaltung bei Arzneimitteln auf den verschiedenen Handelsstufen sind differenziert zu bewerten, hier besteht aus Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen im Einzelnen noch Korrekturbedarf. Unter Berücksichtigung der im Gesetz vorgesehenen Ausnahmen erscheint der grundsätzliche Ausschluss nicht-verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus der Leistungspflicht der Krankenkassen sachgerecht - unter den Gesichtspunkten Qualität und Transparenz ist es bedauerlich, dass eine Positivliste im Zuge dieses Gesetzgebungsverfahrens erneut nicht durchsetzbar war.

Bei der Umfinanzierung des Zahnersatzes wird begrüßt, dass die Schutzziele der Patienten eine hohe Priorität haben sollen (insbesondere keine finanzielle Überforderung, gute Qualität, Beratungsleistungen). Mehrbelastungen der Versicherten müssen vermieden werden. Vorzieheffekte sind durch geeignete gesetzliche und vertragliche Maßnahmen zu verhindern.

In der Gesamtbetrachtung des Gesetzentwurfs muss konstatiert werden, dass die finanziellen Belastungen für die Versicherten und Patienten beträchtlich sind, ohne dass gleichzeitig mögliche Maßnahmen zur Steigerung von Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung durch mehr Vertragswettbe-

---

## **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

verb ausgeschöpft werden. Dies ist aus Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen ein bedauerliches Teilergebnis der Konsensreform.

Ob und wie weit die ~~deim~~ im Gesetzentwurf ~~aufgeführten~~~~beigefügten~~ Einspar-effekte insgesamt erreicht werden, ist von vielen Faktoren, auch von der Reaktion der Versicherten auf die veränderten Zuzahlungsregelungen und Anreize zu rationaler Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen abhängig. Nach der jüngsten Kalkulation des Schätzerkreises der GKV – unter Beteiligung des Bundesversicherungsamtes - zur Einnahmen- und Ausgabenentwicklung scheint das Gesamteinsparziel für das Jahr 2004 jedoch um 1,2 Mrd. Euro unterschritten zu werden.

Es ist und bleibt jedoch das Ziel aller Krankenkassen, Einsparungsmöglichkeiten extensiv auszuschöpfen und, soweit es die kassenindividuelle Vermögenssituation zuläßt, unverzüglich an die Versicherten weiterzugeben. Die Krankenkassen gesetzlich zur Beitragssenkung zu verpflichten, ist daher ein überflüssiger Eingriff in die Autonomie der für die Beitragssatzfestung verantwortlichen Verwaltungsräte. Jede Krankenkasse, die im Wettbewerb steht, wird alles tun, um möglichst geringe Beiträge anbieten zu können. Die Spitzenverbände lehnen einen gesetzlichen Eingriff in die Beitragssatzpolitik der Krankenkassen daher nochmals ausdrücklich ab.

Ohne auf jede Vorschrift im Einzelnen eingehen zu wollen, weisen die Spitzenverbände der Krankenkassen nachfolgend auf wesentlichen Änderungsbedarf im GMG hin. Sollte dieser nicht berücksichtigt werden, ist mit eingeschränkten Finanz- und Steuerungswirkungen der Reform zu rechnen.

Abschließend bleibt darauf hinzuweisen, dass der vorliegende Gesetzentwurf erwartungsgemäß keine Antworten auf die dringend notwendige nachhaltige Sicherung der Finanzierungsgrundlagen der GKV gibt. Dieser Aufgabe sollte sich die Politik nach Abschluß der jetzt vorliegenden Reform baldmöglichst zuwenden.

---

# **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

## **2 Wesentlicher Änderungsbedarf**

### **2.1 Zahnersatz**

Bei den Regelungen zur Neuordnung der Finanzierung des Zahnersatzes ab dem Jahr 2005 ergeben sich aus den einzelnen Passagen des Gesetzesentwurfs noch diverse Probleme.

#### **1. § 28 Abs. 2 (Ärztliche und zahnärztliche Behandlung):**

- Die leistungsrechtliche Schnittstelle zwischen so genannten „Begleitleistungen“ (konservierende Leistungen) sowie den eigentlichen Zahnersatz-Leistungen in § 56 Abs. 2 (Festsetzung der Regelversorgungen) ist nicht klar abgegrenzt. Eine größere Leistungsverchiebung belastet die Versicherten (Eigenanteil).
- Ebenfalls tangiert ist u. U. die Frage, wie bzw. wo die Begleitleistungen für Versicherte abzurechnen sind, welche gem. § 58 Abs. 2 für den Zahnersatz-Tarif (isoliert) in die PKV wechseln. Verhindert werden muss, dass die GKV die Vorbehandlung für die PKV-Leistungspakete ganz oder teilweise über andere vertragszahnärztliche Leistungsbereiche finanziert. Regelungsmöglichkeit bestünde u. E. in § 58 Abs. 2 (Grundtenor: Der wegfallende Leistungsanspruch umfasst auch vertragszahnärztliche Leistungen, die mit einer richtlinienkonformen Versorgung kausal im Zusammenhang stehen).

#### **2. § 28 Abs. 4 (Praxisgebühr):**

- In § 28 Abs. 4 sind Ausnahmekriterien für die Zahlung der Praxisgebühr vorgesehen. Da ein Fall neben den eigentlichen zahnärztlichen Untersuchungsleistungen auch andere Leistungen (z. B. Legen einer Füllung) beinhalten kann, muss bei der Umsetzung geklärt werden, wie mit diesen „Mischfällen“ umzugehen ist.

#### **3. § 55 (Zahnersatz-Leistungsanspruch):**

- Ab 2005 ist der Bereich Zahnersatz aufgrund des Systemwechsels zu GKV-einheitlichen und bundesweit geltenden Festzuschüssen nicht mehr Bestandteil der höchstzulässigen Gesamtvergütung (s. a. Folgeänderung in § 85 Abs. 2 S. 8). Der Gesetzgeber hat aber keinerlei Regelungen zur Budgetbereinigung vorgesehen. Aufgrund der völlig unterschiedlichen Budgetauslastung in den einzelnen KZV-Bereichen sollte über eine expli-
-

## **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

zite - u. U. wie bei der Degressionsregelung relativ pauschale - Budgetberechnungsformel zumindest nachgedacht werden.

#### **4. §§ 55 (5), 87 (1a) Satz 7**

- Die Regelung sieht vor, dass in den Satzungen auch eine Bestimmung aufzunehmen ist, nach der eine Erstattung der Festzuschüsse an die Versicherten vorzunehmen ist, wenn eine von der Regelversorgung abweichende andersartige Versorgung durchgeführt wird. In diesen Fällen sollen die Festzuschüsse nicht über die KZVen abgerechnet werden.

Der Gesetzgeber beschreibt in der Begründung zum § 55 Abs. 5 SGB eine andersartige Versorgung mit folgendem Beispiel:

„Eine von der Regelversorgung abweichende, andersartige Versorgung liegt zum Beispiel vor, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss als Regelversorgung eine Modellgussprothese festgelegt hat, jedoch eine Brückenversorgung vorgenommen wird.“

Die Abrechnung der Leistungen der andersartigen Versorgung mit den Versicherten erfolgt nach GOZ. Die Versicherten müssen daher wie bisher für mehrkostenfähige Leistungen (neu: andersartige Versorgung) erheblich mehr zahlen als bei einer Rechnungslegung nach Bema. Wegen der höheren Honorierung bestehen auch in Zukunft keine Anreize für die KZBV, die Regelversorgung in der Vertragszahnheilkunde den aktuellen zahnmedizinischen Erkenntnissen anzupassen.

Dies soll an einem Beispiel verdeutlicht werden:

Künftig sollen befundbezogene Festzuschüsse gebildet werden. Für jeden Befund gibt es mehrere Therapiemöglichkeiten. Ein bestimmte Lückengebissituation könnte beispielsweise durch eine Modellgussprothese, eine Brückenversorgung, eine Teleskopversorgung usw. geschlossen werden.

Würde der § 55 Abs. 5 SGB V im Gesetz verankert, welches Motiv hätte dann die Zahnärzteschaft, eine Regelversorgung mit den Gesetzlichen Krankenkassen zu verabschieden, die den neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechen?

Die Zahnärzteschaft würde konsequenter Weise immer auf eine "Minimalversorgung" abstellen, um dann dem Versicherten eine kostenintensivere Variante „verkaufen“ zu können. Es wäre letztlich zu erwarten, dass die anstehenden Verhandlungen mit der Zahnärzteschaft unter diesen Rahmenbedingungen stattfinden würden.

---

## **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

Statt der Brückenversorgung, die durchaus langfristig als das Mittel der Wahl für eine bestimmte Lückensituation im Gebiss einen befundbezogenen Festzuschuss rechtfertigen würde, würde die Zahnärzteschaft in den Verhandlungen immer die Minimalvariante favorisieren und beschreiben wollen, mit dem Ergebnis, dass nur die Modellgussprothese als Therapieform für diesen Befund in Frage käme. Die Krankenkasse würde dann nur den Festzuschuss für die Modellgussprothese erstatten.

Unklar dabei ist auch, was passiert, wenn statt einer Modellgussprothese, eine Brückenversorgung eingegliedert wurde und ein Mangel an dieser Zahnersatzversorgung festgestellt wurde. Ein Mängelgutachterverfahren könnte die Krankenkasse für ihren Versicherten sicherlich nur noch bedingt durchführen.

Außerdem ist der vorgesehene (direkte) Erstattungsweg für mehrkostenfähige Leistungen (enthält Privatleistungen) äußerst kritisch zu bewerten. Aufgrund des immensen Verwaltungsaufwands (z. B. Abrechnungsprüfung) für unsere Kassen sollte das bisherige System des § 30 (Abrechnung über die KZV) beibehalten werden. Tendenziell ist auch der Versicherungsschutz – von wenigen KZV-Bereichen abgesehen – besser zu gewährleisten, da die Abrechnung kollektivvertraglichen Charakter hätte. Die Folgeregelung in § 87 Abs. 1a (Bundesmantelvertrag) des Entwurfs wäre im übrigen dann ebenfalls anzupassen.

Der § 55 Abs. 5 SGB V sollte daher gestrichen werden. Gelingt dies nicht, ist die Beibehaltung der „alten“ Mehrkostenregelung unabdingbar.

### **5. § 56 (Festlegung der Regelversorgungen):**

- Siehe Ausführungen zu § 28 (Schnittstellenproblematik zwischen Begleitleistungen und Leistungen des Zahnersatz-Tarifs).

### **6. § 57 (Beziehungen zu Zahnärzten und Zahntechnikern, Honorare und Preise):**

- Abs. 1: Bei den Formulierungen zur Vereinbarung bzw. Festlegung des zahnärztlichen Honorars 2005 für die Regelversorgungen zwischen den Spitzenverbänden sowie der KZBV sollten einheitliche Begrifflichkeiten verwendet werden. Es empfiehlt sich, hier durchgängig den Begriff „Punktwert“ zu verwenden.
  - Abs. 2: Bei der Vereinbarung bzw. Festlegung der zahntechnischen Preise 2005 fehlt im Vergleich zu Abs. 1 eine „Deadline“ für die Preisverhandlungen des Jahres 2004. Hier sollte analog des Honorarbereichs der 30.06.04 vorgesehen werden.
-



## **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

- Die Weitergeltung von Artikel 6 Beitragssatzsicherungsgesetz (Absenkung der zahntechnischen Preise um 5 % im Jahr 2003) in 2004 ist rechtlich umstritten. Eine gesetzgeberische Klarstellung zur Weitergeltung der abgesenkten Preise wäre wünschenswert.

### **7. Beitragseinzug (Zahnersatz)**

- Nach dem Gesetzentwurf soll der Beitragseinzug für Arbeitnehmer nach den bisherigen Regelungen im Lohnabzugsverfahren erfolgen. Dies ist sachgerecht und vermeidet die sehr verwaltungsaufwändige Einrichtung eines gesonderten Beitragseinzugsverfahrens für diese Leistung. Allerdings fehlen in dem Gesetzentwurf analoge Regelungen für die Bezieher von Sozialleistungen der Renten- und Arbeitslosenversicherung sowie der Rehabilitationsträger. Diese Träger müssen ebenfalls verpflichtet werden, den Beitrag für Zahnersatz bei der Zahlung von Entgeltersatzleistungen einzubehalten und an die zuständige Krankenkasse abzuführen. Ohne diese Regelungen müssten die Krankenkassen die von diesen Leistungsbeziehern zu entrichtenden Beiträge in einem sehr aufwändigen Verfahren gesondert einziehen.

Vorschlag: In § 58 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

"Der Beitrag ist bei Zahlung von Sozialleistungen durch den Sozialleistungsträger einzubehalten und von diesem zusammen mit dem Krankenversicherungsbeitrag an die Krankenkasse zu zahlen."

### **2.2 Regelleistungsvolumina als vertragsärztliche Vergütung**

Unabhängig von der Problematik, die mit der Einführung der Regelleistungsvolumina als neue Vergütungsform verbunden sind, werden durch das Gesetz die bestehenden Versorgungsstrukturen, die nachweislich durch Über-, Unter- und Fehlversorgung geprägt sind, festgeschrieben. Gleichzeitig werden für die Ärzte keine Anreize geschaffen, in einen Qualitätswettbewerb einzutreten, der sowohl die Qualität als auch die Wirtschaftlichkeit der Versorgung verbessern und die genannten Defizite abbauen würde. Dies bedauern die Spitzenverbände der Krankenkassen sehr und werben daher zur Behebung der Defizite für die Einführung von Wettbewerbsstrukturen, auch im vertragsärztlichen Versorgungsbereich.

Darüber hinaus sind weitere kritische Punkte hinsichtlich der Einführung von Regelleistungsvolumen festzustellen:

---

## **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

- Regelleistungsvolumina sollen die Morbiditätsstruktur der Versicherten widerspiegeln. Hierzu sollen diagnosebezogene Risikoklassen erstellt und die Veränderung der Morbidität festgestellt werden. Derzeit gibt es keine valide Datenbasis, auf der für den ambulanten Bereich diagnosebezogene Risikoklassen aufgebaut werden können. Hierzu bedarf es daher erheblicher Entwicklungsaktivitäten, die über diejenigen bei der Erstellung der DRGs aufgrund fehlender internationaler Vorlagen noch hinaus gehen dürften. Zudem ist zu befürchten, dass die Ärzte Upcoding-Strategien betreiben.
  - Gleiches gilt für die im Gesamtvertrag zu vereinbarenden arztgruppenspezifischen Punktzahlvolumina auf der Basis arztgruppenspezifischer Versorgungsaufträge. Diese gibt es derzeit nicht.
  - Darüber hinaus erfolgt die Zuordnung der Versicherten zu den Risikoklassen ganz oder teilweise durch die Ärzte selbst, womit diese die Möglichkeit erhalten, ihr Honorar selbst zu beeinflussen, ohne dass eine effiziente Prüfmöglichkeit besteht. Es ist zur Vermeidung unabsehbarer finanzieller Risiken notwendig, die Morbiditätsstruktur zumindest übergangsweise anhand objektiver Kriterien (z. B. Alter, Geschlecht) abzubilden.
  - Es ist nicht klar, wie z. B. eine strukturelle Leistungsverlagerung vom fachärztlichen in den hausärztlichen Bereich oder umgekehrt berücksichtigt werden soll. (Was passiert z. B., wenn im EBM die Leistungen der Hausärzte und Fachärzte neu geordnet und bewertet werden?)
  - Auf der Basis der arztbezogenen Regelleistungsvolumina soll für jeden Arzt ein durchschnittliches Punktzahlvolumen und ein durchschnittlicher Punktwert ermittelt werden. Nicht klar ist hier, wie den Unterschieden innerhalb einer Arztgruppe hinsichtlich Praxisgröße und Praxisstruktur Rechnung getragen werden kann. Werden solche Unterschiede nicht ausreichend berücksichtigt, kann es zu einer im Ausmaß unerwünschten Nivellierung kommen. Wichtig ist hier, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die Regelleistungsvolumina und die Punktwerte nicht allein festlegen können. Eine Rationierung der Versorgung kann dadurch zumindest eingeschränkt werden.
  - In den Regelungen werden Leistungen und Versorgungsformen genannt, die außerhalb von Regelleistungsvolumina vergütet werden können. Während bisher nur die Substitutionsbehandlung und präventive Leistungen nicht budgetiert sind, soll dies künftig auch für ambulantes Operieren und stationärer ersetzende, die Leistungen der neuen medizinischen Versorgungszentren und für die strukturierten Behandlungsprogramme möglich sein. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt hier offensichtlich nicht.
-

## **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

Es muss in der Gesetzesformulierung zumindest ergänzt werden, dass die budgetierte Gesamtvergütung bzw. die Regelleistungsvolumina zu bereinigen sind, wenn und soweit entsprechende Vereinbarungen getroffen werden.

Grundsätzlich sollte eine Neuordnung der ärztlichen Vergütung einher gehen mit der Einführung von Wettbewerbsstrukturen unter den Leistungserbringern. Die vorgesehene Einführung von Regelleistungsvolumina ist dazu nicht zielführend. Eine Neuordnung der ärztlichen Vergütung muss so ausgestaltet werden, dass keine unkalkulierbaren finanziellen Risiken für die Krankenkassen entstehen. Deshalb kann ein Morbiditätsbezug nur so hergestellt werden, dass objektive Kriterien (z. B. Alter, Geschlecht) zur Grundlage der Vergütungsverhandlungen werden. Darüber hinaus sollte die Entwicklung und Einführung eines für den ambulanten Bereich völlig neuartigen Vergütungssystems innerhalb eines realistisch umsetzbaren Zeitrahmens konzipiert werden.

### **2.3 Inkassoregelung für Zuzahlungen**

#### **- Stationärer Bereich**

Im Gesetzentwurf wird geregelt, dass die Leistungserbringer die von den Versicherten gezahlten Zuzahlungen einzubehalten haben und sich entsprechend der Vergütungsanspruch der Leistungserbringer gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. den Krankenkassen verringert.

Diese Regelung begrüßen die Spitzenverbände der Krankenkassen ausdrücklich. Sie sollte auch für den stationären Bereich gelten, wo derzeit keine Kürzung des Leistungsanspruches in Höhe der Zuzahlungen vorgesehen ist und die regelhafte Überweisung der bisher geleisteten Zuzahlungen kaum stattfindet. Eine solche Regelung würde daher den Krankenkassen das derzeit langwierige und oft fruchtlose Inkasso- und Mahnverfahren ersparen und damit helfen, die Verwaltungskosten zu senken. § 43 b Abs. 2 ist daher neu zu gestalten.

#### **- Häusliche Krankenpflege**

Die neu eingeführte Zuzahlung bei Häuslicher Krankenpflege soll an die Krankenkasse gezahlt werden. Diese Regelung ist nur mit erheblichem Verwaltungsaufwand praktikabel. Sie setzt voraus, dass der Leistungserbringer seine Leistungen der Krankenkasse in Rechnung gestellt hat und aus diesem Rechnungsbetrag die Krankenkasse dann den Zuzahlungsbetrag ermittelt und beim Versicherten einzieht. Dies erfordert einen gesonderten Bescheid und ggf. ein aufwendiges Einzugsverfahren. Betroffen davon sind insbesondere chronisch Kranken und alte Menschen, denen dann auch noch der Weg

---

## **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

zu einer Bank oder Sparkasse zugemutet wird, um den Zahlbetrag zu überweisen.

Ein erheblich einfacheres Verfahren ist in § 43 b (zukünftig Absatz 1) vorgesehen. Danach zieht der Leistungserbringer die Zuzahlung ein und setzt sie von seiner Rechnung an die Krankenkasse ab. Dieses Verfahren ist den Pflegediensten auch bei Erbringung von Häuslicher Krankenpflege zumutbar, da diesen die Höhe des Rechnungsbetrages bekannt ist. Zugleich würde mit dieser Lösung für den Versicherten Transparenz über die von dem Pflegedienst berechneten Leistungen entstehen und die in § 61 auch für die Häusliche Krankenpflege ausdrücklich vorgesehene Verpflichtung zur Quittierung der geleisteten Zuzahlungen mit Sinn erfüllt. In Artikel 1 Nr. 27 Buchstabe b (§ 37 Abs. 5) sollen die Worte „an die Krankenkasse“ gestrichen werden.

### **- Zuzahlung zur Rehabilitation**

Neben der Anhebung der Zuzahlung für ambulante und stationäre Anschlussrehabilitation von 9 auf 10 Euro wird der Zuzahlungszeitraum von 14 auf 28 Tage ausgeweitet (§ 40 Abs. 6 i. V. m. § 61 SGB V). Leider wurde diese Regelung im SGB VI nicht für die Rentenversicherung nachvollzogen. Dies widerspricht der politisch gewollten Harmonisierung des Rehabilitationsrechts.

## **2.4. Teilöffnung der Krankenhäuser bei Unterversorgung**

Die Öffnung der Krankenhäuser ist sinnvoll zum Abbau von Versorgungsdefiziten. Um die Gefahr der Doppelfinanzierung zu vermeiden, ist jedoch notwendig klar zu stellen, dass kein automatischer Kontrahierungszwang zwischen Krankenkassen und Krankenhaus besteht. Ansonsten wird die Bedarfsplanung außer Kraft gesetzt. Die Unterversorgung sollte lediglich ein Mindestkriterium darstellen; die Kassen sollten vertraglich entscheiden können, mit welchem Krankenhaus sie zur Absicherung der Versorgung Verträge zur ambulanten Versorgung schließen.

Darüber hinaus bedarf es einer Regelung, dass diese Leistungen aus der Gesamtvergütung zu finanzieren sind. Hier muss der Grundsatz, dass Geld der Leistung folgt, umgesetzt werden.

## **2.5 Arzneimittel**

In § 31 Abs. 1 Satz 1 wird der **Leistungsanspruch** des Versicherten auf apothekenpflichtige Arzneimittel begrenzt, sofern diese nicht nach § 34 oder

---

## **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

nach den Arzneimittel-Richtlinien nach § 92 Abs.1 Satz 2 Nr. 6 ausgeschlossen sind. Die näheren Kriterien für einen solchen Ausschluss durch die Arzneimittel-Richtlinien sind in § 92 Abs. 1 geregelt. Danach ist u. a. ein Ausschluss von Arzneimitteln dann möglich, wenn nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind. Diese Klarstellung ist zu begrüßen. Sie wird allerdings konterkariert durch die in § 31 Abs. 1 Satz 4 eröffnete Möglichkeit für den Vertragsarzt, ein durch die Arzneimittel-Richtlinien ausgeschlossenes Arzneimittel weiterhin mit Begründung zu verordnen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen sehen die Notwendigkeit einer solchen Auffangregelung aufgrund der detaillierten Vorgaben in § 92 nicht und schlagen die Streichung von § 31 Abs.1 Satz 4 vor.

In § 34 Abs. 1 wird der grundsätzliche **Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel** aus der Leistungspflicht der GKV vorgesehen. Ausnahmeregelungen hat der Bundesausschuss in den Arzneimittel-Richtlinien zu treffen. Dabei ist der therapeutischen Vielfalt Rechnung zu tragen. Aus alledem folgt, dass auch in der hausärztlichen Versorgung die nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen, von den vom Bundesausschuss vorgesehenen Ausnahmen abgesehen, ausgeschlossen sind. Im Sinne der Gleichbehandlung und zur Klarstellung sollte in § 73 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 an den Passus „Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen“ der Halbsatz „§ 34 Abs. 1 gilt entsprechend“ angefügt werden.

Flankierend zur ausnahmsweisen **Verordnungsfähigkeit von nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimitteln** ist es zum Erreichen der damit verbundenen Wirtschaftlichkeitsziele notwendig, dass den Krankenkassen und ihren Verbänden die für die Prüfung notwendigen Daten - insbesondere die verordnungsbegründenden Diagnosen - elektronisch übermittelt werden; dies ist gesetzlich in § 296 Abs. 1 Satz 2 zu verankern.

Die Wiedereinführung der **Festbetragsregelung für patentgeschützte Analogpräparate** - ausgenommen Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen, die eine therapeutische Verbesserung, auch wegen geringerer Nebenwirkungen bedeuten - wird ausdrücklich begrüßt. Sachgerecht sind auch die Regelungen zur preistechnischen Anpassung der bisherigen Festbeträge entsprechend der ab 01.01.2004 geänderten Arzneimittelpreisverordnung. Für die **aut-idem-Berechnung** für das 1. Quartal 2004 besteht das Problem der Kompatibilität mit der neuen Arzneimittel-Preisverordnung, da diese Berechnung mit dem Stichtag 01.12.2003 durchgeführt werden muss. Hier besteht Klarstellungsbedarf hinsichtlich der preistechnischen Anpassung analog zu den Festbeträgen, damit die intendierten Einsparungen im vollen Umfang erreicht werden können.

---

## **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

Nicht sachgerecht ist die **Regelung zum Off-Label-Use bei Arzneimitteln** im Sozialgesetzbuch (§ 35 b SGB V) - rechtssystematisch ist die vorgesehene Bewertung durch die Expertengruppen beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Arzneimittelgesetz zu verankern, um den Verbraucherschutz an dieser Stelle konsequent aufrecht zu erhalten.

Regionale **Arzneimittelvereinbarungen und Richtgrößen** nach § 84 SGB V sollen der Erreichung von Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitszielen dienen. Die mit der Reform vorgesehene Möglichkeit, gemeinsame Informations- und Beratungsmaßnahmen der Vertragspartner anteilig aus den Gesamtvergütungen zu finanzieren, ist aus Sicht der Krankenkassen zweckdienlich. Es würden jedoch falsche Anreize gesetzt, wenn bereits die Einhaltung gesetzlicher oder vertraglicher Verpflichtungen finanziell belohnt würde - die Bonusoption für diesen Fall sollte gestrichen werden. Außerdem bedarf es gesicherter Datengrundlagen als Grundlage der Vereinbarungen wie der Prüfungen.

Durch die anstehende Reform wird die gesetzliche **Preisbildung durch die Arzneimittelpreisverordnung** grundsätzlich auf den verschreibungspflichtigen Markt beschränkt, wobei die Aufhebung der Preisbindung für nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel - abgesehen von der ausnahmsweisen Verordnungsfähigkeit - grundsätzlich marktgerecht erscheint. Die Aufhebung des Großhandelsabschlags in Höhe von 3 % nach dem Beitragssatzsicherungsgesetz wird über abgesenkte Höchstzuschläge des Großhandels kompensiert. Die Handelsspannen für Apotheken werden durch einen Festzuschlag in Höhe von 3 % zuzüglich 8,10 € vom Apothekeneinkaufspreis ersetzt. Der preisgestaffelte Apothekenabschlag wird auf einen packungsbezogenen Abschlag auf 2 € umgestellt. Die in diesem Zusammenhang vorgesehene Anpassung der Apothekervergütung an die Mengenentwicklung zu Lasten der GKV abgegebene Arzneimittelpackungen über den Festabschlag ist abzulehnen. Statt der vorgegebenen Vertragspflicht nach § 129 Abs. 2 SGB V sollte der Gesetzgeber einen unmittelbar am Festzuschlag ansetzenden Korrekturfaktor bestimmen.

Bezogen auf den **Arzneimittelvertrieb** folgt die Aufhebung des Versandhandelsverbots der EU-Rechtsprechung, unterwirft im Sinne des Verbraucherschutzes aber auch ausländische Apotheken den hohen Qualitäts- und Sicherheitsanforderungen, wie sie in Deutschland gelten. Dies ist im Interesse der Versicherten und Patienten ausdrücklich zu begrüßen. Gleichwohl wird durch den Verzicht auf eine Öffnung des Vertragswettbewerbs im Hinblick auf Arzneimittelpreise in diesem Sektor eine Ausschöpfung von Effizienzvorteilen im Vertriebssystem verfehlt. Die Aufhebung des Mehrbesitzverbotes mit einer Begrenzung auf 4 Apotheken erscheint in dieser Begrenzung willkürlich, bleibt jedoch ein Schritt in die richtige Richtung.

---

## **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

### **2.6 Gemeinsamer Bundesausschuss und Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit**

Die Spitzenverbände der Krankenkassen begrüßen grundsätzlich die Existenz eines gemeinsamen Bundesausschusses (GemBA), da dadurch die Selbstverwaltung mit ihrer Kompetenz wesentliche Bereiche der medizinischen Versorgung gestalten kann. Die Zusammenfassung bisheriger und mit unterschiedlichen Namen belegter Institutionen ist im Interesse von mehr Transparenz und der Straffung von Arbeitsabläufen sinnvoll. Um Schwierigkeiten der Vergangenheit nicht zu wiederholen bzw. nicht fortzuführen, sollten die Rechtsgrundlagen eindeutig und nicht interpretierbar sein. Dies gilt insbesondere für die Finanzierung und die Beteiligung von Patientenverbänden (vgl. auch Änderungsanträge in der Anlage 1).

Die Finanzierung des GemBA muss wegen seiner Steuerungsfunktion im Gesundheitswesen dauerhaft gesichert und kontinuierlich sein. Sie darf nicht – wie bislang – von den umlagefinanzierten Haushalten seiner Träger abhängig sein, da sie damit jährlich zur Disposition steht und die Kontinuität der Arbeit gefährdet ist.

Die Zusammenfassung aller Kompetenzen der bisherigen Ausschüsse in einem „gemeinsamen Bundesausschuss“ erscheint im Interesse einer Straffung der Organisation sinnvoll. Diese Konzentration aller Aufgaben sollte aber nicht verhindern, dass die notwendige Transparenz über die Entscheidungsstrukturen gewährleistet wird. Ebenso wie für die Wahrnehmung der unterschiedlichen Aufgaben des gemeinsamen Bundesausschusses eine jeweils veränderte personelle Besetzung vorgesehen ist, sollte auch eine klarstellende Bezeichnung für die einzelnen Sektionen des gemeinsamen Ausschusses vorgesehen werden.

#### **- Gemeinsamer Bundesausschuss**

Sowohl für den gemeinsamen Bundesausschuss als auch für das ihn beratende unabhängige Institut bedarf es einer neuen Finanzierungsgrundlage, um ihre Leistungsfähigkeit zu gewährleisten und die Finanzierung aus den Haushaltsberatungen einer Vielzahl beteiligter Organisationen herauszuhalten.

Die Finanzierung des gemeinsamen Bundesausschusses sollte daher im Gesetz unmittelbar geregelt werden, und zwar in der Weise, dass die erforderlichen Mittel im Wege von Zuschlägen zu den Versorgungsleistungen aufgebracht werden. Die bisherige Finanzierung der Verwaltungskosten

---

## **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

ten der beteiligten Institutionen ist unzureichend und hat in der Vergangenheit zu erheblichen Schwierigkeiten geführt.

Auch die Rechtsform des gemeinsamen Bundesausschusses sollte im Gesetz eindeutiger geregelt werden, um diese Frage nicht zum Spielball von Interpretationen und Rechtsprechung werden zu lassen.

### **- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen**

Die künftige Struktur einer den gemeinsamen Bundesausschuss beratenden Stiftung muss gewährleisten, dass die organisatorische und fachliche Unabhängigkeit und wissenschaftliche Qualität der abgegebenen Voten gewährleistet ist. Es sollte deswegen auf jeden Fall der Eindruck einer staatlichen Abhängigkeit dieses Institutes vermieden werden. Damit ist nicht vereinbar, die Institutsleitung insgesamt nur im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung berufen zu können. Auch sollte das Institut gegenüber dem gemeinsamen Bundesausschuss eine organisatorisch eigenständige Rechtsstellung haben.

Diese sollte im Gesetz eindeutig geregelt werden, um unnötige Anlaufprobleme zu vermeiden. Es ist unbefriedigend, wenn der Gesetzgeber die Rechtsform einer Stiftung als mögliche Lösung umschreibt, aber nur für diesen Fall eine sachgerechte Finanzierungsmöglichkeit zulässt. Es ist nicht nachvollziehbar, dass die sachgerechte Form der Finanzierung über Zuschläge zu den erbrachten Versorgungsleistungen allein auf die Stiftungslösung beschränkt werden soll. Wenn in den Eckpunkten für das Institut eine private Trägerschaft vorgesehen ist, so sollte eine sachgerechte Finanzierungslösung auf andere Rechtsformen, beispielsweise Verein oder GmbH, zugelassen werden. Wenn man andere Rechtsformen nicht will, dann sollte man die Stiftungslösung zwingend vorschreiben oder aber für andere private Lösungen sachgerechte Finanzierungslösungen eröffnen.

Ein Wissenschaftlicher Beirat mit ausgewiesenen Experten aus verschiedenen Disziplinen und mit entsprechenden Kompetenzen würde das wissenschaftliche Ansehen und die Akzeptanz des Instituts wesentlich aufwerten.

### **- Beteiligung von Patientenverbänden**

Von allen beteiligten Organisationen wird im Interesse einer besseren Akzeptanz und Transparenz der Entscheidungen der Ausschüsse der gemeinsamen Selbstverwaltung eine Stärkung der Patientenbeteiligung befürwortet. Die jetzt vorgesehene Konstruktion von Patientenvertretern in

---



## **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

gleicher Zahl wie die der Vertreter der Krankenkassen mit eigenem Antragsrecht würde jedoch die Funktionsfähigkeit des neuen gemeinsamen Bundesausschusses massiv beeinträchtigen. Die dem gemeinsamen Bundesausschuss vielfältig übertragenen Aufgaben erfordern effiziente und schnelle Entscheidungen. Es muss daher eine Lösung gefunden werden, die zwar die Mitwirkungsrechte von Patientenvertretern garantiert, die Funktionsfähigkeit der gemeinsamen Selbstverwaltung jedoch nicht blockiert. Sachgerecht ist daher die Beauftragung des vorgesehenen Patientenbeauftragten, dem ein Zugangsrecht zum gemeinsamen Bundesausschuss und ein Antragsrecht eingeräumt wird, für die jeweiligen Themen der Beratungen aufgrund seiner Entscheidungskompetenz „Vertreter“ aus von ihm bestimmten Patientenorganisationen zu benennen.

### **2.7 Reduzierung der Verwaltungsausgaben**

Im Rahmen der Gesundheitsreform 2004 ist vorgesehen, die Entwicklung der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände für die Jahre 2004 bis 2007 zu begrenzen. Selbstverständlich streben die Krankenkassen sowie deren Verbände nach möglichst geringen Verwaltungskosten und sie wollen und werden ihren Beitrag gerade vor dem Hintergrund der schwierigen finanziellen Situation der gesetzlichen Krankenversicherung mit der Gesundheitsreform 2004 leisten.

Allerdings ist im aktuellen Gesetzentwurf die vorgesehene Budgetierung der Verwaltungskosten nicht sachgerecht: Sie benachteiligt die Krankenkassen mit sinkender Versichertenzahl, da die Anpassung des Personalbestandes wegen der bekanntermaßen bestehenden tariflichen und rechtlichen Bindungen nicht kurzfristig möglich ist. Dem gegenüber haben Kassen mit steigender Versichertenzahl einen Vorteil. Notwendig ist deshalb eine Regelung, die der Krankenkasse zwei Optionen ermöglicht: entweder eine versichertenbezogene Bindung der Verwaltungskosten oder die Orientierung an der absoluten Höhe der Verwaltungskosten entsprechend der Grundlohnentwicklung (In der Anlage 2 ist ein entsprechender Änderungsantrag beigefügt.). Zu berücksichtigen ist zudem, dass gerade auch mit der Gesundheitsreform 2004 eine Reihe sinnvoller Maßnahmen umgesetzt werden sollen (siehe unten), die entsprechende Investitionskosten verursachen. So sind im Entwurf in vielen Bereichen Änderungen vorgesehen, die nur mit wesentlich höherem Arbeits- und Finanzaufwand umzusetzen sind. Dies gilt z. B. für:

- Regelungen zur Verbesserung der Transparenz,
  - Vorgaben zum Ausbau des Informationsmanagements,
  - den Aufbau einer Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen,
-

## **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

- die Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen,
- die Verpflichtung zum flächendeckenden Angebot hausärztlich zentrierter Versorgungsformen,
- die kundenorientierte Umsetzung der Zuzahlungs- und Härtefallregelungen,
- die Einführung von Kostenerstattung für alle Versicherten,
- die Professionalisierung der Wirtschaftlichkeitsprüfung,
- die Nutzung der erweiterten Vertragsmöglichkeiten mit ausländischen Leistungserbringern,
- usw.

Die Neuregelungen sind neben bereits bestehenden Mehraufwendungen (z. B. DMP) zu berücksichtigen, evtl. mit der Maßgabe, dass die Berücksichtigung in Abstimmung mit der Aufsichtsbehörde zu erfolgen hat.

Hinzu kommt, dass eine Budgetierung der Verbände dazu führt, dass bei der Umsetzung dieser Maßnahmen sinnvolle Synergieeffekte nicht genutzt werden, weil eine Konzentration der Aufgaben auf die Verbände oder die Übernahme von Entwicklungsarbeiten durch die Verbände unterbleibt. In der Konsequenz führt eine Budgetierung der Verbände damit zu höheren Verwaltungsausgaben der Krankenkassen.

### **2.8 Einführung der intelligenten Gesundheitskarte**

Maßnahmen zur Verbesserung des Informationsmanagements und der Transparenz in der GKV sind dringend notwendig. Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte sollte auf der Grundlage der gemeinsamen Erklärung der Spitzenverbände der Krankenkassen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 13.05.2002 erfolgen. Hierzu wurde folgendes vereinbart:

- 1) Die Gesundheitskarte wird zum 01.01.2006 auf freiwilliger Basis eingeführt.
  - 2) Die Gesundheitskarte enthält den europäischen Notfalldatensatz des Patienten, seine persönliche Identifikation/ Authentifizierung sowie Verweiskfunktion u. a. auf die Arzneimitteldokumentation.
  - 3) Die Einzelheiten sind in einer gemeinsamen Vereinbarung der Selbstverwaltung festzulegen. Diese favorisiert nach wie vor eine Serverlösung für die Hinterlegung der Daten.
-

## **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

Durch die Erweiterung um neue Funktionen, wie die elektronische Signatur für jeden Versicherten als zwingende Voraussetzung, entstehen unbeantwortete Fragen zu dem Kosten-Nutzen-Verhältnis. Die in § 291 festgelegten zusätzlichen Kriterien wie vor allem der Zuzahlungsstatus machen nach wie vor keinen Sinn, da das von der Selbstverwaltung vorlegte Konzept der Online-Prüfung deutlich effektiver ist. Hinzu kommen die datenschutzrechtlichen Bedenken.

Die Krankenkassen favorisieren darüber hinaus für die Übermittlung ärztlicher Verordnungen ein Client Server Konzept (elektronisches Rezept), d. h. das Rezept soll vom Arzt aus mittels Leitung auf einen Server übertragen werden und von dort vom Apotheker abgerufen werden.

### **2.9 Finanzbeteiligung des Bundes (§ 221 SGB V)**

Die Entlastung der GKV durch Beteiligung des Bundes aus den Tabaksteuer-Einnahmen ist grundsätzlich zu begrüßen. Allerdings fehlt eine Regelung zur sachgerechten Berücksichtigung dieser Einnahmen im Risikostrukturausgleich. Da diese in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung erfolgen sollte, ist die Ermächtigungsnorm (§ 266 Abs. 7 SGB V) entsprechend zu ergänzen.

Vorschlag: In § 266 Abs. 7 Nr. 9 werden nach dem Verweis "§ 249 b" die Worte "und der Beteiligung des Bundes nach § 221," eingefügt.

### **2.10 Harmonisierung mit anderen Gesetzesvorhaben**

Die GMG-Regelungen zur Leistungsaushilfe bei Sozialhilfeempfängern harmonisieren hinsichtlich des In-Kraft-Tretens nicht mit den Gesetzesvorhaben zur Einordnung des Sozialhilferechts und dem Vierten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt. Um eine unnötige Belastung der Verwaltungskosten der Krankenkassen durch die wiederholte Ausstattung betroffener Personenkreise mit neuen Krankenversichertenkarten zu vermeiden, ist eine Harmonisierung der In-Kraft-Tretens-Regelungen notwendig.

---

**Stellungnahme  
der Spitzenverbände  
der Krankenkassen zum  
GKV-Modernisierungsgesetz**

---

*Änderungsantrag*

*Anlage 1*

Zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen eines GKV-Modernisierungsgesetzes – BT Drs. 15/1525

---

**Zu Nr. 70 - § 91 – Gemeinsamer Bundesausschuss**

**1. § 91 wird wie folgt geändert:**

- a) In Absatz 1 erhält Satz 2 folgende Fassung:  
„Der Gemeinsame Bundesausschuss wird zum 01.01.2004 als rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts errichtet.“
- b) In Absatz 5 wird nach Satz 2 folgender Satz angefügt:  
„In diesen Fällen entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss als Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen.“
- c) In Absatz 6 wird nach Satz 1 folgender Satz angefügt:  
„In diesen Fällen entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss als Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen.“
- d) In Absatz 7 wird nach Satz 1 folgender Satz angefügt:  
„In diesen Fällen entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss als Bundesausschuss der Krankenhäuser und Krankenkassen.“

**2. Nach § 91 wird folgender § 91 a eingefügt:**

**§ 91 a  
Finanzierung**

**Die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses und des Instituts nach § 139a Abs. 1 erfolgt jeweils zur Hälfte durch die Erhebung eines Zuschlags auf jeden abzurechnenden Krankenhausfall und auf die Vergütung für die ambulante vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung nach den §§ 85 und 85a in Höhe eines entsprechenden Vomhundertsatzes. Die im stationären Bereich erhobenen Zuschläge werden in der Rechnung des Kran-**

---

## **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

kenhauses gesondert ausgewiesen; sie gehen nicht in die Gesamtbeträge nach den §§ 3 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 6 der Bundespflegesatzverordnung sowie nicht in die entsprechenden Erlösausgleiche ein. Die Zuschläge auf die Krankenhausfälle werden vom Institut für Entgeltsysteme im Krankenhauswesen zusammen mit dem DRG-systemzuschlag (§ 17 b Abs. 5 KHG) erhoben und an den Gemeinsamen Bundesausschuss abgeführt. Die Höhe der Zuschläge auf jeden Krankenhausfall und auf die Vergütung in die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung sowie das Nähere zur Weiterleitung dieser Mittel an eine zu benennende Stelle werden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt.“

### *Änderungsantrag*

Zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen eines GKV-Modernisierungsgesetzes – BT Drs. 15/1525

---

### **Zu Nr. 112 - §§ 139 a bis 139 c – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen**

#### **1. § 139 a wird wie folgt geändert:**

- a) § 139 a Abs.1 erhält folgende Fassung:  
„(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 gründet ein fachlich unabhängiges, rechtsfähiges wissenschaftliches Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen in der Rechtsform einer Stiftung des privaten Rechts. Die Institutsleitung wird einvernehmlich durch den Stiftungsvorstand bestimmt, in den das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung einen Vertreter entsenden kann.“
  - b) Absatz 2 wird gestrichen.
  - c) Die bisherigen Absätze 3 bis 6 werden Absätze 2 bis 5.
-

**Stellungnahme  
der Spitzenverbände  
der Krankenkassen zum  
GKV-Modernisierungsgesetz**

---

2. § 139 b wird wie folgt geändert:
    - a) In Absatz 3 Satz 1 wird das Wort „hat“ durch „kann“ ersetzt.
    - b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:  
„Die Befugnis, einen Teil der Aufgaben durch institutseigenes Personal zu erledigen, bleibt hiervon unberührt.“
  
  3. § 139 c wird gestrichen.
-

## **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

### *Änderungsantrag*

Zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen eines GKV-Modernisierungsgesetzes – BT Drs. 15/1525

---

#### **Zu Nr. 118 - § 140 f - Beteiligung von Patienten und des Bundesbeauftragten für die Belange der Patienten**

##### **1. In § 140 f wird Absatz 2 wie folgt gefasst:**

„(2) Im Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 und im Beirat der Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz nach § 303 b erhalten die in der Verordnung nach § 140 g anerkannten Organisationen ein Anhörungsrecht. Bei Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Abs. 4 bis 7 erhalten die Organisationen ein Antragsrecht. Wird ihrem schriftlichen Anliegen nicht gefolgt oder ihrem Antrag nicht entsprochen, sind ihnen auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen.“

##### **2. Absatz 3 in § 140 f wird wie folgt gefasst:**

„(3) In den Landesausschüssen nach § 90 sowie in den Zulassungsausschüssen nach § 96 und den Berufungsausschüssen nach § 97, soweit Entscheidungen über die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze nach § 101 Abs. 1 Satz 3 oder über die Ermächtigung von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen betroffen sind, erhalten die in der Verordnung nach § 140 g anerkannten Organisationen ein Anhörungsrecht. Wird ihrem schriftlichen Anliegen nicht gefolgt, sind ihnen auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen.“

##### **3. Absatz 5 in § 140 f wird gestrichen.**

##### **4. Dem § 140 h wird der folgende Absatz 3 angefügt:**

„(3) Die beauftragte Person ist berechtigt, bei den Sitzungen der in § 140 g Abs. 2 und 3 genannten Gremien mit zu beraten. Sie kann einen Vertreter oder eine Vertreterin entsenden.“

---

**Stellungnahme  
der Spitzenverbände  
der Krankenkassen zum  
GKV-Modernisierungsgesetz**

---

Begründung zur Änderung des § 91 – Gemeinsamer Bundesausschuss

Zu Nummer 1 a)

**Die Errichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Rechtsform einer rechtsfähigen Anstalt des öffentlichen Rechts schafft mehr Rechtsklarheit und -sicherheit. Die bisherige Regelung, die dem Gemeinsamen Bundesausschuss lediglich Rechtsfähigkeit verleiht, lässt offen, ob es sich bei dem Bundesausschuss um eine rechtfähige juristische Person des öffentlichen oder privaten Rechts handelt und welche Rechtsform gemeint ist. Das ist unbefriedigend, weil diese offenen Fragen seit Jahrzehnten Anlass zu juristischen Auseinandersetzungen sind.**

Bei der Entscheidung über die Rechtsform ist der Anstalt des öffentlichen Rechts der Vorzug zu geben vor einem Körperschaftsmodell. Denn dem Gemeinsamen Bundesausschuss fehlt die für eine Körperschaft des öffentlichen Rechts typische verbandsmäßige Struktur. Das zeigt sich insbesondere darin, dass dem Gemeinsamen Bundesausschusses neben den Vertretern der Ärzte, der Krankenkassen und den Interessenvertretern der Krankenhäuser ein unparteiischer Vorsitzender und zwei weitere unparteiische Mitglieder angehören. Diese Mitwirkung von „Außenstehenden“ widerspricht der bei einer Körperschaft vorliegenden Beherrschung durch ihre Mitglieder.

Deshalb ist es sachgerecht, den Gemeinsamen Bundesausschuss in der Rechtsform einer rechtsfähigen Anstalt des öffentlichen Rechts zu errichten. Dies entspricht auch der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, das den Bundesausschuss in einem Urteil vom 20.03.1996 – Az. 6 RKa 62/94 (BSGE 78, 70, 78 ff) ausdrücklich als Anstalt qualifiziert hat.

Zu Nummer 1b bis 1d)

---



## **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

**Die Änderungen stellen klar, für welchen Versorgungssektor der Gemeinsame Bundesausschuss in der jeweiligen besonderen Zusammensetzung seine Entscheidungen trifft. Ebenso wie für die Wahrnehmung der sehr unterschiedlichen Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses eine jeweils veränderte personelle Besetzung vorgesehen ist, sollte auch eine klarstellende Bezeichnung für die einzelnen Sektionen des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehen werden.**

**Die namentliche Hervorhebung der einzelnen Sektionen dient somit einer sinnvollen organisatorischen Untergliederung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach einzelnen Versorgungssektoren in Anlehnung an die bereits bestehenden Beschlussgremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung. Damit ist die Einheit des Entscheidungsgremiums gewährleistet, aber zugleich erkennbar, wer für die jeweilige Entscheidung zuständig und verantwortlich ist.**

Zu Nummer 2) - § 91 a -

**Die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses sollte im Gesetz unmittelbar geregelt werden, und zwar in der Weise, dass die erforderlichen Mittel im Wege von Zuschlägen zu den Entgelten für die Versorgungsleistungen aufgebracht werden. Die bisherige Finanzierung über Verwaltungskosten der beteiligten Institutionen ist unzureichend und hat in der Vergangenheit zu erheblichen Schwierigkeiten geführt. So ist beispielsweise heute eine ausreichende Finanzierung der Geschäftsführung für die Ausschüsse nicht gesichert; über die Aufsicht des BMGS kann sichergestellt werden, dass den Grundsätzen der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit Rechnung getragen wird. Die Finanzierungsregeln für den Gemeinsamen Bundesausschuss gelten in gleicher Weise für das Institut nach § 139 a; deshalb kann auf § 139 c verzichtet werden.**

---

**Stellungnahme  
der Spitzenverbände  
der Krankenkassen zum  
GKV-Modernisierungsgesetz**

---

***Begründung zur Änderung der §§ 139 a ff – Institut für Qualität  
und Wirtschaftlichkeit***

**Zu Nummer 1 a)**

Die Rechtsform des Instituts sollte im Gesetz eindeutig geregelt werden, um unnütze Diskussionen und Anlaufprobleme zu vermeiden. Wenn die einzige sachgerechte Finanzierungsmöglichkeit des Instituts über die Erhebung von Systemzuschlägen ohnehin an die Bedingung der Gründung einer Stiftung des privaten Rechts geknüpft wird, sollte diese Rechtsform auch zugleich als verbindlich vorgeschrieben werden.

**Zu Nummer 1 b)**

Folgeänderung zu Nummer 1 a)

**Zu Nummer 2 a) und 2 b)**

Die bisherige Formulierung, dass das Institut zur Erledigung seiner Aufgaben nach § 139a Abs.3 Nr.1 bis 5 wissenschaftliche Forschungsaufträge an externe Sachverständige zu vergeben hat, erweckt den Eindruck, dass allein dieser Weg über externe Aufträge für die Aufgabenerfüllung zulässig sein solle. Das ist aber weder gewollt, noch wäre dieser Weg in der Praxis gangbar. Das Institut ist vielmehr – neben der Auftragserteilung an externe Stellen - auch auf eigene

---

## **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

Mitarbeiter angewiesen. Das wird durch die beiden Änderungen in Nummer 2 a und b klargestellt.

### **Zu Nummer 3)**

Folgeänderung zu § 91 a

### Begründung zum Änderungsvorschlag zu §§ 140 f und 140 h – Beteiligung von Patienten und dem Bundesbeauftragten für die Belange der Patienten

#### **Zu Nr. 1) und 2)**

Durch die Regelung wird den Verbänden der Patienten und der Selbsthilfe erstmals ein weitreichendes Mitwirkungsrecht an den Entscheidungen der wesentlichen Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung eingeräumt. Das Recht auf Anhörung verpflichtet den Gemeinsamen Bundesausschuss, den berechtigten Interessen zu entsprechen; deren Anliegen dürfen nur dann abgelehnt werden, wenn überwiegende, schriftlich niederzulegende Gründe dagegen sprechen.

Weiterhin können die Vertreter der Patienten-Organisationen Entscheidungen zu den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses beantragen. Das Antragsrecht geht über die derzeitigen Befugnisse der anhörungsberechtigten Verbände hinaus und begründet eine neuartige und starke Form der Beteiligung für die Patienten-Vertreter. Sie können damit aktive Beiträge zur Ausgestaltung des Leistungsrechts der GKV auf den Weg bringen. Die Verfahrensabläufe werden durch die neue Verfahrensordnung rechtsstaatlich geregelt und unter-

---

## **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

liegen der Aufsicht des BMGS, so dass auch insoweit die Rechte der Patienten als gesichert anzusehen sind.

Auf Hereinnahme der Patienten-Vertreter als Mitglieder (ohne Stimmrecht) in den Gemeinsamen Ausschuss wird jedoch verzichtet. Eine „dritte Bank“ – neben den beiden Bänken der Krankenkassen und der Leistungserbringer – würde dem historisch bewährten Organisationsprinzip des Bundesausschusses widersprechen. Dieses Prinzip der bipolaren Entscheidungsstruktur, die in der paritätischen Besetzung beider Bänke und der beiderseitigen Verantwortung für die zu treffenden Entscheidungen zum Ausdruck kommt, würde durch eine dritte Bank grundsätzlich und entscheidend gestört. Die auf der beiderseitigen Fachkompetenz und dem Zwang zum Kompromiss beruhende weitgehende Akzeptanz der Entscheidungen ginge verloren.

Die Zulassung der Patienten-Vertreter als Mitglieder würde zudem die Forderung anderer Verbände auf Mitwirkung im Ausschuss nach sich ziehen; das wäre dann das Ende der gemeinsamen Entscheidungsgremien der Selbstverwaltung.

Deshalb soll es für die Patienten-Vertreter zunächst bei dem Anhörungs- und Antragsrecht verbleiben.

### **Zu Nr. 3)**

Ohne ein Teilnahmerecht der Patientenvertreter in den Sitzungen ist eine Regelung der Reisekosten hinfällig.

### **Zu Nr. 4)**

Der Bundesbeauftragte für die Belange der Patienten spielt eine wesentliche Rolle bei der Wahrung der Patienteninteressen. Er kann

---

**Stellungnahme  
der Spitzenverbände  
der Krankenkassen zum  
GKV-Modernisierungsgesetz**

---

auch von nicht organisierten Patienten und Patientinnen angesprochen werden und gewährleistet zugleich personelle Kontinuität in den Entscheidungsgremien. Er vervollständigt den Schutz der Patienten, weil seine Teilnahme an den Sitzungen sichert, dass das Anhörungs- und Antragsrecht auch in den mündlichen Verhandlungen der Gremien zum Tragen kommt.

---

**Stellungnahme  
der Spitzenverbände  
der Krankenkassen zum  
GKV-Modernisierungsgesetz**

---

**Anlage 2**

**Artikel 1**

**Änderung des 5. Buches Sozialgesetzbuch**

X. Dem § 4 Abs. 4 werden folgende Sätze angefügt:

**„Die Verwaltungsausgaben der einzelnen Krankenkasse dürfen in den Jahren 2004 bis 2007 gegenüber den jeweiligen Vorjahren die bei Anwendung der für das gesamte Bundesgebiet geltenden Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 ergebenden Ausgaben nicht überschreiten; Veränderungen der jahresdurchschnittlichen Zahl der Versicherten können berücksichtigt werden. Satz 4 gilt nicht, soweit Mehrausgaben aufgrund der Entwicklung, Zulassung, Durchführung und Evaluation von Strukturierten Behandlungsprogrammen entstehen oder sie auf der Übertragung von Personalkosten des Arbeitgebers auf die Krankenkasse beruhen und sie nicht im Rahmen der vorgegebenen Höhe der Verwaltungsausgaben ausgeglichen werden können.“**

**Begründung**

**Zu Artikel 1** (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

**Zu Nummer .....** (§ 4)

Die Regelung sieht für die Entwicklung der Verwaltungsausgaben der Krankenkassen eine im Wesentlichen dynamische Begrenzung für die

---

## **Stellungnahme der Spitzenverbände der Krankenkassen zum GKV-Modernisierungsgesetz**

---

Jahre 2004 bis 2007 vor. Die Verwaltungsausgaben dürfen sich im Vergleich zum jeweiligen Vorjahr nur in dem Maße verändern, wie sich auch die durchschnittlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen entwickeln (Bindung der Entwicklung der Verwaltungsausgaben an die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 SGB V). Die jahresdurchschnittliche Versichertenentwicklung kann berücksichtigt werden. Die Regelung gilt nicht, soweit Steigerungen der Verwaltungsausgaben unmittelbar im Zusammenhang mit der Entwicklung, Zulassung, Durchführung und Evaluation von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137 f (Aufwendungen nach § 4 Abs. 1 Satz 1 Nr. 12 der Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung – RSAV) stehen oder auf Erhöhungen der Verwaltungsausgaben beruhen, die durch die Übertragung von Personalkosten des Arbeitgebers auf die Krankenkassen entstehen. Diese Ausnahmen gelten nicht, wenn sie durch die Mobilisierung von Einsparreserven in der Verwaltung bzw. Umschichtungen innerhalb des vorgegebenen Ausgabenrahmens finanziert werden können.

---

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0273(24)  
vom 18.09.03**

**15. Wahlperiode**

## **Stellungnahme**

**des**

**Bundesverbandes Deutscher Privatkrankenanstalten e.V.**

**zum**

**Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der  
Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)  
(Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)  
(Drucksache 15/1525 vom 08.09.2003)**



## Erster Teil: Vorbemerkungen

Das Gesundheitswesen in Deutschland steht aufgrund der demographischen und der medizinischen Entwicklung vor enormen Herausforderungen. Zudem behindert die starre sektorale Leistungserbringung die medizinischen Behandlungsabläufe und eine wirtschaftliche Leistungserbringung. Eine solidarisch finanzierte Gesundheitsversorgung auf qualitativ hohem Niveau kann nur dann sichergestellt bleiben und weiterentwickelt werden, wenn ihre Effizienz gesteigert wird. Der Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten e.V. (BDPK) setzt sich für die Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung ein. Voraussetzung dafür ist eine auf klare rechtliche Rahmenbedingungen gestützte wettbewerbliche Organisation des Gesundheitswesens, insbesondere ein Qualitätswettbewerb mit fairen Bedingungen und den notwendigen Handlungsfreiräumen, sowie mehr Transparenz.

Daher erkennt der BDPK die im Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (im folgenden „Fraktionsentwurf“ genannt) zum Ausdruck kommende Notwendigkeit, insbesondere durch die Stärkung der Patientensouveränität und die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen die Qualität, Wirtschaftlichkeit und Transparenz der gesundheitlichen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung entscheidend zu verbessern, grundsätzlich an.

Nach Auffassung des BDPK ist eine generelle Strukturreform des Gesundheitswesens notwendig, denn rein kostendämpfende Maßnahmen haben bislang die Probleme der gesundheitlichen Versorgung nicht gelöst, sondern nur temporär Abhilfe geschaffen. Der BDPK begrüßt daher die im Fraktionsentwurf vorgesehenen Maßnahmen zum Abbau bürokratischer Hemmnisse und zur Flexibilisierung der zu starren Versorgungsstrukturen, insbesondere die Einführung medizinischer Versorgungszentren, Teilöffnung der Krankenhäuser und die Neuregelung der integrierten Versorgung. Diese Maßnahmen sind ein erster wichtiger Schritt hin zu mehr Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen. Wie weit die Maßnahmen tatsächlich greifen, hängt entscheidend davon ab, dass die vorgesehenen Regelungen konkretisiert werden und ob und wie diese strukturellen Veränderungen von den Beteiligten umgesetzt werden. Nach Auffassung des BDPK kann die Qualität der medizinischen Versorgung nur dann entscheidend verbessert werden, wenn zukünftig bei der Qualitätssicherung durchgängig und vorrangig auf die Ergebnisqualität abgestellt wird.

Der Fraktionsentwurf regelt hauptsächlich den akutmedizinischen Versorgungsbereich. Allerdings wird insbesondere durch die Regelung der Leistungsanspruchnahme im EU-Ausland und die Anhebung der Zuzahlungen der Bereich der medizinischen Rehabilitation gravierend betroffen. Aufgrund der Erfahrungen mit der Umsetzung des SGB IX und bei der Einführung der strukturierten Behandlungsprogramme spricht sich der BDPK nachdrücklich auch für eine Einbeziehung zentraler Fragen des Rehabilitationsbereiches in das Gesetzgebungsverfahren aus. Dies betrifft insbesondere die Teilöffnung der Rehabilitationskliniken für die ambulante Akutversorgung und die Schaffung der Grundlagen für die Entwicklung eines Preissystems für die medizinische Rehabilitation.

Nach Auffassung des BDPK müssen im Hinblick auf eine bessere Versorgung der Versicherten die Regelungen der Teleradiologie flexibler gestaltet und bürokratische Hemmnisse abgebaut werden.

Die im Fraktionsentwurf vorgesehenen Regelungen werden im folgenden im Einzelnen gewürdigt.

## Zweiter Teil: Einzelne Regelungen

### I. Artikel 1 Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

#### 1. Zu § 13 Abs. 2 Sätze 1 und 2 - Kostenerstattung

Der BDPK begrüßt grundsätzlich die im Fraktionsentwurf vorgesehene Einführung der Möglichkeit für alle Versicherten, anstelle der Sach- und Dienstleistungen Kostenerstattung zu wählen. Diese Wahlmöglichkeit stärkt die Eigenverantwortung der Versicherten und kann zudem das Kostenbewusstsein der Versicherten stärken.

Der BDPK weist jedoch ausdrücklich darauf hin, dass die Leistungserbringer nur dann qualifizierte Leistungen wirtschaftlich erbringen können und die notwendige Planungssicherheit gegeben ist, wenn die Erstattungsbeträge durch die Versicherten zeitnah an die Leistungserbringer weitergeleitet werden. Nach Auffassung des BDPK müssen die Versicherten umfassend über die Folgen der Wahl beraten werden und näheres zur Ausgestaltung der Kostenerstattung muss in den Satzungen der Krankenkassen geregelt werden.

#### **Änderungsvorschlag:**

In § 13 Abs. 2 SGB V wird nach Satz 2 folgender Satz 3 aufgenommen:

*„Das Nähere zum Verfahren der Kostenerstattung regelt die Satzung der Krankenkasse.“*

#### 2. Zu § 13 Abs. 4 und 5 SGB V - Behandlung im EU-Ausland

Mit den neuen Regelungen vollzieht der Gesetzgeber die entsprechenden Urteile des EuGH und führt einen Anspruch der Versicherten auf Inanspruchnahme von Leistungserbringern in anderen Staaten im Geltungsbereich des EG-Vertrages ein.

Nach Auffassung des BDPK ist jedoch für die stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Hinblick auf die Qualitätssicherung eine den Anspruch des Versicherten konkretisierende Regelung zwingend notwendig, da ansonsten das in Deutschland einzigartige Rehabilitationssystem und damit im Sinne der Rechtsprechung des EuGH auch die finanzielle Stabilität des deutschen Krankenversicherungssystems gefährdet ist. Zudem würde ohne eine entsprechende Konkretisierung das SGB IX unterlaufen.

Grundsätzlich sind stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vor Beginn der Maßnahme von den Krankenkassen nach pflichtgemäßem Ermessen zu bewilligen, wobei die Krankenkasse auch die Rehabilitationseinrichtung bestimmt. Damit ist zwar bereits eine Zustimmung impliziert, diese läuft jedoch aufgrund der Neuregelung ins Leere.

Bzgl. der Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme im Ausland ist die Ausübung des pflichtgemäßen Ermessens der Krankenkassen bislang durch § 18 SGB V konkretisiert und entsprechend gebunden. Da § 18 SGB V von § 18 SGB IX abweicht, geht nach § 7 SGB IX der § 18 SGB V als spezialgesetzliche Norm dem § 18 SGB IX vor. Dessen Regelungen gelten demnach nicht für die gesetzliche

Krankenversicherung. Daher führt die in § 13 Abs. 4 SGB V als spezialgesetzliche Norm vorgesehene Änderung zu einem unbeschränkten Anspruch der Versicherten auf Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme im Ausland, wenn die Maßnahme im übrigen nach pflichtgemäßem Ermessen bewilligt werden muss. Hat der Versicherte danach einen Anspruch auf die Rehabilitationsmaßnahme, muss diese auf Antrag des Versicherten im EU-Ausland durchgeführt werden.

Da der ausländische Leistungserbringer nicht zur externen und internen Qualitätssicherung und zur Teilnahme an entsprechenden Verfahren verpflichtet ist, droht ein enormer Qualitätsverlust mit entsprechenden Folgekosten für das deutsche Sozialversicherungssystem. Solange die Qualität der Leistungserbringung im europäischen Ausland nicht gesichert ist, könnte eine im Interesse der Versicherten notwendige Verbesserung der Versorgung und eine das deutsche Sozialwesen schützende Regelung mit der nachstehenden Änderung erreicht werden:

#### **Änderungsvorschlag:**

Nach § 13 Abs. 5 Satz 2 wird folgender Satz 3 eingefügt:

*„Abweichend von Absatz 4 können in anderen Staaten im Geltungsbereich des EG-Vertrages stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nur in Anspruch genommen werden, wenn sie dort bei zumindest gleicher Qualität und Wirksamkeit wirtschaftlicher ausgeführt werden können.“*

### **3. Zu § 40 Abs. 6 SGB V - Zuzahlung für die AHB**

Die Zuzahlung für die AHB wird durch die Neuregelung von 9 € auf 10 € für längstens 28 Tage angehoben und die bislang vorgesehene Anrechnung der innerhalb eines Kalenderjahres bereits geleisteten Zuzahlung entfällt. Diese Regelung bedeutet für Versicherte, die im Anschluss an die Krankenhausbehandlung eine AHB wahrnehmen und bislang maximal 126,00 € zuzahlen müssen, zukünftig eine Zuzahlung in Höhe von bis zu 560,00 € (28 x 10 € Krankenhausbehandlung und 28 x 10 € AHB).

Diese Regelung lehnt der BDPK als unverhältnismäßige Anhebung der Zuzahlung gerade für besonders schwer erkrankte und behinderte Versicherte ausdrücklich ab. Die Regelung wird auch zu enormen Folgekosten führen, da nach den Erfahrungen mit den Spargesetzen des Jahres 1996 davon auszugehen ist, dass die Durchführung des notwendigen AHB-Verfahrens von den Versicherten aus Kostengründen abgelehnt wird. Die Regelung konterkariert auch den mit der Einführung des SGB IX verbundenen Willen des Gesetzgebers, die medizinische Rehabilitation zu stärken und die Versorgung der Versicherten zu verbessern. Da die Zuzahlung bereits für 28 Tage statt wie bisher für 14 Tage zu zahlen ist, muss zumindest sichergestellt werden, dass die Versicherten nur ein mal für 28 Tage zuzahlen müssen.

#### **Änderungsvorschlag:**

In § 40 Abs. 6 SGB V wird folgender Satz 2 eingefügt:

*„Die innerhalb des Kalenderjahres nach § 39 Abs. 4 geleistete Zahlung ist auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen.“*

### **4. Zu § 54 SGB V - Beitragsrückzahlung**

Der BDPK begrüßt grundsätzlich die Einführung der Beitragsrückzahlung als Anreiz zu einem kostengünstigen Verhalten der freiwillig Versicherten. Die vorgesehene Regelung müsste jedoch im Hinblick auf die eine Beitragsrückzahlung nicht berührenden Leistungen deutlicher formuliert und nach Ansicht des BDPK auch ergänzt werden.

Nach Auffassung des BDPK ist es inkonsequent, wenn zum einen stationäre Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 4 die Beitragsrückerstattung nicht berühren, zum anderen medizinische Vorsorgeleistungen für Mütter die Beitragsrückerstattung berühren.

Darüber hinaus wird die Minderung der Beitragsrückzahlung bei Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bei einer gleichzeitigen enormen Erhöhung der Zuzahlung dazu führen, dass notwendige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nicht mehr oder zu spät beantragt werden. Dieses führt zu enormen zusätzlichen Kosten für das Gesundheitswesen, denn gerade durch rechtzeitig durchgeführte geeignete Rehabilitationsmaßnahmen können hohe Folgekosten für das System gespart werden.

#### **Änderungsantrag:**

Nach § 54 Satz 4 wird folgender Satz 5 angefügt:

*„Leistungen nach § 24 und §§ 40, 41 bleiben ebenfalls unberücksichtigt.“*

#### **5. Zu § 61 SGB V - Zuzahlungen**

Mit den vorgesehenen Änderungen werden die von den Versicherten zu leistenden Zuzahlungen zum Teil deutlich erhöht. Die Regelungen der unzumutbaren Belastung in den Absätzen 2 und 3 werden jedoch nicht verändert. Danach liegt eine unzumutbare Belastung vor, wenn bei einem alleinstehenden Versicherten die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt 938,00 € nicht überschreiten (Zwei-Personenhaushalt 1.289,75 €, für jeden weiteren Angehörigen zuzüglich 234,50 €). Damit werden gerade Versicherte mit einem geringen Bruttoeinkommen von den Neuregelungen besonders getroffen und es steht zu erwarten, dass dieser Personenkreis allein aufgrund der nicht mehr tragbaren Zuzahlungen auf notwendige medizinische Leistungen verzichtet oder die Durchführung der Maßnahmen zeitlich verschiebt mit den Folgen einer Verschlimmerung der Erkrankung und zusätzlichen Folgekosten für das Gesundheitssystem.

Der BDPK fordert daher dringend eine Anpassung der Regelungen der unzumutbaren Belastung. Es muss entweder auf das Nettofamilieneinkommen abgestellt oder der vom Hundertsatz der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV angehoben werden.

#### **6. Zu § 62 SGB V - Belastungsgrenze**

Für chronisch Kranke soll die bisher in § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V vorgesehene komplette Befreiung von Zuzahlungen entfallen. Dabei bleibt unberücksichtigt, dass chronisch Kranke und behinderte Menschen im Verhältnis zu anderen Menschen durch die chronische Erkrankung bzw. die Behinderung mit erheblich höheren Lebenshaltungskosten belastet sind.

Daher sollte es nach Ansicht des BDPK bzgl. der wegen der chronischen Erkrankung bzw. Behinderung benötigten Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln bei der jetzigen Regelung verbleiben. Hinsichtlich der nicht durch die chronische Erkrankung bzw. Behinderung verursachten Arznei- und Verbandmittel ist die vorgesehene Neuregelung anzuwenden.

Darüber hinaus führt die neue Regelung zu Auslegungsproblemen im Hinblick auf die Definition des Status „chronisch Kranker“. Nach Auffassung des BDPK ist eine chronische Erkrankung zwar durch eine gewisse zeitliche Dauer der Behandlung und der Erkrankung gekennzeichnet, der im Fraktionsentwurf verwendete Begriff „Dauerbehandlung“ ohne entsprechende Konkretisierung kann jedoch auch dahingehend verstanden werden, dass die Erkrankung unheilbar sein muss. Da ein klares zeitliches Kriterium fehlt, ist nicht deutlich, ab wann von einer Dauerbehandlung/einer dauerhaften Erkrankung auszugehen ist und wann eine solche nicht mehr vorliegt.

Ebenfalls zu Auslegungsschwierigkeiten wird die Ergänzung der Definition der chronischen Erkrankung um das Erfordernis einer „schwerwiegenden Krankheit“ führen. Zudem ist keine Übergangsregelung vorgesehen, so dass bis zu einer Bestimmung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss kein chronisch Kranker unter die Regelung des § 62 Abs. 1 SGB V fällt. Darüber hinaus lässt der völlig unbestimmte Rechtsbegriff „schwerwiegend“ keinen eindeutigen Rückschluss auf die tatsächliche Höhe der Vergütung für die notwendigen Leistungen zu.

Nach Ansicht des BDPK muss im Gesetz selbst eine klare Definition der chronischen Erkrankung erfolgen. Die Definition einer „schwerwiegenden Erkrankung“ ist für die Bestimmung der Belastungsgrenze ungeeignet und kann als wesentliche Einschränkung für die Begrenzung der Zuzahlungen auch nicht auf den Gemeinsamen Bundesausschuss übertragen werden.

## **7. Zu § 95 SGB V - Medizinische Versorgungszentren**

Der BDPK begrüßt ausdrücklich die Einführung medizinischer Versorgungszentren und die damit geschaffene Möglichkeit zum Aufbau innovativer Versorgungsformen, die zur Überwindung der Sektorengrenzen beitragen und die Behandlungsqualität optimieren können. Zu begrüßen ist auch, dass nunmehr auch Krankenhäuser Träger der medizinischen Versorgungszentren sein können.

Damit die medizinischen Versorgungszentren tatsächlich zu einer Stärkung des Qualitätswettbewerbs im ambulanten Bereich beitragen können, muss sichergestellt sein, dass die Zulassung der medizinischen Versorgungszentren nicht von einzelnen Leistungsbereichen blockiert werden kann. Diese Voraussetzung ist nach Auffassung des BDPK mit den im Fraktionsentwurf vorgesehenen Regelungen jedoch noch nicht gegeben.

Die Gleichstellung der medizinischen Versorgungszentren mit den Vertragsärzten und die damit geltenden Zulassungsregelungen (§ 72 Abs. 1 SGB V), die bedarfsabhängige Zulassung, die umfangreichen Beschränkungen und Genehmigungspflichten, das Vertragsarztsitzprinzip sowie die Regelung der Mitgliedschaft der in einem medizinischen Versorgungszentrum angestellten Ärzte in

der jeweils zuständigen KV (§ 77 Abs. 3 und § 95 Abs. 3 SGB V) werden die Gründung und Arbeit der medizinischen Versorgungszentren erheblich erschweren.

Daher schlägt der BDPK folgende Änderungen vor:

**Änderungsvorschläge:**

a. In § 96 Abs. 2 SGB V wird folgender Satz 8 eingefügt:

*„Bei Anträgen und Genehmigungen eines medizinischen Versorgungszentrums gelten die Anträge bei Stimmgleichheit als angenommen und die Genehmigungen als erteilt.“*

**Begründung:**

Mit dieser Regelung wird verhindert, dass Anträge auf Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums von einem Leistungsbereich blockiert werden können.

b. In § 95 Abs. 1 wird folgender Satz angefügt:

*„Bis zur Einführung einer flächendeckenden Versorgung durch medizinische Versorgungszentren sind in Bereichen, in denen Zulassungsbeschränkungen nach § 103 angeordnet sind, Bewerbungen um Vertragsarztsitze von Versorgungszentren bevorzugt zu berücksichtigen; eine flächendeckende Versorgung ist erst sichergestellt, wenn im Planungsbereich 10 vom Hundert der Vertragsarztsitze von medizinischen Versorgungszentren gehalten werden.“*

**Begründung:**

Mit dieser Regelung wird die vom Gesetzgeber gewollte Einführung der „Versorgung aus einer Hand“ in Anlehnung an die Polikliniken gefördert.

c. In § 95 Abs. 2 SGB V wird folgender Satz 2 aufgenommen:

*„Medizinische Versorgungszentren sind zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt, soweit sie an zugelassenen Krankenhäusern und auf den von diesen Krankenhäusern im Rahmen ihres Versorgungsauftrages vorgehaltenen Fachgebieten tätig sind.“*

**Begründung:**

Es besteht ein besonderes Bedürfnis an fachübergreifender ambulanter Versorgung bei gleichzeitiger Verwirklichung der Verzahnung des ambulanten mit dem stationären Bereich. Deshalb ist für medizinische Versorgungszentren an Krankenhäusern auf die gesetzliche Direktermächtigung zurückzugreifen. Soweit jedoch eine Bedarfsplanung erhalten bleibt, müssen die Verbände der Leistungserbringer entsprechend beteiligt werden.

d. In § 103 Abs. 4 a wird folgender Satz 2 aufgenommen:

*„Ein medizinisches Versorgungszentrum ist zuzulassen, wenn Vertragsärzte im Sinne des Satzes 1 in ausreichender Anzahl im Sinne einer fachübergreifenden Versorgung an dem Versorgungszentrum tätig werden.“*

**Begründung:**

Die Regelung erleichtert den Wechsel von niedergelassenen Ärzten an medizinische Versorgungszentren und damit die Möglichkeit, fachübergreifende Versorgungsformen zu gründen.

## **8. Zu §§ 116 a, 116 b SGB V - Teilöffnung der Krankenhäuser**

Nach Auffassung des BDPK sind die Krankenhäuser für die akutmedizinische Versorgung der Versicherten die Kompetenzzentren. Daher begrüßt der BDPK, dass

über die bereits im Gesetz geregelten Möglichkeiten (§§ 115 a, 115 b, 116 SGB V) der Krankenhäuser zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung hinaus, eine weitere Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante vertragsärztliche Versorgung vorgesehen ist.

Mit den vorgesehenen Regelungen in

- § 116 a SGB V: Ermächtigung der Krankenhäuser auf deren Antrag bei einer Unterversorgung im Vertragsarztbereich,
- § 116 b Abs. 1 SGB V: Einzelverträge zur Erbringung ambulanter Leistungen im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme

und

- § 116 b Abs. 2 SGB V: Einzelverträge zur Erbringung ambulant durchführbarer hochspezialisierter Leistungen sowie zur Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen

können Versorgungslücken in strukturschwachen Regionen geschlossen und die Versorgung der Versicherten sichergestellt werden. Zudem werden dadurch die Möglichkeiten einer sektorübergreifenden Versorgung im Interesse der Patienten verbessert.

#### **a. § 116 a SGB V**

Der BDPK begrüßt, dass in § 100 Abs. 1 SGB V nunmehr geregelt ist, wann eine Unterversorgung anzunehmen und nach § 116 a SGB V vom Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen spätestens festzustellen ist. Die vorgesehene Ausgestaltung der Öffnung berücksichtigt jedoch nicht, dass die Krankenhäuser Planungssicherheit benötigen, um den gesundheitspolitischen Auftrag erfüllen zu können. Nach Auffassung des BDPK muss daher eine Mindestdauer der Ermächtigung gesetzlich geregelt werden. Notwendig ist auch die Regelung der Vergütung und die Information der Krankenhäuser über die festgestellte Unterversorgung durch den Landesausschuss. Die Ermächtigung muss auch als Pflicht geregelt werden.

#### **Änderungsvorschlag:**

§ 116 a SGB V erhält folgende Fassung:

*„Der Zulassungsausschuss ist verpflichtet, zugelassene Krankenhäuser in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Unterversorgung festgestellt hat, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen. Die Ermächtigung gilt zunächst für einen Zeitraum von fünf Jahren, danach kann sie bei einer fortbestehenden Unterversorgung auf Antrag des Krankenhauses jeweils um zwei weitere Jahre verlängert werden. Der Landesausschuss informiert die Krankenhäuser im Planungsbereich über die festgestellte Unterversorgung. § 120 Absatz 1 gilt entsprechend.“*

#### **b. § 116 b Abs. 1 SGB V**

In § 116 b Abs. 1 SGB V muss nach Ansicht des BDPK wie in § 116 a SGB V die Regelung der Vergütung aufgenommen werden.

### **9. Zu § 137 f SGB V - Strukturierte Behandlungsprogramme**

Nach den bisherigen Erfahrungen bei der Einführung der strukturierten Behandlungsprogramme ist festzustellen, dass die medizinische Rehabilitation entgegen der Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion nicht



in ausreichender Weise in die strukturierten Behandlungsprogramme einbezogen wird.

Nach Auffassung des BDPK wird sich die Versorgung chronisch Kranker nicht verbessern, solange die medizinische Rehabilitation auf der Grundlage des SGB IX und der ICF nicht fester Bestandteil der Programme ist. Dabei liegt die Kompetenz und die best verfügbare Evidenz für die Behandlung chronisch Kranker in erster Linie bei den Rehabilitationseinrichtungen.

Nach Ansicht des BDPK muss daher in § 137 f SGB V klargestellt werden, dass die medizinische Rehabilitation auf der Grundlage des SGB IX und der ICF zwingender Bestandteil der strukturierten Behandlungsprogramme ist, um die Versorgung chronisch Kranker auch hinsichtlich der spezifischen Ziele der Rehabilitation nach den §§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX über die engere Krankenversorgung hinaus entscheidend zu verbessern.

## **10. Zu §§ 140 a ff SGB V - Integrierte Versorgung**

Die sektorale Leistungserbringung behindert die medizinischen Behandlungsabläufe und eine wirtschaftliche Leistungserbringung. Sie wird zudem auch den Patientenbedürfnissen nicht gerecht. Die starren sektoralen Grenzen müssen überwunden und die Leistungsbereiche vernetzt werden. Durch das Zusammenwirken aller Leistungserbringer aufgrund eines effizienten Schnittstellenmanagements muss ermöglicht werden, dass der Patient zum richtigen Zeitpunkt die medizinisch notwendige Behandlung in der dafür am besten geeigneten Einrichtung erhält.

Daher begrüßt der BDPK grundsätzlich die vorgesehenen Neuregelungen für die integrierte Versorgung gemäß §§ 140 a ff SGB V, insbesondere die Klarstellung, dass autonome Verträge über die Versorgung der Versicherten außerhalb des Sicherstellungsauftrages nach § 75 Abs. 1 SGB V geschlossen werden können und die Versorgung auf einzelvertraglicher Grundlage und nicht im Rahmen eines kollektivvertraglich vereinbarten Normsystems durchgeführt werden kann. Insgesamt werden durch die Neuregelungen bislang bestehende Hemmnisse abgebaut.

Nach § 140 b Abs. 4 SGB V können Leistungen im Rahmen der integrierten Versorgung auch außerhalb vom Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers erbracht werden. Dieses kann zwar grundsätzlich zu einer Verbesserung der Versorgung führen, Voraussetzung ist jedoch, dass unbedingt die im jeweiligen Versorgungssektor bestehenden Anforderungen an die Qualitätssicherung und das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement beachtet werden.

Nach Auffassung des BDPK kann die Umsetzung der integrierten Versorgung durch eine Anschubfinanzierung wirksam gefördert werden. Für die Krankenhäuser ist jedoch die Budgetbereinigung bei Leistungserbringung im Rahmen der integrierten Versorgung in § 3 Abs. 3 Nr. 1 e) KHEntgG und in § 4 Abs. 2 Nr. 1 e) KHEntgG ausreichend geregelt, um sachgerechte Vereinbarungen auf der örtlichen Vertragsebene zu treffen. Daher lehnt der BDPK die in § 140 d Abs. 1 SGB V vorgesehenen Ausgestaltung der Anschubfinanzierung - pauschaler Einbehalt in Höhe von 1% der Krankenhausvergütung - ab. Zum einen ist der pauschale Abzug

keine Anschubfinanzierung, sondern lediglich eine Umverteilung und zudem Kürzung der Vergütung, da sich für die Krankenhäuser nicht nur der pauschale Abzug ergibt, sondern zusätzlich im Rahmen der Vergütung nach § 140 c Abs. 1 SGB V durch Bereinigung ein weiterer Abzug erfolgt. Hinzu kommt, dass die Krankenhausbudgets im kommenden Jahr nur um 0,02 % (West) bzw. 0,71% (Ost) steigen. Zum anderen ist die vorgesehene unterschiedliche Behandlung der Vertragsärzte und der Krankenhäuser im Hinblick auf den jeweiligen tatsächlich einzubehaltenden Betrag sowie die fehlende Einbeziehung der Krankenkassen nicht sachgerecht. Darüber hinaus müsste der Gesetzgeber selbst die Entscheidung über die konkrete Höhe des einzubehaltenden Betrages regeln. Es fehlt eine Regelung, dass die Mittel lediglich entsprechend des jeweiligen Anteils zur Vergütung nach § 140 c Abs. 1 verwendet werden dürfen. Unklar ist, wie die Vergütung der anderen Leistungserbringer im Rahmen der integrierten Versorgung finanziert werden soll. Da der KV-Bereich nicht mit dem Versorgungsbereich des Krankenhauses übereinstimmen muss, fehlt eine klare regionale Zuordnung der einbehaltenen Mittel. Darüber hinaus fehlt eine Regelung, dass die Krankenhäuser, die sich aus sachlichen Gründen nicht an einer integrierten Versorgung beteiligen können, die einbehaltenen Mittel zeitnah zurück erhalten.

Da der bisherige § 140 g SGB V gestrichen werden soll, entfällt künftig die Möglichkeit der Krankenkasse, aus den erzielten Einsparungen einen mit den Vertragspartnern festzulegenden Anteil für die an der Versorgungsform beteiligten Leistungserbringer und zur Förderung der Versorgungsform zu verwenden. Auch wenn zunächst bei der Einführung der Versorgungsform nicht mit Einsparungen zu rechnen ist, sollte die Regelung grundsätzlich als Anreiz für den Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung bestehen bleiben.

### **11. Zu § 305 Abs. 2 SGB V - Auskünfte an Versicherte**

Nach Auffassung des BDPK muss der den Leistungserbringern entstehende Aufwand für die Ausstellung der „Patientenquittung“ so gering wie möglich gehalten werden. Daher ist die Geltendmachung des Anspruchs durch die Versicherten zeitlich zu befristen und für die Ausgestaltung der „Patientenquittung“ sind Regelungen und Verfahren zu wählen, die bereits vorhanden sind. In Betracht kommt hier die Rechnungstellung an Privatpatienten.

Aus Sicht des BDPK ist abzulehnen, dass die in Satz 1 genannten Leistungserbringer eine von den Versicherten zu zahlende Aufwandspauschale in Höhe von einem Euro erhalten sollen und die Versicherten die Versandkosten übernehmen. Hier ist eine für alle in Absatz 2 genannten Leistungserbringer einheitliche Regelung vorzusehen.

## **II. Nicht im Fraktionsentwurf enthaltene Themenbereiche**

### **1. Klassifikations- und Preissystem für die medizinische Rehabilitation**

Die medizinische Rehabilitation als eigenständige Säule des bundesdeutschen Sozialwesens ist der wesentliche Leistungsbereich ohne ein eigenes gesetzlich geregeltes Instrumentarium zur Preisfindung.

Nach Auffassung des BDPK ergibt sich die Notwendigkeit eines Preissystems für die medizinische Rehabilitation insbesondere aus der Einführung des G-DRG-Systems im Krankenhausbereich, denn dieses birgt die Gefahr der Leistungs- und Kostenverlagerung in den Rehabilitationsbereich ohne eine entsprechende Vergütung in sich. Eine solche Entwicklung träfe vor allem die chronisch Kranken, da für deren Behandlung bei nur begrenzt zur Verfügung stehenden Ressourcen noch weniger Mittel eingesetzt werden könnten. Es ist sicherzustellen, dass innerhalb der Behandlungskette an jeder Stelle die notwendige Leistung bedarfsgerecht erbracht wird.

Die mit der Einführung eines Preissystems für die medizinische Rehabilitation auf der Grundlage eines Klassifikationssystems verbundene Definition der Schnittstelle zwischen Akut- und Rehabilitationsversorgung verhindert nicht nur die Verlagerung von Kosten für akutmedizinische Leistungen in andere Leistungsbereiche, sondern ermöglicht auch, die Kosten in der Gesamtbehandlungskette leistungsgerecht zuzuordnen und fördert somit eine sektorübergreifende Versorgung der Versicherten.

Um dieses zu erreichen, fordert der BDPK die Entwicklung und die Einführung eines Preissystems für die medizinische Rehabilitation auf der Grundlage eines eigenen Klassifikationssystems, das nicht an Diagnosen, sondern an den Richtlinien der WHO zu Impairments (Schädigungen), Disabilities (Fähigkeitsstörungen) und Handicaps (Beeinträchtigungen) orientiert ist.

Da die Entwicklung eines solchen Preissystems Zeit in Anspruch nimmt, fordert der BDPK für die Übergangszeit, dass in § 21 SGB IX eine verbindliche Regelung aufgenommen wird, die sicherstellt, dass eine angemessene Vergütung den bedarfsgerecht, geeigneten und qualifiziert erbrachten Leistungen folgt und dass diese Leistungen tatsächlich nur in geeigneten Einrichtungen erbracht werden. Die Umsetzung dieser Regelung muss in einem Bundesrahmenvertrag nach § 21 Abs. 2 SGB IX erfolgen, der mit den maßgeblichen Verbänden der Leistungserbringer zu vereinbaren ist.

### **Änderungsvorschläge:**

#### **1. Änderung des Neunten Buches Sozialgesetzbuch**

##### **a. Änderung des § 21 Abs. 2**

In Absatz 2 Satz 1 werden

*das Wort „können“ durch das Wort „vereinbaren“ ersetzt,*

*nach den Worten „Rehabilitationsdienste- und Einrichtungen“ folgende Worte eingefügt: „bzw. der für die Wahrnehmung ihrer Interessen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände.“*

*das Wort „vereinbaren“ am Satzende gestrichen.*

#### **Begründung**

Bislang wurden wegen des den Rehabilitationsträgern eingeräumten Ermessensspielraumes keine Rahmenverträge abgeschlossen. Da der Abschluss von Rahmenverträgen jedoch der beabsichtigten Vereinheitlichung dient, wird die Ermessensregelung durch eine verbindlichere Fassung ersetzt. Klarstellend wird geregelt, dass die Rahmenverträge auch mit den für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbänden abgeschlossen werden können.

b. Einfügung eines neuen Absatzes 5 in § 21

Nach § 21 Absatz 4 wird folgender Absatz 5 eingefügt:

*„(5) Die Spitzenverbände der Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1, 3 und 4 und die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände entwickeln als Grundlage der Regelungen nach Absatz 1 Nr. 2 für die Leistungen nach § 5 Nr. 1 gemeinsam ein Patientenklassifikationssystem. Dabei sind für die Kategorisierung des Rehabilitationsbedarfs die International Classification of Functioning, Disability and Health ( ICF ) heranzuziehen. Die Beteiligten nach Satz 1 vereinbaren im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung bis 31.12.2003 in einem Rahmenvertrag nach Absatz 2 das Nähere zur Organisation, Entwicklung, Erprobung und Einführung des Systems. Dabei regeln sie, ab wann und wie lange das entwickelte Patientenklassifikationssystem erprobt wird. Während der Erprobungsphase vereinbaren die Beteiligten nach Satz 1 auf der Basis der erzielten Ergebnisse die Grundsätze der Vergütung (Abs. 1 Nr. 2), die ab dem 01.01.2007 anzuwenden sind. Die Kosten für die Organisation und Entwicklung tragen die in Satz 1 genannten Rehabilitationsträger nach dem Verhältnis der im Jahr 2002 abgeschlossenen medizinischen Leistungen zur Rehabilitation.“*

**Begründung:**

Die medizinische Rehabilitation ist der wesentliche Leistungsbereich im bundesdeutschen Sozialwesen ohne ein eigenes gesetzlich geregeltes Instrumentarium zur Klassifikation der Leistungen und zur Preisfindung.

Die Notwendigkeit zur Entwicklung und Einführung eines solchen Preissystems für die medizinische Rehabilitation auf der Grundlage eines eigenen Klassifikationssystems ergibt sich insbesondere aus der Einführung des Fallpauschalensystems (G-DRG-System) im Krankenhausbereich.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen prognostiziert in seinem Jahresgutachten 2003 einen deutlichen Mehrbedarf an Leistungen in der Rehabilitation, der durch entsprechende finanzielle Ressourcen gedeckt werden muss, wenn Einbußen in der Gewährung von Rehabilitationsleistungen vor allem für chronisch kranke und behinderte Menschen verhindert werden sollen. Als Auswirkung der DRG-Einführung sieht der Sachverständigenrat eine Zunahme der durchschnittlichen medizinischen Fallschwere der Patienten in Rehabilitationseinrichtungen. Durch eine frühzeitigere Entlassung der Patienten aus dem Krankenhaus werden Rehabilitationseinrichtungen dementsprechend vermehrt akutstationäre Aufgaben wahrnehmen müssen. Dies würde – unter Beibehaltung der bisherigen gesetzlichen Befristungsregelungen hinsichtlich der Dauer der Rehabilitationsmaßnahmen – zu Lasten der originären rehabilitativen Versorgung der Patienten gehen.

Eine solche Entwicklung träfe vor allem chronisch kranke und behinderte Menschen, da für deren Behandlung bei nur begrenzt zur Verfügung stehenden Ressourcen noch weniger Mittel eingesetzt werden könnten. Um einer solchen Entwicklung entgegenzuwirken, stellt die Einführung eines Preissystems für die medizinische Rehabilitation auf der Grundlage eines Klassifikationssystems sicher, dass innerhalb der Behandlungskette an jeder Stelle die notwendige Leistung bedarfsgerecht und zielgerichtet erbracht werden kann.

Die mit der Einführung eines Preissystems für die medizinische Rehabilitation auf der Grundlage eines Klassifikationssystems verbundene Definition der Schnittstelle zwischen Akut- und Rehabilitationsversorgung verhindert nicht nur die Verlagerung von Kosten für akutmedizinische Leistungen in andere Leistungsbereiche zu Lasten der Versicherten, sondern ermöglicht auch, die Kosten in der Gesamtbehandlungskette leistungsgerecht zuzuordnen und fördert somit eine sektorübergreifende Versorgung der Versicherten.

Das DRG-System ist methodisch nicht geeignet, die Versorgungsinhalte von Rehabilitation und Pflege angemessen abzubilden. Dies hat in allen Ländern, die DRG-Systeme eingeführt haben, dazu geführt, dass nachfolgend korrespondierende Klassifikationssysteme für die Rehabilitation und Pflege entwickelt und eingeführt wurden.

Nach diesen internationalen Erfahrungen ist das DRG-System überall dort methodisch nicht geeignet, wo die Klassifikation die folgenden Gegebenheiten berücksichtigen muss:

- Versorgung in Einrichtungen mit *langen Verweildauern* ihrer Patienten,
- Patienten mit einem *hohen Aufwand persönlicher Zuwendung* (Pflege, Lebensbegleitung und persönliche Intervention),
- Stark differierende Problem- und Lebenslagen der Nutzer, große Spannweite von Bedarfen und in jeder Hinsicht eine große Heterogenität (auch hinsichtlich der möglichen Leistungserbringung),
- Krankheitsverläufen mit *stark unterschiedlichen Prognosen* (aufsteigende, konstante, phasenhafte, abwärtsgerichtete Krankheitslinien) und zeitlich unterschiedlich hohem Behandlungsm-, Rehabilitations- und Stabilisierungsaufwand,
- umfangreiche Stützungsmaßnahmen des unmittelbaren sozialen Umfeldes der Patienten, z.B. der Angehörigen

Zahlreiche internationale Versuche, entweder die DRG-Systeme so zu verändern, dass sie mindestens in Teilen der Rehabilitation und Pflege Anwendung finden können, sind gescheitert, sodass für diese Bereiche spezielle komplementäre Klassifikationssysteme entwickelt werden mussten. Ursächlich dafür ist, dass die bei DRG-Systemen eingesetzten patientenbezogenen Daten wie Diagnosen, Operationen und Alter im akutstationären Bereich ausreichend gut geeignet sind, um den durchschnittlich zu erwartenden Behandlungsaufwand zu ermitteln. In den Bereichen wie Rehabilitation und Pflege ist dies jedoch nicht der Fall, weil sich der Ressourceneinsatz in diesen Bereichen nicht aus der Diagnose, sondern dem Grad der Teilhabeschädigung und den anzustrebenden Rehabilitationszielen ableitet. Auf der Basis der im Rahmen des DRG-Systems erhobenen patientenbezogenen Daten lassen sich deshalb dafür keine aufwandshomogenen Gruppen bilden. Vielmehr sind im Zusammenhang mit Teilhabestörung und Rehabilitationsziel zusätzliche Daten notwendig, die zwangsläufig ein anderes Codierungssystem und ein von den DRG's abweichendes Klassifizierungssystem bewirken. Die Bundesministerin für Gesundheit hat bereits in einem Schreiben vom 13.3.2001 die Auffassung vertreten, dass DRG-Fallpauschalsysteme ausschließlich auf die Klassifikation akutstationärer Behandlungsfälle ausgelegt sind und deshalb für medizinische Rehabilitationssysteme und die Pflege im internationalen Vergleich gesonderte Fallpauschalsysteme existieren. Auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen stellt in seinem Jahresgutachten 2003, Teil II, ausdrücklich fest, dass die Maßstäbe und Erfahrungen der Akutmedizin nicht ohne

weiteres auf den Bereich der Rehabilitation übertragen werden können (S. 78 f) und spricht sich nachdrücklich gegen zeitinvariante Fallpauschalen oder Komplexpauschalen aus (S. 79 f).

Die Rehabilitationseinrichtungen können ihrer Verantwortung für eine bedarfsgerechte und zielgerichtete Leistungserbringung in geeigneter Form und ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur Sicherung der Qualität der Leistungen nur nachkommen, wenn sie in der Lage sind, eine leistungsbezogene und angemessene Vergütung auf der Grundlage einheitlicher Regelungen zu vereinbaren. Zudem kann durch die Einführung eines Preissystems mit einrichtungsübergreifenden Vergütungsregelungen für die medizinische Rehabilitation auf der Grundlage eines eigenen Klassifikationssystems für diesen Bereich ein Qualitätswettbewerb tatsächlich entstehen.

Um für den Bereich der Rehabilitation eine Fehlentwicklung auszuschließen, werden die Verbände der Rehabilitationsträger und Leistungserbringer verpflichtet, entsprechend den internationalen Erfahrungen nunmehr auch in Deutschland ein Klassifikationssystem für die Rehabilitation zu entwickeln und dabei auf die internationalen Maßstäbe (ICF) sowie international eingeführte Verfahren zurückzugreifen.

Werden die Grundlagen noch in diesem Jahr gelegt, erscheint es möglich, die Entwicklungsarbeiten bis Ende 2005 abzuschließen, sodass das System 2006 ein Jahr erprobt werden und zeitgleich mit dem Termin für die letzte DRG-Phase am 1.1.2007 als Grundlage der Vergütungsverhandlungen zur Verfügung stehen kann.

Die Regelung im Rahmen des SGB IX ist notwendig, weil verschiedene Rehabilitationsträger einbezogen sein müssen. Aus der Kostenverteilung wurden die Kriegsopferversorgung und die Jugendhilfe mit Blick auf die geringen Leistungszahlen bzw. wegen der rückläufigen Aufgabenstellung nach dem BVG ausgenommen.

## **2. Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

### **a. Änderung des § 111 Abs. 1**

Nach § 111 Abs. 1 Satz 1 wird folgender Satz 2 eingefügt:

*„Für Rehabilitationseinrichtungen gilt § 21 SGB IX.“*

### **b. Änderung des § 111 Abs. 5**

*Nach dem Wort „Rehabilitationseinrichtungen“ wird das Wort „leistungsgerecht“ eingefügt.*

### **Begründung:**

Nach § 7 SGB IX sind die Regelungen des SGB IX seit dem 01.07.2001 von allen Rehabilitationsträgern anzuwenden, soweit keine spezialgesetzlichen Vorschriften bestehen. Die für die Rehabilitationsträger danach weitergeltenden Leistungsgesetze sehen zum Teil Vorschriften über den Abschluss von Versorgungsverträgen vor. So sind die Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern im 4. Kapitel des SGB V geregelt (§§ 69 bis 140 h). Diese Regelungen, also auch § 111 SGB V, gelten gegenüber den §§ 17, 19 u. 21 SGB IX vorrangig weiter. Solange § 21 SGB IX daher nicht vorrangig von den gesetzlichen Krankenkassen anzuwenden ist, ist ein Verweis in § 111 Abs. 1 SGB V für eine einheitliche Regelung erforderlich. Gleiches gilt für die Klarstellung, dass die Vergütung leistungsgerecht sein muss, denn die Entwicklung eines Preissystems auf der Grundlage eines Klassifikationssystems nimmt Zeit in Anspruch und die Verlagerungseffekte aus dem Krankenhausbereich

werden mit Beginn der Konvergenzphase des DRG-Systems ab dem 01.01.2005 zunehmen.

## **2. Ambulante Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen**

Der BDPK bedauert, dass im Fraktionsentwurf eine Öffnung der Einrichtungen der Behindertenhilfe und Rehabilitationseinrichtungen nicht mehr vorgesehen wird.

Nach Auffassung des BDPK müssen sich die Rehabilitationskliniken generell an der ambulanten fachärztlichen Versorgung beteiligen können, da gerade in den neuen Bundesländern eine hohe Dichte von Rehabilitationskliniken mit hervorragender personeller und apparativer Ausstattung vorhanden ist und so ein Beitrag zur Lösung der Versorgungsengpässe geleistet werden kann. Dieses kann insbesondere im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen und einer integrierten Versorgung erfolgen, da hierdurch die Möglichkeiten einer sektorübergreifenden Versorgung im Interesse der Patienten verbessert wird.

## **3. Belegarztwesen**

Mit dem Belegarztwesen besteht grundsätzlich eine gute Möglichkeit, die Trennung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung zu überwinden und eine sektorenübergreifende Versorgung zu gewährleisten. Nach Auffassung des BDPK führt jedoch die derzeitige Ausgestaltung der Finanzierung des Belegarztsystems zu erheblichen Problemen, da die getrennte Vergütung der belegärztlichen Leistung aus dem KV-System einerseits und andererseits die gesonderte Berechnung der entsprechenden Krankenhausleistung nach § 8 Abs. 2 Satz 2 KHEntgG einer tatsächlichen Verbesserung der sektorübergreifenden Versorgung entgegen steht.

Mit der Einführung des Fallpauschalensystems soll erreicht werden, dass das „Geld der Leistung“ folgt. Das bereits nach der BPfIV nicht transparente Abschlagsverfahren – pauschale Abschläge von teilweise mehr als 20% bei Belegkrankenhäusern und -abteilungen – wird jedoch im neuen Entgeltsystem fortgeschrieben. Bei der Ermittlung von Basisfallwerten und Relativgewichten erfolgt eine Trennung zwischen Haupt- und Belegabteilung, die Kalkulation der Abschläge ist nicht transparent. Dieses führt zu Wettbewerbsverzerrungen. Gleichzeitig wird durch die getrennte Abrechnung der Leistungen von Belegkrankenhaus und -arzt aus unterschiedlichen Budgets die politisch gewollte Aufhebung der sektoralen Trennung weiter verhindert.

Eine Verbesserung der sektorübergreifenden Versorgung, eine flexiblere Organisation, mehr Wettbewerb und eine erhebliche Vereinfachung des DRG-Systems kann nach Ansicht des BDPK nur dann erreicht werden, wenn die Vergütung der belegärztlichen Leistungen außerhalb des KV-Systems erfolgt, im Fallpauschalenkatalog ein Kostengewicht je DRG eingeführt wird und den Leistungserbringern die Verteilung der Vergütung vorbehalten bleibt. Nach Auffassung des BDPK müssen die Voraussetzungen für diese dringend notwendige Strukturveränderung im Rahmen dieser Gesundheitsreform geschaffen werden.

## **4. Teleradiologie**

Die derzeit geltende Röntgenverordnung sieht in § 3 Abs. 4 lediglich die grundsätzliche Möglichkeit zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung zur Teleradiologie im Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienst vor. Von diesem Grundsatz abweichend kann dann eine Genehmigung, über den Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienst hinaus teleradiologische Anwendungen zu betreiben, erteilt werden, wenn neben den allgemeinen Voraussetzungen ein Bedürfnis im Hinblick auf die Patientenversorgung besteht.

Dies ist nach Ansicht des BDPK eine viel zu enge bürokratische und im Hinblick auf die Entwicklungsmöglichkeiten der Krankenhäuser und die Verbesserung der Versorgung der Versicherten unbefriedigende Regelung, die zudem auch sachlich nicht überzeugend ist. Zudem bleibt es den Gewerbeaufsichtsämtern als zuständige Behörden überlassen, den unbestimmten Rechtsbegriff „Bedürfnis“ zu überprüfen und die Behörde hat selbst bei Bestehen eines solchen Bedürfnisses durch die „Kann-Regelung“ der Genehmigungserteilung noch einen Ermessensspielraum. Daher fordert der BDPK eine Novellierung der Röntgenverordnung dahin gehend, dass das Betreiben von teleradiologischen Einrichtungen zeitlich unbefristet ermöglicht wird.

### **Änderungsvorschlag:**

§ 3 Abs. 4 RöV erhält folgende Fassung:

*„Für eine Genehmigung zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung zur Teleradiologie müssen zusätzlich zu Absatz 2 und 3 folgende Voraussetzungen erfüllt sein:*

*Es ist gewährleistet, dass*

- 1. Eine Person nach § 24 Abs. 1 Nr. 1, die sich nicht am Ort der technischen Durchführung der Untersuchung befindet, nach eingehender Beratung mit dem Arzt nach Nr. 3 die rechtfertigende Indikation nach § 23 Abs. 1 für die Anwendung von Röntgenstrahlung am Menschen stellt, die Untersuchungsergebnisse befundet und die ärztliche Verantwortung für die Anwendung der Röntgenstrahlung trägt,*
- 2. die technische Durchführung durch eine Person nach § 24 Abs. 2 Nr. 1 oder 2 erfolgt,*
- 3. am Ort der technischen Durchführung ein Arzt mit den erforderlichen Kenntnissen im Strahlenschutz vorhanden ist, der insbesondere die zur Feststellung der rechtfertigenden Indikation erforderlichen Angaben ermittelt und an die Person nach Nr. 1 weiterleitet sowie den Patienten aufklärt,*
- 4. die Person nach Nr. 1 mittels Telekommunikation unmittelbar mit den Personen nach Nr. 2 und 3 in Verbindung steht,*
- 5. die elektronische Datenübertragung dem Stand der Technik entspricht und eine Beeinträchtigung der diagnostischen Aussagekraft der übermittelten Daten und Bilder nicht eintritt und*

*Die Genehmigung zum Betrieb einer Röntgeneinrichtung zur Teleradiologie kann auf den Nacht- und Wochenenddienst beschränkt werden, wenn ein weitergehendes Bedürfnis im Hinblick auf die Patientenversorgung nicht besteht.“*

### **Begründung:**

Durch die vorgeschlagene Änderung werden die bürokratischen Hemmnisse abgebaut, ohne die Strahlenschutzbelange zu vernachlässigen.

Nach Ansicht des BDPK ist nicht erforderlich, dass ein über einen Fachkundenachweis verfügender Arzt binnen einer Frist von einer Stunde am Ort der



technischen Durchführung erreichbar ist, ebenso ist die kurzfristige Anwesenheit eines Arztes mit Fachkundenachweis im Strahlenschutz vor Ort nicht erforderlich. Im Fall eines **technischen Notfalls**, z. B. eines defekten Gerätes, muss ohnehin ein Techniker vor Ort sein. Für **nicht „strahlenspezifische“ Notfälle** ist ein mit einem entsprechenden Fachkundenachweis versehener Arzt ohnehin nicht erforderlich, z. B. im Fall eines Sturzes des Patienten von der Untersuchungsliege, im Falle plötzlich auftretender Herz-Kreislauf-Probleme usw. Überdies ist in solchen Fällen eine Reaktionszeit von ca. einer Stunde ohnehin viel zu lang. Die Röntgenverordnung berücksichtigt außerdem nicht, dass am Ort der technischen Durchführung ohnehin ein sachkundiger Arzt anwesend ist. Findet die technische Durchführung in einem Krankenhaus statt, so ist ohnehin für kompetente ärztliche Betreuung gesorgt. Somit sind keine Notfälle denkbar, in denen es eines mit einem Fachkundenachweis versehenen Arztes am Ort des Geschehens bedürfte.

Die einschränkende Regelung in der Röntgenverordnung soll „einer überregionalen Ausweitung teleradiologischer Kommunikationssysteme entgegenwirken“, die persönliche Kontakte zwischen dem Arzt mit der erforderlichen Fachkunde im Strahlenschutz und dem Arzt am Ort der Untersuchung zum Nachteil des Patienten ausschließen könnte. Dieses ist nur dann richtig und zulässig, wenn aus einer gewissen räumlichen Nähe auf das Vorhandensein eines persönlichen Kontaktes geschlossen werden kann. Dies mag zwar gelegentlich so sein, ist jedoch nicht zwingend. Überdies lässt sich z. B. durch die Verpflichtung zur Errichtung einer Videokonferenzanlage ein ähnliches Ergebnis erzielen.

Sofern die Röntgenverordnung darüber hinaus abstrakt einer „überregionalen Ausweitung teleradiologischer Kommunikationssysteme“ entgegenwirken soll, ist dies kein zulässiges Ziel der Röntgenverordnung. Es ist nicht erkennbar, inwieweit überregionale teleradiologische Strukturen einer optimalen Patientenversorgung im Wege stehen und die Gefahr unnötiger Untersuchungen heraufbeschwören. Das Gegenteil ist richtig: Durch die Bündelung der Kompetenz zur Indikationsstellung und zur Befundung auf hochqualifizierte Zentren wird die Qualität der Patientenversorgung in entscheidender Weise gesteigert. Teleradiologie dient gerade auch in überregionalen Strukturen dazu, die Qualität der Patientenversorgung sicherzustellen. Allein durch den quantitativen Anstieg der Indikationsstellungen und Befundungen an dafür spezialisierten Instituten wird die Einführung der Teleradiologie für einen Qualitätssprung bei den bildgebenden Verfahren sorgen.

Der BDPK hält aus den o.g. Gründen auch die Beschränkung der Teleradiologie auf den Nacht- und Wochenenddienst für ungeeignet. Die bisherige beschränkte Zulassung wird vor Ort zu erheblichen praktischen Problemen aufwerfen. So sind Fälle denkbar, in denen durch die teleradiologische Versorgung eine Indikationsstellung und Befundung durch hochqualifizierte Spezialisten an einem größeren Institut gegeben ist, im Normalfall aber eine Indikationsstellung und Befundung durch weniger spezialisierte Radiologen vor Ort erfolgen wird. Dies ist Patienten kaum zu vermitteln. Es ist nicht einsichtig, weshalb mittags eine Befundung von einem „normalen“ Radiologen durchgeführt wird, während abends und am Wochenende hierfür ein möglicherweise hochqualifizierter Spezialist eines überörtlichen Zentrums zur Verfügung steht. Zum anderen ist das Kriterium des Bedürfnisses im Hinblick auf die Patientenversorgung in seinen Konturen völlig unklar. So lässt sich z. B. mit sehr guten Gründen vertreten, dass jede Form der qualifizierteren Patientenversorgung bei gleichbleibenden Kosten ein Bedürfnis ist.

Dies muss gerade vor dem Hintergrund geltend, dass die Röntgenverordnung dem Patienten dienen und ihn schützen soll. Zur Abgrenzung derjenigen Fälle, in denen die Teleradiologie lediglich einem Gewinnstreben bestimmter Beteiligter dient, ist die vom BDPK vorgeschlagene Formulierung völlig ausreichend.

### **III. Artikel 13 und 14: Änderung der BPfIV und des KHEntgG**

Der BDPK begrüßt, dass in § 6 Abs. 5 BPfIV und § 4 Abs. 13 u. 14 KHEntgG Regelungen zur Finanzierung der Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen in den Krankenhäusern vorgesehen sind.

Da im Entwurf jedoch noch keine konkreten Beträge vorgesehen sind, kann zur Zeit nicht beurteilt werden, ob für den Fall der Umsetzung der EuGH-Rechtsprechung genügend Mittel zur Verfügung gestellt werden sollen.



Verband der  
Krankenversicherten  
Deutschlands e.V.

VKVD Postanschrift

Bleibtreustraße 24  
10707 Berlin  
Telefon 0 30 - 88 62 52 87  
Telefax 0 30 - 88 62 53 26  
e-mail buero@vkvd.de  
Internet www.vkvd.de

Herrn  
Klaus Kirschner  
Vorsitzender des  
Ausschuss für Gesundheit  
Deutscher Bundestag  
Platz der Republik

11011 Berlin

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0273(26)  
vom 19.09.03  
  
15. Wahlperiode**

18.09.2003

### **Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung zum GMG am 22.09.2003**

Sehr geehrter Herr Kirschner,

vielen Dank für die Einladung zur Anhörung und die Möglichkeit einer Stellungnahme.

Der Verband der Krankenversicherten Deutschlands e. V., VKVD stellt fest, dass im Entwurf „eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV Modernisierungsgesetz - GMG)“ eine große Zahl der Forderungen des VKVD umgesetzt wurden, aber auch einige Teile zu erheblichen Ungerechtigkeiten für die Versicherten führen oder unverständlich sind. Dies betrifft folgende Punkte:

#### **1. Patientensouveränität:**

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Stärkung der Souveränität der Versicherten und Patienten begrüßen wir sehr und sehen darin einen ersten Schritt, sie in die Entscheidungsprozesse mit einzubinden und dadurch besser ihre Bedürfnisse zu berücksichtigen und die Eigenverantwortung zu stärken.

Wir dürfen Sie jedoch bitten, im Gesetzestext des GMG, z. B. im § 140 f und g, sowie im Begründungstext, den Begriff „Patientenvertreter“ durch „Krankenversichertenvertreter“ zu ersetzen. Die beiden Begriffe haben unterschiedliche Bedeutungen. Unter einem Patientenvertreter wird in erster Linie ein Vertreter eines Patienten-, Behinderten- oder Selbsthilfeverbandes, wie z. B. Deutscher Diabetikerbund, Rheumaliga, etc., verstanden, die nur die Interessen ihrer Mitglieder zur Verbesserung ihrer Krankheitsversorgung vertreten.

Ein Versichertenvertreter dagegen muss die Interessen aller Versicherten und der Patienten krankheitsunabhängig vertreten. Dies soll keinesfalls die Berechtigung und Arbeit der Patienten- oder Selbsthilfeorganisation, welche für die einzelnen Indikation unverzichtbar sind, in Frage stellen.

## **2. Zahnersatz:**

Die Leistungen im § 30 SGB V wurden gestrichen. Die Versicherten haben keinen Anspruch mehr auf medizinisch notwendigen Zahnersatz, einschließlich zahnärztliche Behandlung, zahntechnische Leistungen und Zahnkronen. Das bedeutet, dass der Versicherte diese Leistungen selbst bezahlen muss.

Für bestimmte einkommensschwache Patientengruppen (unzumutbare Belastung) können jedoch Festbeträge für Zahnersatz von der Krankenkasse bezahlt werden (§ 55) nach einer definierten Regelversorgung (§ 56) und für einen monatlichen Beitrag an die Krankenkasse der vom Versicherten allein zu bezahlen ist, außer sie können eine private Versicherung nachweisen (§58).

Für die Versicherten ist der Gesetzestext völlig unverständlich. Es ist unklar:

- a. welche Kosten auf ihn zukommen
- b. ob und wenn ja nach welcher Gebührenordnung Zahnersatz abgerechnet wird
- c. ob er bei der GKV, auch ohne zu der einkommensschwachen Patientengruppe zu zählen, durch einen monatlichen Beitrag Festbeträge und Regelversorgung in Anspruch nehmen darf
- d. wie hoch die Festbeträge sind, welche Anteile von der Krankenkasse erstattet werden und welchen Umfang die Regelversorgung hat.

## **3. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel:**

Der Ausschluss von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel aus der Versorgung widerspricht dem § 2 SGB V Absatz (1) Satz 2: Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen. Danach müssen homöopathische, natürliche und anthropologische Arzneimittel ordnungsfähig bleiben, auch wenn sie wegen geringer Nebenwirkungen nicht verschreibungspflichtig sind. Des weiteren geben wir zu bedenken, dass auch Mittel zur par- bzw. enteralen Ernährung, sowie spezielle Infusionslösungen zu den nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel zählen und somit vom Patienten selbst getragen werden müssen. Dies halten wir für unzumutbar.

## **4. Kosten für Hilfsmittel:**

Die Kostenübernahme für Hilfsmittel ( § 33 ), nach der Durchschnittsberechnung die im § 127 Absatz 3 festgelegt ist, kann zu einem erheblichen finanziellen Nachteil für die Patienten werden. Danach müssen Versicherte „in für sie zumutbarer Weise mit Hilfsmittel versorgt werden“ und unter Umständen die Differenz zwischen Abgabepreis und Durchschnittspreis selbst bezahlen. Es ist völlig unklar was unter „zumutbarer Weise“ verstanden wird.

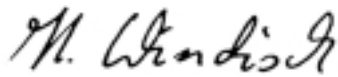
## **5. Zuzahlungen:**

Im § 61 heißt es im Satz drei: „Bei Heilmittel und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 von Hundert der Kosten sowie 10 € pro Verordnung.“ Dies würde zu einer doppelten Belastung der Versicherten führen und sollte klarer und verständlicher formuliert werden.

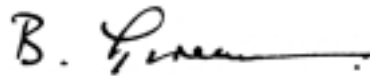
**6. Gesetzestexte:**

Die neuen Gesetzestexte sind so kompliziert geschrieben, dass ein auch durchschnittlich gebildete Versicherter sie nicht verstehen kann und nicht mehr durchblickt. Vielfältige Vertragsmöglichkeiten, unterschiedliche Zuzahlungen, komplizierte Berechnung von Belastungsgrenzen, Bonus- und Selbstbehaltregelungen, Kostenbeteiligungen bei Heil- und Hilfsmittel, Zahnersatzregelungen, welcher normaler Mensch versteht noch seine Rechte und Pflichten?

Mit freundlichen Grüßen  
Ihre



Heinz Windisch  
Präsident



Bernd Spreemann  
Vizepräsident

# PSYCHOTHERAPIEVERBÄNDE GESPRÄCHSKREIS II

SITZUNGSPRÄSIDENTIN: DR. HELGA SCHÄFER

VERBAND PSYCHOLOGISCHER PSYCHOTHERAPEUTEN IM BDP E. V.  
Glinkastr. 5 - 7 • 10117 Berlin

Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung  
Vorsitzender : Herr Klaus Kirschner

Platz der Republik 1  
**11011 Berlin**

**KORRESPONDENZADRESSE:**

Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (VPP) im BDP e.V.  
Bundesgeschäftsstelle :  
Glinkastr. 5 - 7  
10117 Berlin  
Mo, Di, Do u. Fr: 11.00 - 13.00 h  
Tel.: 030 / 20 63 99 - 0  
Fax: 030 / 20 63 99 -12  
e-mal: info@vpp.org

Berlin, den 17. 09. 2003

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0273(27)  
vom 19.09.03  
  
15. Wahlperiode**

## **Stellungnahme des GKII zur Anhörung des Gesundheitsausschusses am 22.9.03 zum GMG**

Ergänzend und unterstützend zur Stellungnahme der Bundes-Psychotherapeuten-Kammer vom 9. September 2003, die dem Gesundheitsausschuss bereits vorliegt, stellen die im GK II zusammengeschlossenen Verbände der Psychotherapeuten fest:

- I. Die Repräsentanz der Psychotherapeuten in den Gremien von KVen und der KBV ist durch die neuen gesetzlichen Regelungen gegenüber dem Ist-Zustand verschlechtert:**

Begründung:

1. Artikel 1, § 80 lautet jetzt:

*„(1) Die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen wählen in unmittelbarer und geheimer Wahl die Mitglieder der Vertreterversammlung. Die Wahlen erfolgen nach den Grundsätzen der Verhältniswahl aufgrund von Listen- und Einzelwahlvorschlägen. **Die Psychotherapeuten wählen ihre Mitglieder der Vertreterversammlung entsprechend Satz 1 und 2 mit der Maßgabe, dass sie höchstens mit einem Zehntel der Mitglieder in der Vertreterversammlung vertreten sind.** Das Nähere zur Wahl der Mitglieder der Vertreterversammlung,*

*einschließlich des Anteils der übrigen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen bestimmt die Satzung.“*

Dieser Paragraph legt eine inakzeptable Obergrenze und implizit fest, dass die Psychotherapeuten getrennt von allen anderen Mitgliedern der KV wählen müssen. Dies ist der Integration nicht förderlich sondern verhindert gemeinsame Listen mit anderen Arztgruppen.

Außerdem ist nicht mehr explizit geregelt, dass die Psychotherapeuten entsprechend der Zahl ihrer Mitglieder in der KV repräsentiert sein müssen.

Unsere Forderung:

Am angemessensten wäre die völlige Streichung dieses Satzes. Die getrennte Wahl und die Obergrenze sind nicht nur überflüssig, sondern außerdem diskriminierend.

2. Absatz1a des § 80 lautet jetzt:

*„(1a) Der Vorsitzende und jeweils ein Stellvertreter des Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigungen sind Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. Die Mitglieder der Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen wählen in unmittelbarer und geheimer Wahl aus ihren Reihen die weiteren Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen. Absatz 1 gilt entsprechend mit der Maßgabe, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechend ihrem jeweiligen Anteil ihrer Mitglieder an der Gesamtzahl der Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen berücksichtigt werden*

Der Verweis auf Absatz 1 bedeutet für die Psychotherapeuten den Bezug zu der 10-prozentigen Obergrenze auch in der KBV-VV.

Nach neuesten Informationen aus der KBV wird § 80 von der KBV folgendermaßen ausgelegt: da 34 Mitglieder der neuen VV geborene Mitglieder in der neuen VV sind, werden sie auch nicht gewählt. Es bleiben 26 weitere Mitglieder der neuen VV. **Hiervon** müssten 10% Psychotherapeuten sein! Das würde bedeuten, dass maximal 2 von 60 Mitgliedern der VV in der KBV Psychotherapeuten sein können, da keinerlei Chance besteht, dass ein Psychotherapeut einen Vorstandssitz erhält oder von einer KV-VV benannt würde. Dies ist ein eklatantes und unangemessenes Missverhältnis, das nicht mit einer adäquaten Repräsentanz in Einklang steht.

Der Bezug zu Absatz 1 bedeutet außerdem, dass keine Untergrenze der Repräsentanz festgelegt ist sondern durch die KBV per Satzung definiert werden kann. Hier muss der Gesetzgeber klarstellen, welche Repräsentanz er sich wünscht.

Unsere Forderung:

In § 80 Absatz 1a muss der Satz eingefügt werden:

„In der VV der KBV sind die Psychotherapeuten entsprechend ihrem Anteil an den Mitgliedern der KVen bezogen auf die Gesamtzahl der Mitglieder in der KBV-VV vertreten.“

3. in Artikel 2 § 79 wird ferner die Anzahl der Vorstandsmitglieder auf 3 begrenzt. Obwohl in den KVen und insbesondere in der KBV die Bereitschaft bestand, auch einen Psychotherapeuten in dem 5-köpfigen Vorstand vorzusehen, ist damit diese Möglichkeit verbaut.

Unsere Forderung:

Der KBV und den KVen soll wenigstens die Möglichkeit gegeben werden, durch Satzungsregelung die Anzahl der Vorstandsmitglieder auf 5 zu erhöhen.

## **II. Der Zugang zu Psychotherapie für Patienten wird erschwert**

Begründung:

Da die psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten keine Überweisungen machen dürfen, wären deren Patienten bei der Notwendigkeit eines späteren Arztbesuchs gezwungen, weitere 10 € zu bezahlen. Diese Zuzahlungsregelung stellt für Psychotherapie - Patienten dann eine besondere Härte dar, wenn sie ohne Überweisung zum Psychotherapeuten kommen, was viele aus Diskretionsgründen tun.

Unsere Forderung:

Da die Schwelle, zum Psychotherapeuten ohnehin hoch ist, sollen keine weiteren Hürden eingebaut werden.

## **III. Die Einbeziehung der Fachkompetenz der Psychotherapeuten bei der Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus ist bisher im Gesetz versäumt.**



Unsere Forderung:

Um diesem Versäumnis abzuhelpfen, muss für die Bundespsychotherapeutenkammer ein Antragsrecht wie für die Bundesärztekammer eingeführt werden.

#### **IV Psychotherapeuten sind bisher nicht explizit in die Regelungen zum elektronischen Datenverkehr einbezogen.**

Unsere Forderung:

Der Gesetzgeber sollte hier explizit feststellen, dass Psychotherapeuten im Absatz 291a Abs. 4 Nr. 1 und 2 SGB V einbezogen sind. Die gleichberechtigte Leistungserbringung durch Psychotherapeuten wäre ohne eine entsprechende Regelung unbegründeterweise erschwert.

Entsprechend sollte auch im § 291a Abs. 7 die Bundespsychotherapeutenkammer als eine Institution aufgeführt werden, die bei Fragen des Datenschutzes einzubeziehen ist.

#### **V Die Chance für lange notwendige Reformen der psychotherapeutischen Versorgung für Kinder und Jugendliche wird verpasst:**

Begründung: Die psychotherapeutische Versorgung mit Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie ist nicht sicher gestellt.

Unsere Forderung:

Eine getrennte Bedarfsplanung für Erwachsenen-Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten würde diesen Mangel mildern. Trotz jahrelanger Forderungen nach einer solchen Regelung verstreicht mit dieser Reform wieder eine Chance, eine unbedingt notwendige gesetzliche Regelung zu erlassen.

#### **Zusammenfassend ist festzustellen:**

Die vom Gesetzgeber durch das Psychotherapeutengesetz vor wenigen Jahren auf den Weg gebrachte Integration der Psychotherapeuten wird durch die gefundenen Regelungen nicht gefördert, sondern z.T. erschwert und z.T. unmöglich gemacht.

Der GKII hat sich im gesamten Gesetzgebungsverfahren mit vielen Vorschlägen dazu eingebracht, wie die psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung und die Repräsentanz der Psychotherapeuten in allen Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung verbessert werden kann. Davon ist im Gesetzentwurf fast nichts aufgegriffen worden.

Wir Psychotherapeuten müssen feststellen: durch diesen Gesetzentwurf wird die Integration der Psychotherapeuten gegenüber dem Ist-Zustand sogar noch verschlechtert und wird nicht gelingen. Dies wird Auswirkungen auf die psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung haben, denn der Sachverstand der Psychotherapeuten wird in Zukunft in den entsprechenden Gremien nicht oder kaum mehr vorhanden sein.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, reading 'Helga Schäfer'. The script is cursive and fluid, with the first name 'Helga' and the last name 'Schäfer' clearly distinguishable.

Dr. Helga Schäfer  
(derzeitige Sitzungspräsidentin)

## Verbände Gesprächskreis II :

Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation e.V. (**AVM**)  
Arbeitsgemeinschaft Psychotherapeutischer Fachverbände (**AGPF**)  
Berufsverband der approbierten Gruppenpsychotherapeuten (**BAG**)  
Berufsverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V. (**BKJ**)  
Bundesverband der Krankenhauspsychotherapeuten (**BVK-P**)  
Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (**BVVP**)  
Bundesvereinigung Verhaltenstherapie im Kindes- und Jugendalter e.V. (**BVKJ**)  
Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie e.V. (**DFT**)  
Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie (**DVT**)  
Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie (**DGAP**)  
Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologie (**DGAPT**)  
Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie (**DGIP**)  
Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (**DGPT**)  
Deutsche Gesellschaft für Psychologie (**DGPs**)  
Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und –forschung (**DGPSF**)  
Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung e.V. (**DGfS**)  
Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (**DGVT**)  
Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (**DPG**)  
Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (**DPV**)  
Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie (**DPGG**)  
Gesellschaft für Neuropsychologie (**GNP**)  
Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (**GwG**)  
Gesellschaft zur Förderung der Methodenvielfalt in der Psychologischen Psychotherapie e.V. (**GMVPP**)  
Milton Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose (**M.E.G.**)  
Neue Gesellschaft für Psychologie (**NGfP**)  
Sektion Analytische Gruppenpsychotherapie im **DAGG** (Deutscher Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik)  
Verband für Integrative Verhaltenstherapie (**VIVT**)  
Verband Psychologischer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im BDP e.V. (**VPP**)  
Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (**VAKJP**)

## Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)

\*\*\*\*\*

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0273(28)  
vom 19.09.03  
  
15. Wahlperiode**

### **Stellungnahme des Hartmannbundes – Verband der Ärzte Deutschlands anlässlich der Anhörung im Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung des Deutschen Bundestages am 22.09.2003**

Das vorliegende Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) weist einige zu begrüßende Reformansätze auf.

Insgesamt wird das Hauptziel, welches eigentlich erreicht werden sollte, jedoch klar verfehlt.

Es gelingt mit dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht, eine nachhaltige Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung langfristig sicherzustellen.

Es bedarf insgesamt einer Neugewichtung der Parameter Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität, um die solidarischen Kernelemente unseres Gesundheitswesens zu erhalten.

Die Umsetzung des vorliegenden Entwurfs wird vielmehr zu einer weiteren Verschlechterung der Arbeitsbedingungen aller im Gesundheitswesen Beteiligten, einer Ausweitung der rezessiven Wirtschaftssituation auf den bisherigen Aktivposten „Arbeitsmarkt Gesundheitswesen“ sowie einer schleichenden Rationierung von Gesundheitsleistungen führen.

Statt einen auf die Ergebnisse der Konsensverhandlungen aufbauenden Gesetzentwurf vorzulegen – woran der Hartmannbund ausgegangen ist – hat das Bundesministerium für Gesundheit und Soziales bedauerlicherweise lediglich eine Modifizierung der bisherigen Arbeitsentwürfe eingebracht.

Im Kern führt das Gesetz zu einer Vielzahl neuer bürokratischer Regelungen und Verwaltungsvorschriften und der Schaffung neuer staatlicher Institutionen. Diese werden mit einem weiteren Anwachsen der Bürokratie und erheblichen damit einhergehenden Verwaltungskosten verbunden sein.

Dadurch werden weite Teile der erhofften Sparerfolge des Gesetzes sowie daraus resultierender Beitragsentlastungen für die Versicherten schon im Ansatz wieder zunichte gemacht.

Der Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e.V. - beschränkt sich im folgenden bei seiner Darstellung auf die aus Sicht der Ärzteschaft besonders bedenklich erscheinenden Punkte, bei denen es im Interesse der Patienten dringend einer entsprechenden Nachbesserung bedarf.

## 1. Praxisgebühr

Nach § 61 in Verb. mit § 28 SGB V soll entsprechend dem vorliegenden Gesetzentwurf bei ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung eine Praxisgebühr von 10 € je Quartal und Behandlungsfall entrichtet werden. Erfolgt die Behandlung auf Überweisung, entfällt die Zuzahlung. Für Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen nach § 22 SGB V, für Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 SGB V sowie für Schutzimpfungen fallen grundsätzlich keine Praxisgebühren an.

Grundsätzlich begrüßt der Hartmannbund eine stärkere Selbstbeteiligung und Eigenverantwortung der Versicherten.

Aus Sicht des Hartmannbundes stellt eine prozentuale, sozial verträglich ausgestaltete Selbstbeteiligung des Versicherten an sämtlichen Kosten der Behandlung (z. B. in Höhe von 10%) ein wesentlich besseres Steuerungsinstrument dar, als eine pauschale Praxisgebühr.

Eine Praxisgebühr in der vorgesehenen Form lehnt der Hartmannbund jedoch ab. Insbesondere die vorgesehenen Modalitäten des Einzuges der Praxisgebühr durch die Arztpraxis sind zu verwerfen. Dieses Verfahren führt zu einer weiteren Belastung der niedergelassenen Ärzte und zu einem ungerechtfertigten Verwaltungsmehraufwand.

Der Hartmannbund fordert deshalb, den Einzug der Praxisgebühr durch die gesetzlichen Krankenkassen vornehmen zu lassen.

Der Einzug einer Praxisgebühr durch die Einzelpraxis des Arztes widerspricht ordnungspolitisch dem System eines Kollektivvertrages und ist ein originärer Verwaltungsakt der gesetzlichen Krankenversicherung. Der eingezogene Betrag von 10 € durch die Arztpraxis, abzüglich der hierauf entfallenen Verwaltungskosten, die das Arzthonorar pro Patient mindern, wird so zu einem kontraproduktiven Steuerungsinstrument.

## 2. Ost-West-Angleichung

Der Hartmannbund begrüßt grundsätzlich die längst überfällige Anpassung des Einkommensniveaus in den neuen Bundesländern. Der Verband hat dies seit der Einheit Deutschlands konsequent gefordert und immer wieder in entsprechende Resolutionen eingebracht.

Nach § 85 SGB V im vorgelegten Gesetzentwurf sollen bis Ende 2006 die Einkünfte aus vertragsärztlicher Tätigkeit in den neuen und alten Ländern angeglichen werden. Das dafür erforderliche Finanzvolumen soll durch eine moderate Absenkung der ärztlichen Vergütung in den alten Ländern bereitgestellt werden.

Die Anhebung der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in den neuen Bundesländern kann nicht durch Umschichtung verbunden mit Vergütungsentzug in den alten Bundesländern erreicht werden.

Verteilungsgerechtigkeit kann nur dadurch erzielt werden, indem im Sinne der Förderung einer Leistungsbereitschaft das Niveau in den neuen Bundesländern auf das Niveau in den alten Bundesländern angeglichen und gleichzeitig das Vergütungsniveau insgesamt entsprechend der gesellschaftspolitischen Herausforderungen und der Morbiditätsentwicklung schrittweise angehoben wird.

Es erscheint dem Hartmannbund deshalb notwendig, durch konsequente Einführung eines Kostenerstattungssystems mit sozial verträglicher Selbstbeteiligung, die eine Vergütung in Euro- und Cent- Beträgen vorsieht, eine in beiden Teilen Deutschlands wirksame Anhebung des Vergütungsniveaus zu erlangen.

Mit dem nunmehr beabsichtigten Verfahren soll unter Ausnutzung der Intransparenz im Vergütungsgeschehen und unter Inkaufnahme einer Leistungsschwächung in den alten Bundesländern eine Vergütungsanhebung in den neuen Bundesländern erreicht werden. Der Hartmannbund hält dieses Verfahren eines Sonderopfers einer einzelnen Berufsgruppe für verfassungsrechtlich bedenklich, da hier eine Berufsgruppe Sonderregelung unterworfen wird.

Die niedergelassenen Ärzte leisten, wie alle Bürger, einen 7,5 %igen Solidaritätsbeitrag. Der Verband behält sich eine diesbezügliche verfassungsrechtliche Prüfung vor.

### 3. Medizinische Versorgungszentren

Nach § 95 SGB V sollen im vorgelegten Gesetzentwurf medizinische Versorgungszentren zukünftig zugelassen werden. Diese Einrichtungen sollen sich durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von ärztlichen und nichtärztlichen Heilberufen auszeichnen, die dem Patienten eine Versorgung aus einer Hand anbieten.

Medizinische Versorgungszentren sollen unternehmerisch geführt und von zugelassen Leistungserbringern gebildet werden. Dabei können Freiberufler und Angestellte in diesen Zentren tätig sein.

Der Hartmannbund begrüßt mehr Flexibilität in der Kooperation im vertragsärztlichen Bereich. Eine Fremdbestimmung durch nichtärztliche Kapitaleigner mit Einschränkung der ärztlichen Berufsfreiheit wird allerdings strikt abgelehnt.

Aus Sicht des Hartmannbundes sind medizinische Versorgungszentren ein sinnvoller Ansatz zu mehr Kooperation und Integration in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Allerdings nur insoweit, wie sie unter der wirtschaftlichen Verantwortung, also auch Finanzierung und Leitung von **freiberuflich** tätigen niedergelassenen Ärzten stehen.

Die Vorteile und Leistungsfähigkeit eines freiberuflichen Systems gegenüber vergleichbaren staatlichen Systemen mit wechselnden behandelnden Ärzten, schlechterem Service und Wartelisten sind allgemein bekannt.

Fremdinteressen von Kapitalgebern wie z. B. Krankenhausketten, Trägern von Dialysezentren, Versandapotheken usw. dürfen die Interessen der Patienten und behandelnden Ärzte nicht gefährden.

Die Bildung medizinischer Versorgungszentren darf dem Grundsatz einer flächendeckenden, gleichförmigen und wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung nicht zuwiderlaufen.



#### 4. Integrierte Versorgung

Durch Neuregelung des § 140a SGB V soll die integrierte Versorgung gestärkt und weiterentwickelt werden. Es ist beabsichtigt, juristische und ökonomische Hemmnisse so zu beseitigen, dass zusätzliche Anreize zur Vereinbarung integrierter Versorgungsverträge geschaffen werden.

Die vertragsärztliche Tätigkeit soll in diesen Fällen außerhalb des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigung erfüllt werden. Zudem sollen Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, entsprechende Verträge auch mit medizinischen Versorgungszentren abzuschließen.

Der Hartmannbund begrüßt die Förderung der integrierten Versorgung grundsätzlich. Zugleich ist jedoch davor zu warnen, dass eine Aushöhlung des Kollektivvertragssystems durch die Hintertür realisiert wird.

Problematisch erscheint dem Hartmannbund die Herausrechnung eines Vergütungsanteils von bis zu 1% der Gesamtvergütung und der Krankenhausvergütung in den jeweiligen Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Kürzung der zur Verfügung stehenden Mittel im Rahmen der Gesamtvergütung führt zu einer Benachteiligung der nicht an der integrierten Versorgung teilnehmenden Ärzte.

Darüber hinaus ist die Schaffung eines neuen Budgets für die integrierte Versorgung nach Auffassung des Hartmannbundes kontraproduktiv für die Zielsetzung, die Schnittstellenproblematik, die im wesentlichen Ausdruck der sektoralen Abschottung im deutschen Gesundheitswesen ist, zu überwinden. Die sektorale Budgetierung verhindert eine leistungsgerechte und effiziente Allokation der knappen Mittel.

Das Prinzip „Geld folgt der Leistung“ kann nur dann effektiv umgesetzt werden, wenn sämtliche bestehenden Budgetierungen aufgehoben werden.

## 5. Teilöffnung der Krankenhäuser

Die nach § 116 SGB V beabsichtigte Teilöffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen soll verknüpft werden mit einer Teilöffnung zur ambulanten Versorgung bei Unterversorgung im entsprechenden Fachgebiet, solange die Kassenärztliche Vereinigung ihren Sicherstellungsauftrag nicht erfüllt.

Der Hartmannbund warnt in diesem Zusammenhang vor einer weitgehenden institutionellen Ermächtigung der Krankenhäuser für die Versorgung mit ambulanten fachärztlichen Leistungen. Diese Maßnahme führt im Ergebnis zur Gefährdung der freien Arztwahl des Patienten und der wohnortnahen, flächendeckenden und gleichförmigen Versorgung.

Der Hartmannbund fordert stattdessen den Ausbau und die Förderung der persönlichen Ermächtigung von Krankenhausärzten zur Erbringung von ambulanten fachärztlichen Leistungen, dort wo es sinnvoll und notwendig ist, sowie eine Stärkung des Belegarztwesens.

Diese Instrumente bieten eine sinnvolle Umsetzungsoption für mehr Kooperation zwischen dem ambulanten und stationären Sektor und ermöglichen eine bedarfsgerechte Einbindung von Krankenhäusern in die Versorgung mit hoch spezialisierten ambulanten Leistungen bei freier Arztwahl für die Versicherten.

Eine Gleichheit der Wettbewerbsvoraussetzung zwischen niedergelassenem Arzt und Krankenhaus mit der dualen Finanzierung ist im bestehenden System nicht gegeben. Die Teilöffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung in der geplanten Form führt zu einer Wettbewerbsverzerrung zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten.

## 6. Hausärztliche zentrierte Versorgungsformen mit Direktverträgen

Durch Regelungen in § 73 b SGB V sollen die Krankenkassen verpflichtet werden, flächendeckend hausärztlich zentrierte Versorgungsformen anzubieten. Hierzu bekommen die Kassen die Möglichkeit, Direktverträge mit einzelnen Hausärzten oder mit Gemeinschaften von Hausärzten zur Ausgestaltung des Versorgungsgeschehens abzuschließen. Für den Versicherten soll die Teilnahme an hausarztzentrierten Versorgungsformen freiwillig sein.

Der Hartmannbund begrüßt die Einführung eines hausärztlich orientierten Primärversorgungsmodells auf **freiwilliger** Basis. Die Implementierung von Einzelverträgen in diesen Versorgungsbereich lehnt der Hartmannbund strikt ab. Einzelverträge stellen eine ordnungspolitische Fehlsteuerung dar, solange Wettbewerbselemente nicht konsequent und für alle verbindlich auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung umgesetzt sind.

Vergleichbare Regelungen mit Abschluss von Einzelverträgen sind für besonders qualifizierte Organisationen vorgesehen, sowie für besondere Vertragsformen (z.B. DMP).

Auch hier fordert der Hartmannbund die öffentliche Ausschreibung der entsprechenden Anforderungen verbunden mit einem Rechtsanspruch für diejenigen Ärzte, die diese Voraussetzungen erfüllen.

## 7. Arzneimittelverordnung

Die Ergänzung des § 84 SGB V im vorliegenden Gesetzentwurf beabsichtigt, finanzielle Anreize zur Steuerung des Ordnungsverhaltens zu schaffen. Der Hartmannbund lehnt die dort reglementierte Bonuszahlung an Vertragsärzte, bei denen die Schnellinformationen anzeigen, dass die Richtgrößenvolumen nicht überschritten werden, strikt ab.

Die finanzielle „Belohnung“ des ärztlichen Ordnungsverhaltens leugnet den kausalen Zusammenhang von medizinischer Erfordernis und Medikation und legt die Annahme zugrunde, das Verschreibungsverhalten sei willkürlich steuerbar.

Der Hartmannbund tritt entschieden gegen jegliche Art der Verknüpfung des Verschreibungsverhaltens des einzelnen Arztes mit der Höhe seines Honorars ein.

Auch diesbezügliche kollektive Bonus- oder Regressregelungen sind klar abzulehnen.

Der Verband hält diese Form der Ökonomisierung der Medizin für unethisch.

Der Hartmannbund fordert, dass jeder Patient die nach seiner Diagnose notwendige Therapie und Behandlung erhält. Dies schließt selbstverständlich auch die entsprechende Pharmakotherapie mit ein.

Stand: 18.09.2003

Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e.V.  
Schützenstr. 6A  
10117 Berlin

Telefon: (030) 206 208 0  
Telefax: (030) 206 208 29

E-Mail: [HB-Info@hartmannbund.de](mailto:HB-Info@hartmannbund.de)  
Internet: [www.hartmannbund.de](http://www.hartmannbund.de)

**Stellungnahme**

**zum**

**„Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung“  
(GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)**

**BT-Drucksache 15/1525**

**und zum**

**Antrag der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detlef Parr, Dr. Heinrich L. Kolb, weiterer  
Abgeordneter und der Fraktion der FDP**

**„Zukunft gestalten statt Krankheit verwalten“**

**BT-Drucksache 15/1526**

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung**

**Ausschussdrucksache**

**0273(29)**

**vom 19.09.03**

**15. Wahlperiode**

Berlin, 19. September 2003

**„Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung“  
(GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)**

## A. Allgemeine Anmerkungen

Die im vorgelegten Gesetzentwurf enthaltenen Reformmaßnahmen zielen zu einem großen Teil in die richtige Richtung und stellen erste wichtige Weichenstellungen dar hin zu einer Basissicherung mit Kernleistungen mit größeren Handlungsfreiheiten für die Akteure auf der Angebots- und Nachfrageseite sowie transparenteren Abläufen. Insgesamt gesehen reicht das „GKV-Modernisierungsgesetz“ in seiner jetzigen Form allerdings nicht aus, um die gesetzliche Krankenversicherung dauerhaft leistungsfähig und finanzierbar zu halten.

Mit Gesamteinsparungen von 9,8 Mrd. € und einem Beitragssatzniveau von 13,6 Prozent im nächsten Jahr bleiben Regierungskoalition und CDU/CSU im nächsten Jahr deutlich hinter ihren eigenen Vorgaben zurück. Die 13-Prozent-Marke wird nun erst frühestens in 2005 unterschritten werden und die notwendige Senkung des Beitragssatzes auf unter 12 Prozent wird auch langfristig nicht erreicht. Das heißt: Die Versicherten und Betriebe werden zu wenig und zu spät entlastet.

Weitergehende Reformschritte sind unverzichtbar. Hierzu gehören vor allem die vollständige, sofortige Herausnahme des Krankengeldes aus der paritätischen Finanzierung und mehr Wettbewerb im gesamten Bereich des Gesundheitswesens. Insgesamt wären Entlastungen von fast 30 Mrd. € erzielbar. So kann und muss der durchschnittliche Beitragssatz – im Zusammenhang mit den anderen Reformmaßnahmen – auf deutlich unter 12 Prozent gesenkt sowie der Arbeitgeberanteil auf höchstens 6 Prozent festgeschrieben werden.

## B. Finanzkalkulation

Ein kurzfristig spürbarer Beitrag zur Senkung der überhöhten Personalzusatzkosten und Zwangsabgaben bleibt aus. Denn das für 2004 vorgesehene Entlastungsvolumen ist nicht sehr viel größer als das für den vollen Schuldenabbau und die volle Rücklagenauffüllung bei den Kassen erforderliche Finanzvolumen. Aus dem letzten Jahr wurden ein Defizit und Rücklagenminus von jeweils rund 3 Mrd. € übernommen und für das laufende Jahr ist ein Fehlbeitrag von etwa 2 Mrd. € zu erwarten.

Eine Beitragssatzsenkung soll deshalb – wie im Gesetzentwurf unterstellt – dadurch erreicht werden, dass die Krankenkassen ihre Schulden und Rücklagen lediglich schrittweise abbauen bzw. auffüllen. Entsprechend sind in 2004 hierfür nur 3,0 Mrd. € eingestellt worden, so dass für Beitragssatzsenkungen 6,9 Mrd. € zur Verfügung stehen bzw. das Beitragssatzniveau, ausgehend von 14,3 Prozent, um 0,7 Prozentpunkte zurück gehen kann. Damit wird eine Kreditfinanzierung erzwungen, die bislang zu Recht im Sozialgesetzbuch untersagt ist und zugleich die zugesagte Einhaltung des EU-Stabilitätspakts im nächsten Jahr zusätzlich erschwert.

Dabei sind die Probleme hausgemacht, denn das jetzt vereinbarte Einsparvolumen ist zu gering, und die Entlastungen für die Arbeitgeber bleiben im kommenden Jahr sogar noch hinter den bisherigen Planzahlen des Entwurfs für ein „Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz“ zurück. Es fehlt die sofortige und vollständige Herausnahme des Krankengeldes aus der paritätischen Finanzierung, die jetzt nur teilweise und erst in 2006 erfolgen soll. Der vorgesehene „Krankengeld-Sonderbeitrag“ für die Versicherten liegt mit 0,5 Prozentpunkten zudem deutlich unter dem wirklich erforderlichen Satz. In 2002 summierten sich die Krankengeldzahlungen der Kassen auf 7,6 Mrd. €. Das entspricht umgerechnet fast 0,8 Prozentpunkten. Damit werden die Betriebe auch künftig zur Krankengeldfinanzierung mit herangezogen. Das kann und muss umgehend nachgebessert werden

Demgegenüber sind – mit einem Gesamtvolumen von 2,5 Mrd. € pro Jahr ab 2004 – folgende Kürzungen des Pflichtleistungskatalogs sachgerecht: Streichung des Sterbe- und Entbindungsgeldes sowie von medizinisch nicht begründbaren Sterilisationen, Begrenzung des Anspruchs bei Sehhilfen auf Kinder und schwer sehbehinderte Versicherte sowie bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung, Ausschluss der Kostenerstattung bei Taxi- und Mietwagennutzung sowie für verschreibungsfreie Arzneimittel.

### C. Neuordnung der Finanzierung

Unzureichend ist, dass ab 2005 lediglich der Bereich des Zahnersatzes und nicht auch der Zahnbehandlung allein von den Versicherten finanziert werden soll. Beides gehört zusammen und nicht in den Aufgabenkatalog einer Basissicherung mit Kernleistungen, auf die die Krankenversicherung konzentriert werden muss. Gleiches gilt für Privatunfälle, zumal die Kosten der Arbeitsunfälle allein von den Betrieben über die Berufsgenossenschaften getragen werden. Hier sind Einsparmöglichkeiten von rund 8 und 10 Mrd. € bzw. 0,8 und 1,0 Prozentpunkten ungenutzt geblieben.

Auch die Liberalisierung des Vertragsrechts zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern und damit ein Mehr an Wettbewerb im Gesundheitswesen ist in dem vorliegenden Gesetzentwurf entfallen. Demgegenüber enthielt der Entwurf des „Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes“, vor allem mit der partiellen Ergänzung bzw. Ersetzung des einheitlichen und gemeinsamen Kollektivvertragsystems durch Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Anbietern, erste richtige Ansätze.

Die demografische Entwicklung, die einen hochexplosiven Kostensprengsatz darstellt, als auch die Finanzierungsfrage wurden in dem Gesetzentwurf unberücksichtigt gelassen. Aus Sicht der BDA muss – spätestens in der nächsten Legislaturperiode – der Einstieg in eine teilkapitalgedeckte Risikoabsicherung und eine Abkoppelung der Krankheitskostenfinanzierung vom Arbeitsverhältnis durch den Übergang auf ein „Pauschal-Prämien-Modell“ erfolgen.

Positiv ist, dass bei den so genannten Struktur- und Steuerungseffekten, die größtenteils weder quantifizierbar noch abschätzbar sind, zwar Berechnungen erfolgen, aber nur die relativ sicheren Posten in die Finanzkalkulation eingestellt werden, d. h. 1,5 Mrd. € in 2004 und mit konstanten Zuwächsen in den Folgejahren auf 3,0 Mrd. € in 2007 steigend. Das war im „Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz“ noch anders.

Abschließend darf nicht außer Acht gelassen werden, dass beim jetzigen Gesetzentwurf jährlich über 25 Prozent des Entlastungspotenzials aus Zusatzbelastungen an anderen Stellen resultieren. So sollen aus der schrittweisen Anhebung der Tabaksteuer im nächsten und übernächsten Jahr 1,0 bzw. 2,5 Mrd. € und ab 2006 sogar 4,2 Mrd. € sowie durch die Ansetzung des vollen statt des halben Beitragssatzes auf Versorgungsbezüge und Alters-einkünfte



aus selbständiger Tätigkeit von Rentnern 1,6 Mrd. € ab 2004 zusätzlich in die gesetzliche Krankenversicherung fließen.

#### D. Strukturmaßnahmen

Die Vorschläge zur Verbesserung der Strukturen und der Steuerbarkeit des Gesundheitswesens sind zwar teilweise sachgerecht, insgesamt gesehen aber nicht ausreichend und zielorientiert. Zu begrüßen sind folgende Maßnahmen:

- Die Einführung einer Patientenquittung bzw. von Kosten- und Leistungsinformationen für die Patienten auf Verlangen sowie einer elektronischen Gesundheitskarte. Bei dieser Karte muss allerdings der Datenschutz auf das unbedingt Erforderliche beschränkt werden, damit das neue Instrument auch greifen kann.
- Die Einräumung der Möglichkeit für die Versicherten, zwischen Kostenerstattung und Sachleistung zu wählen, Leistungsanbieter im EU-Ausland ohne vorherige Genehmigung der Krankenkasse in Anspruch zu nehmen (Ausnahme: Krankenhausbehandlung) sowie über die Einnahmen, Ausgaben und Kostenstruktur ihrer Kasse informiert zu werden. Insbesondere die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Leistungsanbietern im EU-Ausland fördert den Wettbewerb.
- Die Einräumung der Möglichkeit für die Krankenkassen, allen Versicherten bei Teilnahme an qualitätsgesicherten Präventionsmaßnahmen oder besonderen Versorgungsangeboten – insgesamt kostenneutrale – Bonuszahlungen zu gewähren, in Kooperation mit privaten Versicherungsunternehmen ihren Versicherten kostengünstige Zusatzversicherungen zu vermitteln, sowie freiwillig Versicherten Tarife mit Beitragsrückgewähr oder Selbstbehalten anzubieten. Letzteres muss allerdings allen Versicherten angeboten werden können.
- Die Verpflichtung für die Ärzte zur Einführung eines Qualitätsmanagements und zur Fortbildung.

Demgegenüber sind die weiteren Maßnahmen – (a) Einführung eines qualifizierten Antrags- und Mitberatungsrechts für Patienten- und Behindertenverbände sowie Selbsthilfeeinrichtungen in den Steuerungs- und Entscheidungsgremien (Bundesausschuss, „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“, Zulassungsausschüsse und Spitzenverbände

der Krankenkassen), (b) Bestellung eines Patientenbeauftragten, und (c) Errichtung eines „Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ – weder erforderlich noch sachgerecht. Im Gegenteil: Hieraus resultieren zahlreiche Gefahren zum Nachteil aller Beteiligten: Ausbau der Bürokratie entgegen der von der Bundesregierung gestarteten „Initiative zum Bürokratieabbau“ und Verzögerung der Entscheidungsprozesse, Erweiterung des solidarisch zu finanzierenden Leistungskatalogs, und Abschwächung der Innovationskraft. Das gilt insbesondere mit Blick auf das „Institut“, das diagnostische und therapeutische Verfahren bewerten, Gutachten, Stellungnahmen und Empfehlungen abgeben, sowie Nutzenbewertungen von Arzneimitteln vornehmen soll. Gegenüber dem früheren Entwurf eines „Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes“ sind die Befugnisse und Aufgaben des „Instituts“ zwar zurück genommen worden. Das ändert aber nichts an der grundsätzlichen Einschätzung.

#### E. Vertragsrecht

Ein entscheidendes zentrales Manko des Gesetzentwurfs ist, dass – im Gegensatz zum früheren „Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz“ – auf eine Flexibilisierung und Liberalisierung des Vertragsrechts zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern nahezu vollständig verzichtet wird. Hier besteht erheblicher Nachbesserungsbedarf. Das derzeitige System, das damit fort- und festgeschrieben wird, kommt einem bilateralen Monopol gleich, da alle Verträge gemeinsam und einheitlich abgeschlossen werden müssen. Vertragsfreiheit als zentrale Grundvoraussetzung für Kosten senkenden Wettbewerb muss – zumindest schrittweise – in allen Leistungsbereichen, einschließlich Krankenhaussektor, eingeführt werden.

Die geplante Ablösung der ärztlichen Gesamtvergütung ab 2007 durch arztgruppenspezifische Regelleistungsvolumina – ermittelt durch Multiplikation aus vereinbarter Menge und festem Preis – ist keine taugliche Alternative zur Vertragsfreiheit. Zumal auch Leistungen, die über das Regelleistungsvolumen hinausgehen, wenn auch stark abgestaffelt, vergütet werden sollen. Das hat einerseits eine ungeprüfte Übernahme des heutigen Vergütungsvolumens und damit eine Zementierung bestehender Fehlsteuerungen zur Folge und andererseits, dass die Gesamtausgaben weiter steigen, weil Leistungsausweitungen künftig nicht mehr zu Punktwerrückgängen, sondern sogar zu Zusatzeinnahmen für die Ärzte führen. Kosten steigernd wirkt zudem die geplante Angleichung der Vergütung in den neuen Bundesländern an das Westniveau. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass das Lohn- und Gehaltsniveau in Ostdeutschland lediglich etwa 80 Prozent des Westniveaus erreicht hat, ist das nicht nachvollziehbar.

Diese Nachteile lassen sich auch durch andere richtige Weichenstellungen nicht ausgleichen. Hierzu gehören:

- Die Ermöglichung von Wettbewerb zwischen unterschiedlichen Versorgungsformen (Integrierte Versorgung, Medizinische Versorgungszentren und Hausarztssystem).
- Die Einführung eines Qualitätswettbewerbs in der ärztlichen Versorgung um das beste Versorgungskonzept durch vertragliche Regelungen zwischen Krankenkassen oder ihren Verbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen.
- Die Teilöffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen bei hoch spezialisierten Leistungen und regionaler Unterversorgung.

Zu kritisieren sind die Pläne, (a) alle Krankenkassen zum Angebot eines flächendeckenden Hausarztmodells zu verpflichten, denn über die beste Versorgungsform kann nur der Markt bzw. der Wettbewerb entscheiden, (b) von 2004 bis 2009 pro Jahr ansteigend 100 bis 700 Mio. € zur Lösung der Arbeitszeitproblematik in den Krankenhäusern bereit zu stellen, ohne auch nur ein Wort über die Kostenträgerschaft bzw. Finanzierung zu verlieren, sowie (c) finanzielle Anreize zur Steuerung des Ordnungsverhaltens bereits für die Einhaltung der zwischen Kassen und Ärzten vereinbarten Richtgrößen zu gewähren, und nicht erst bei Unterschreitung der Vorgaben.

## F. Marktliberalisierung

Positiv zu bewerten sind vor allem folgende im Gesetzentwurf enthaltene Maßnahmen:

- Übertragung nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel in die Eigenverantwortung der Versicherten (Ausnahme: Kinder bis zum 12. Lebensjahr).
- Ausschluss von überwiegend der Verbesserung der privaten Lebensführung dienenden Arzneimitteln („life-style-drugs“) aus der Erstattungspflicht der Krankenkassen.
- Verzicht auf eine Positivliste bei Arzneimitteln.
- Grundsätzliche Preisfreigabe für freiverkäufliche Arzneimittel bzw. OTC-Produkte.

- Vereinfachung der „Aut-Idem-Regelung“ für den Apotheker.

Im Gegensatz dazu stehen die Vorhaben (a) einer Nutzenbewertung von Arzneimitteln durch das „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“, auch wenn es entgegen der bisherigen Planungen keine Kosten-Nutzen-Bewertung mehr geben soll, (b) einer Ausweitung der Festbetragsregelung auf patentgeschützte Arzneimittel ohne oder mit nur geringem zusätzlichen Nutzen, wobei übergangsweise in 2004 der Herstellerrabatt von 6 auf 16 Prozent angehoben werden soll, sowie (c) einer Ausweitung des Festbetragskonzepts bei Hilfsmitteln durch bundeseinheitliche Regelungen. Das bedeutet einerseits mehr Bürokratie und Dirigismus bzw. weniger Markt und Wettbewerb, sowie andererseits – im Hinblick auf die überaus kräftige Heraufsetzung des Herstellerrabatts – eine einseitige und unverhältnismäßige Belastung der pharmazeutischen Industrie.

#### G. Organisatorische Maßnahmen

Einzelne im Gesetzentwurf enthaltene organisationsrechtliche Maßnahmen sind durchaus zur Verwaltungsvereinfachung, zum Bürokratieabbau, zur Transparenzverbesserung und zur Modernisierung geeignet. Hierzu gehören:

- Die Straffung und Entbürokratisierung der gemeinsamen Selbstverwaltung durch Bildung eines zentralen „Gemeinsamen Bundesausschusses“, wobei aber im Interesse der Beschlussfähigkeit bzw. zur Verhinderung von Blockadetaktiken auch auf das bisher geltende Einstimmigkeitsprinzip verzichtet werden muss.
- Abschaffung der „Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen“, die – nicht zuletzt durch einen immer größer gewordenen Mitgliederkreis – handlungsunfähig geworden ist, und seit Jahren nicht mehr einberufen wurde.
- Einrichtung von Prüf- und Ermittlungseinheiten bei den Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen zur Bekämpfung von Falschabrechnungen und Korruption.
- Verpflichtung der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen zur Information der Mitglieder über die Mittelverwendung, Verwaltungskosten und Vorstandsvergütungen.

- Bindung der Verwaltungskosten bis 2007 an die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten („Grundlöhne“) bzw. Einfrierung der Verwaltungskosten, wenn diese um mehr als 10 Prozent über dem Gesamtdurchschnitt liegen.
- Modernisierung des Informationsmanagements bei den Spitzenverbänden der Krankenkassen und Spitzenorganisationen der Leistungsanbieter.
- Straffung der Organisationsstrukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Demgegenüber stoßen die organisationsrechtlichen Vorhaben im Bereich der Krankenkassen, die ausschließlich die Betriebs- und Innungskrankenkassen negativ belasten, auf große Bedenken. Die vorgesehenen Regelungen, dass (a) bereits geöffnete BKK und IKK dauerhaft geöffnet bleiben müssen, dass (b) bei geöffneten BKK die Personalkosten voll in den Beitragssatz einzurechnen sind, und dass (c) bis zum 1. Januar 2007 BKK und IKK, denen ein direkter Betriebs- oder Innungsbezug fehlt, nicht mehr errichtet werden dürfen, sind einseitig und dienen ausnahmslos dem Schutz der so genannten großen „Versorgerkassen“ (AOK und Angestellten-Ersatzkassen). Statt den Wettbewerb weiter zu lähmen, müssen vielmehr die nicht mehr konkurrenzfähigen Kassen und Kassenarten wieder wettbewerbsfähig gemacht werden. Hier ist eine Organisationsreform aus einem Guss erforderlich, zumal Fragen zur Reform des Risikostrukturausgleichs, der aus Sicht der BDA quantitativ auf höchstens 10 Prozent der gesamten Kassenausgaben begrenzt werden muss, und zu weiterführenden organisationsrechtlichen Veränderungen im 1. Halbjahr 2004 von einer „Bund-Länder-Arbeitsgruppe“ aufbereitet werden sollen.

#### H. Sonstige Reformmaßnahmen

Das Vorhaben, die Präventions- und Fördermaßnahmen für die Selbsthilfe stärker zwischen den Krankenkassen und den anderen Beteiligten zu koordinieren, ist sachgerecht. Dabei muss aber sicher gestellt werden, dass in den dafür geplanten „Gemeinschaftsfonds“, der auf Bundes- und Landesebene gebildet werden soll, nicht nur Mittel der Krankenkassen bzw. Beitragszahler – Versicherte und Betriebe – eingehen, sondern dass sich alle Partner daran angemessen beteiligen.

Die geplante Übernahme der Krankenbehandlungskosten für Sozialhilfeempfänger durch die Krankenkassen – bei gleichzeitiger Erstattung der Aufwendungen zuzüglich einer Verwaltungskostenpauschale von 5 Prozent durch die Sozialhilfeträger – bedeutet eine leistungs-

rechtliche Gleichbehandlung und ist damit zu begrüßen. Gleiches gilt für das Vorhaben, auch von Sozialhilfeempfängern eine, wenn auch bedeutend geringere, Selbstbeteiligung zu verlangen.

Die Reformmaßnahmen bzw. der Be- und Entlastungen müssen auf Beihilfeberechtigte – Beamte, Abgeordnete und Minister übertragen werden.

Antrag der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detlef Parr, Dr. Heinrich L. Kolb,  
weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP  
„Zukunft gestalten statt Krankheit verwalten“

Zur langfristigen Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung sind grundlegende strukturelle Veränderungen - wie in dem Antrag gefordert, unumgänglich. Unverzichtbar sind dazu die vorgeschlagene Stärkung kapitalgedeckter Versicherungsformen, eine Konzentration des Pflichtleistungskatalogs auf einen Kernbereich, mehr Entscheidungs- und Wahlrechte für die Versicherten, mehr Effizienz und die Stärkung des Wettbewerbs. Dazu müssen – wie im Antrag gefordert – auch der Zahnersatz und das Krankengeld vollständig aus dem Leistungskatalog genommen werden.

Die zu Erreichung dieser Ziele enthaltenen Einzelmaßnahmen sind insgesamt gesehen sachgerecht:

- Richtig und notwendig ist die Forderung, den Arbeitgeberanteils festzuschreiben. Dies kann und muss jedoch auf einem Niveau von maximal 6 Prozent – und nicht wie vorgeschlagen bei maximal 6,5 Prozent erfolgen.
- Eine Absenkung des Einkommenssteuersatzes auf 15, 25 und 35 Prozent – wie in dem Antrag vorgeschlagen – ist grundsätzlich ein sinnvolles Instrument, um die private Vorsorge zu ermöglichen und zu fördern.
- Die in dem Antrag enthaltene Kritik an der „Bürgerversicherung“ ist sachgerecht. Deren zentrale Fehler sind, dass die Krankheitskostenfinanzierung im Kern weiter an das Arbeitsverhältnis geknüpft sind und das Umlageverfahren der Krankenversiche-

rung auf weitere Personengruppen ausgedehnt wird. Diese Nachteile vermeidet das „Kopfpauschalenmodell“.

- Zutreffend ist die in dem Antrag geäußerte Kritik, dass durch einzelne im Gesetzentwurf enthaltene Maßnahmen die Gefahr weiteren bürokratischen Mehraufwands droht (vgl. zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung unter D. Strukturmaßnahmen).
- Sachgerecht ist auch die Kritik an der Änderung des Vergütungssystems und eine Angleichung der Vergütung im Osten an das Westniveau (vgl. zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung unter E. Vertragsfreiheit).

Eine Verstärkung der Wirtschaftlichkeitskontrollen sowie eine Verpflichtung der Ärzte zur Fortbildung sind jedoch kein Ausdruck des Misstrauens gegenüber der Ärzteschaft – wie im Antrag formuliert, sondern sachgerechte Maßnahmen für mehr Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.

Insgesamt gesehen ist das Fazit zutreffend, dass die positiven Maßnahmen, die im Gesetzentwurf enthalten sind, nicht ausreichen, um die Zukunftsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern.

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0273(30)  
vom 19.09.03**

**15. Wahlperiode**



**Marburger Bund**

**Bundesverband**

**Riehler Str. 6**

**50668 Köln**

**Tel: 0221 973168-0**

**Fax: 0221 9731678**

**e-mail: [bundesverband@marburger-bund.de](mailto:bundesverband@marburger-bund.de)**

**Hauptstadtbüro**

**Robert-Koch-Platz 7**

**10115 Berlin**

**Tel: 030 28096238**

**Fax: 030 28099523**

**e-mail: [hauptstadtbuero@marburger-bund.de](mailto:hauptstadtbuero@marburger-bund.de)**

**[www.marburger-bund.de](http://www.marburger-bund.de)**



**Stellungnahme des Marburger Bundes zum Entwurf eines Gesetzes  
zur Modernisierung der Krankenversicherung  
(GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) –  
Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und  
Bündnis 90/Die Grünen  
Drucksache 15/1525**

Wie bereits in unserer Stellungnahme zum Gesetzentwurf der Koalitionsfraktionen ausgeführt, erhofft sich der Marburger Bund von einem Gesundheitssystem- bzw. Krankenversicherungssystem-Modernisierungsgesetz eine grundlegende Weichenstellung für die Zukunft, die die Herausforderungen aus demographischer Entwicklung und medizinischem Fortschritt in Einklang bringen muß mit den immer problematischer werdenden Finanzierungsmöglichkeiten.

Bedauerlicherweise haben die Verhandlungspartner von Regierung und CDU/CSU-Opposition sich jedoch nicht in der Lage gesehen, die grundsätzlichen strukturellen und finanziellen Probleme des Gesundheitswesens dauerhaft zu lösen.

Die Entwurfsbegründung spricht denn auch folgerichtig davon, daß das eingeleitete Reformvorhaben die gesetzliche Krankenversicherung nur mittelfristig stabilisieren wird.

Sofern dies überhaupt gelingen sollte, wird es im wesentlichen durch die Fortsetzung der Kostendämpfungspolitik der letzten Jahre, die erstmalige gesetzliche Zulässigkeit von Krankenkassenschulden, eine fortgesetzte chronische Unterfinanzierung ambulanter wie stationärer Leistungen sowie die Kostenverlagerung auf Patienten und Versicherte erreicht werden.

Auch wenn die Verhandlungspartner wichtige Kritikpunkte der Ärzteschaft, z. B. zum geplanten Deutschen Zentrum für Qualitätssicherung, zu den Korruptionsbeauftragten und zur Organisation der Pflichtfortbildung aufgegriffen und die entsprechenden Regelungen entschärft bzw. aus dem Entwurf entfernt haben, bleibt insgesamt dennoch der Eindruck eines gewissen Mißtrauens gegenüber den

**Stellungnahme des Marburger Bundes zum Entwurf eines Gesetzes  
zur Modernisierung der Krankenversicherung  
(GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) –  
Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und  
Bündnis 90/Die Grünen  
Drucksache 15/1525**

Leistungserbringern bestehen. Dieses findet Ausdruck in zahlreichen neuen bzw. ausgeweiteten Kontroll- und Überwachungsmechanismen.

Die in der Begründung aufgestellte Behauptung, mit dem vorliegenden Entwurf werde Bürokratie abgebaut, so daß sich alle Beteiligten "künftig wieder umfassend auf ihre eigentliche Aufgabe - die Patientenversorgung - konzentrieren können" kann vom Marburger Bund daher leider in keiner Weise nachvollzogen werden. Im Gegenteil wird die bereits jetzt überbordende Prüf- und Kontrollbürokratie mit diesen Regelungen erheblich verstärkt.

### **Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung**

Als wesentliche Instrumente zur Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung nennt der Entwurf

- \* die Errichtung eines unabhängigen Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (§ 139 a)
- \* die kontinuierliche interessenunabhängige Fortbildungspflicht für Fachärzte (§ 95 d)

Zur Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen gründet der Gemeinsame Bundesausschuß nach § 91 ein fachlich unabhängiges, rechtsfähiges, wissenschaftliches Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen,

wobei als Rechtsform eine Stiftung des privaten Rechts vorgeschlagen wird. Zu den vielfältigen Aufgaben gehört u. a. die Recherche, Darstellung und Bewertung des

**Stellungnahme des Marburger Bundes zum Entwurf eines Gesetzes  
zur Modernisierung der Krankenversicherung  
(GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) –  
Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und  
Bündnis 90/Die Grünen  
Drucksache 15/1525**

aktuellen medizinischen Wissenstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten, die Erstellung von wissenschaftlichen Ausarbeitungen zur Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit, die Bewertung evidenzbasierter Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Krankheiten sowie die Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln. Darüber hinaus sollen Bürgerinnen und Bürger verständlich allgemeine Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung erhalten.

Dabei wird das Institut im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses bzw. des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung tätig und leitet die Arbeitsergebnisse dem Bundesausschuß als Empfehlungen zu, die dieser im Rahmen seiner Aufgabenstellung zu berücksichtigen hat.

**Obgleich die im vorliegendem Gesetzentwurf vorgesehene Rechtskonstruktion eher die Zustimmung des Marburger Bundes finden kann als das ursprünglich vorgesehene Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin, stehen wir der Errichtung einer derartigen Einrichtung nach wie vor sehr kritisch gegenüber.**

Die Auffassung, Bürokratie werde abgebaut und die Abläufe vereinfacht, können wir gerade an dieser Stelle nicht teilen. Im Gegenteil sehen wir uns in unserer Einschätzung bestätigt, daß der überbordende Bürokratismus der Vergangenheit durch die Gründung immer neuer Institute in noch stärkerem Maße seine Fortsetzung findet.

Zu fragen ist, ob zur Verbesserung der Patientenversorgung und zur Erfüllung der dem Institut zugedachten Aufgaben nicht bereits bestehende Institutionen in Anspruch genommen werden können.

**Stellungnahme des Marburger Bundes zum Entwurf eines Gesetzes  
zur Modernisierung der Krankenversicherung  
(GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) –  
Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und  
Bündnis 90/Die Grünen  
Drucksache 15/1525**

Die Fülle der dem Institut übertragenen Aufgaben läßt die Vermutung zu, daß diese nur mit einem erheblichen Aufwand an Personal und zusätzlichen Finanzmitteln erledigt werden können.

Zur Finanzierung sieht § 139 c im Fall einer Stiftungsgründung die Erhebung eines Zuschlags für jeden abzurechnenden Krankenhausfall und die zusätzliche Anhebung der Vergütungen für die ambulante vertragsärztliche Versorgung vor.

Wie schon bei der Einführung des DRG-Systems durch den sogenannten DRG-Systemzuschlag werden Krankenhäuser damit erneut durch die Einrichtung bürokratischer Strukturen erheblich belastet und Finanzmittel in nicht unerheblicher Höhe der eigentlichen Patientenversorgung entzogen.

Auch die vorgesehenen Regelungen zur Organisation einer Fortbildungspflicht stellen ein weiteres bürokratisches Instrument zur Fremdbestimmung eines im Grundsatz freien Berufes dar.

Nach § 95 d ist ein Vertragsarzt bzw. ermächtigter Arzt verpflichtet, sich in dem Umfang fortzubilden wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zu seiner Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist. Alle fünf Jahre hat er gegenüber der KV den Nachweis zu erbringen, daß er seiner Fortbildungspflicht nachgekommen ist. Erbringt er diesen Nachweis

nicht, ist die KV verpflichtet das Honorar um 10% bzw. ab dem 5. Quartal um 25% zu kürzen.

Wird der Fortbildungsnachweis nicht mindestens zwei Jahre nach Ablauf des Fünfjahreszeitraumes nachgereicht, soll die KV einen Antrag auf Entziehung der Zulassung stellen.

**Stellungnahme des Marburger Bundes zum Entwurf eines Gesetzes  
zur Modernisierung der Krankenversicherung  
(GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) –  
Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und  
Bündnis 90/Die Grünen  
Drucksache 15/1525**

Fortbildungspflicht und -nachweis gelten entsprechend für angestellte Ärzte eines medizinischen Versorgungszentrums oder Vertragsarztes sowie in Verbindung mit § 137 SGB V auch für Krankenhausfachärzte.

**Insgesamt bleibt der Marburger Bund bei seiner Einschätzung, daß diese Gestaltung der berufsrechtlich ohnehin bestehenden Fortbildungspflicht kein geeignetes Instrument darstellt, die auch von uns uneingeschränkt verfolgte Zielsetzung der permanenten Sicherung ärztlicher Fachkompetenz zu erreichen.** Die Fortbildungspflicht der Ärzte besteht bekanntlich seit Jahrzehnten auf der Basis der ärztlichen Berufsordnung. Dabei hat es in der Vergangenheit vielfältige erfolgreiche Bemühungen der Ärztekammern zum Ausbau einer qualifizierten Fortbildung gegeben. Es gibt keinen Beleg, daß unfreiwillig besuchte Fortbildungsveranstaltungen die Qualität der medizinischen Versorgung verbessern. Stattdessen wird die hohe Eigenmotivation und Lernbereitschaft der Ärztinnen und Ärzte beeinträchtigt. Der Marburger Bund empfiehlt, auf ein am Ende lediglich weiteres bürokratisches Kontrollinstrument zu verzichten.

Positiv zu würdigen ist, daß der Gesetzgeber von seiner ursprünglichen Absicht abgerückt ist, die Fortbildungspflicht durch Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte-Krankenkassen zu steuern, der wiederum Empfehlungen des zunächst

vorgesehenen Deutschen Zentrums zur Qualität in der Medizin berücksichtigen sollte.

**Stellungnahme des Marburger Bundes zum Entwurf eines Gesetzes  
zur Modernisierung der Krankenversicherung  
(GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) –  
Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und  
Bündnis 90/Die Grünen  
Drucksache 15/1525**

Wie von der Ärzteschaft gefordert, sind Inhalt und Umfang nun im Rahmen der ärztlichen Selbstverwaltung zu gestalten. Demnach regeln die KVen im Einvernehmen mit den zuständigen Arbeitsgemeinschaften der Kammern auf Bundesebene den angemessenen Umfang der notwendigen Fortbildung.

Dies gilt allerdings nicht für die Fortbildungsverpflichtung der Krankenhausfachärzte. § 137 SGB V sieht vor, daß der Gemeinsame Bundesausschuß Beschlüsse zur Qualitätssicherung im Krankenhaus faßt und dabei auch "Mindestanforderungen an die Strukturqualität einschließlich im Abstand von fünf Jahren zu erfüllenden Fortbildungspflichten der Fachärzte" festzulegen hat.

Ausweislich der Begründung zum Gesetzentwurf geht es hierbei zwar nicht um Inhalte der Fortbildung sondern um Verfahrensfragen. Dazu dürften z. B. aber auch der Umfang der Fortbildungsverpflichtungen gehören. Unklar bleibt im übrigen, wem gegenüber der Krankenhausarzt seine Fortbildung nachweisen muß.

**Der Marburger Bund fordert, auch die Fortbildungsverpflichtungen von Krankenhausärzten komplett im Rahmen der ärztlichen Selbstverwaltung zu organisieren.**

**Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen**

Als zentrale Maßnahme zur Fortentwicklung der Versorgungsstrukturen werden die Krankenhäuser in bestimmten Bereichen und unter besonderen Bedingungen für die ambulante Versorgung geöffnet.

§ 116 a und 116 b sehen Öffnungsmöglichkeiten vor

**Stellungnahme des Marburger Bundes zum Entwurf eines Gesetzes  
zur Modernisierung der Krankenversicherung  
(GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) –  
Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und  
Bündnis 90/Die Grünen  
Drucksache 15/1525**

- im Falle einer festgestellten Unterversorgung
- im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137 g
- bei hochspezialisierten Leistungen, zur Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen.

Dazu gibt der Gesetzgeber einen Katalog von Leistungen vor, der erstmals zum 31.03.2004 vom Gemeinsamen Bundesausschuß zu ergänzen ist.

Während eine generelle Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung vom Marburger Bund abgelehnt wird, halten wir die nunmehr vom Gesetzentwurf einbezogenen Tatbestände im Sinne einer Verbesserung der Integration von ambulanter und stationärer Versorgung für durchaus sinnvoll.

Es entspricht einer langjährigen Forderung des Marburger Bund und der Ärzteschaft insbesondere im Bereich von hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit schwierigem Verlauf die Versorgung in dem Sinne zu optimieren, daß dem Patienten unsinnige Wechsel zwischen den Versorgungsbereichen erspart bleiben und sowohl ambulant wie stationär eine Versorgung "aus einer Hand" ermöglicht wird.

**Die vom Gesetzgeber vorgesehene institutionelle Öffnung der Krankenhäuser wird dieser Zielvorstellung allerdings nicht gerecht. Der Marburger Bund fordert daher, daß neben Krankenhäusern ("Institutsermächtigung") auch**

**Krankenhausärzte persönlich ermächtigt werden, die die Leistungen aus dem Katalog nach § 116 b Abs. 3 erbringen. Darüber hinaus plädieren wir dafür, daß diese Ärzte Zugang als Vertragspartner gegenüber den Krankenkassen bzw. den Landesverbänden der Kassen im Rahmen der Verträge nach § 116 b Abs. 2 erhalten.**

**Stellungnahme des Marburger Bundes zum Entwurf eines Gesetzes  
zur Modernisierung der Krankenversicherung  
(GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) –  
Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und  
Bündnis 90/Die Grünen  
Drucksache 15/1525**

Der Marburger Bund begrüßt, daß der Gesetzentwurf erneut Bemühungen unternimmt, die Integrationsversorgung in der Bundesrepublik entscheidend weiterzuentwickeln. Dem Gesetzgeber ist in seiner Auffassung zuzustimmen, daß die bisherigen Vorschriften zur integrierten Versorgung zahlreiche Hemmnisse und Defizite beinhalteten, die den Abschluß von Verträgen verhindert und die von allen gewünschte Verbreitung integrierter Versorgungsmodelle verzögert haben.

Hinsichtlich der Finanzierung bleiben die Vorschläge jedoch im Ansatz stecken. Einer Zusammenführung der unterschiedlichen Versorgungsebenen stehen nach Ansicht des Marburger Bundes heute neben organisatorischen Hemmnissen im wesentlichen die sektoralen Budgets entgegen. Daher wäre deren komplette Abschaffung eine grundlegende Voraussetzung gewesen. Dazu konnte sich der Gesetzgeber offenbar nicht durchdringen.

Stattdessen werden den Kassen in den Jahren 2004 bis 2006 finanzielle Mittel zur Anschubfinanzierung zur Verfügung gestellt. Dazu hat jede Krankenkasse von der für ambulante ärztliche Behandlungen nach § 85 Abs. 2 an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtenden Gesamtvergütung sowie von den Rechnungen der Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung bis zu 1% einzubehalten. Dies entspricht für das Jahr 2002 220 Mio. Euro im ambulanten und 460 Mio. Euro im stationären Bereich. Damit werden jedem Krankenhaus zunächst liquide Mittel



entzogen, unabhängig davon, ob es an der integrierten Versorgung teilnimmt oder nicht. Insgesamt zahlen Krankenhäuser mehr als das Doppelte in den "Sondertopf" zur Finanzierung der sektorübergreifenden Versorgung als die Kassenärzte. Diese Regelung sowie die darüberhinausgehende Vorschrift, daß Kliniken nur dann

**Stellungnahme des Marburger Bundes zum Entwurf eines Gesetzes  
zur Modernisierung der Krankenversicherung  
(GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) –  
Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und  
Bündnis 90/Die Grünen  
Drucksache 15/1525**

Vergütungen aus diesem Sondertopf erhalten, wenn sie mehr Patienten behandeln als ursprünglich vereinbart, benachteiligt die Krankenhäuser in eklatanter Weise und verschärft die bereits seit Jahren bestehende chronische Unterfinanzierung.

**Der Marburger Bund lehnt die Vorschriften in dieser Form daher ab und fordert den Gesetzgeber auf, hier entsprechend nachzubessern.**

### **Neuordnung der Finanzierung**

Erklärtes Ziel einer Neuordnung der Finanzierung ist, eine größere Belastungsgerechtigkeit und eine Entlastung der Lohnnebenkosten herbeizuführen.

Hier sind als Schwerpunkte

- \* die Ausgliederung versicherungsfremder Leistungen und ihre Finanzierung aus Steuermitteln

sowie

- \* die Ausgliederung des Krankengeldes aus der paritätischen Finanzierung vorgesehen.

Die Ausgliederung versicherungsfremder Leistungen, d. h. von Leistungen, die keinen direkten Bezug zur Krankheit haben und somit eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellen, entspricht einer seit Jahren von der Ärzteschaft vertretenen

Forderung und wird daher vom Marburger Bund begrüßt. Wie bereits in der Stellungnahme zum Koalitionsentwurf erwähnt, gilt dies grundsätzlich auch für die zur Gegenfinanzierung geplante Erhöhung der Tabaksteuer, die gesundheitspolitisch begrüßenswert ist, da sie einen wichtigen präventiven Effekt insbesondere für jugendliche Raucher erzielen kann.

**Stellungnahme des Marburger Bundes zum Entwurf eines Gesetzes  
zur Modernisierung der Krankenversicherung  
(GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) –  
Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und  
Bündnis 90/Die Grünen  
Drucksache 15/1525**

Umso bedauerlicher ist, daß die zunächst vorgesehene deutliche Einmal-Erhöhung um einen Euro durch die nun geplante dreistufige Erhöhung ersetzt wird. Damit werden keine präventiven Wirkungen von dieser Regelung ausgehen, da die Menschen sich erfahrungsgemäß an Preiserhöhungen in kleinen Schritten schnell gewöhnen.

Der Marburger Bund fordert daher nach wie vor, die Mehreinnahmen aus der Tabaksteuererhöhung nicht nur für die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen zu verwenden, sondern sie auch für präventive Zwecke und Gesundheitsförderung einzusetzen.

Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen, wonach das Krankengeld zukünftig allein durch die Versicherten finanziert wird, stößt auf erhebliche Bedenken, da es sich im Ergebnis um eine Kostenverlagerung auf die Arbeitnehmer ohne jegliche Steuerungswirkung handelt.

Eine "Privatisierung" des Krankengeldes ist insofern problematisch, als es sich hierbei um den einzigen Teil der GKV, der nach dem Äquivalenzprinzip finanziert ist, handelt. Wer Krankengeld bezieht, ist bereits seit 6 Wochen krank, eine Steuerungswirkung zur Vermeidung überflüssiger oder übermäßiger Inanspruchnahme kann diese Regelung also nicht entfalten.

Der an sich sinnvolle Ansatz, Leistungen aus dem Katalog der GKV auszugliedern und die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken wird dadurch ad absurdum geführt.

**Stellungnahme des Marburger Bundes zum Entwurf eines Gesetzes  
zur Modernisierung der Krankenversicherung  
(GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) –  
Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und  
Bündnis 90/Die Grünen  
Drucksache 15/1525**

Demgegenüber hält der Marburger Bund die ab 2005 geplante Finanzierung des Zahnersatzes allein durch die Versicherten für sachgerecht und zielführend, da in diesem Bereich Präventionsmöglichkeiten und Steuerungswirkung gegeben sind.

**Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen und Abschaffung des Arztes im  
Praktikums**

Zu begrüßen ist, daß der Entwurf nunmehr zusätzliche finanzielle Mittel sowohl für die Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen als auch für die durch die geplante Abschaffung des Arztes im Praktikums entstehenden Mehrkosten vorsieht.

Beides entspricht wiederholt und entschieden vorgetragenen Forderungen des Marburger Bundes.

§ 6 Abs. 5 Bundespflegesatzverordnung bzw. § 4 Krankenhausentgeltgesetz sehen vor, für die Jahre 2003 bis 2009 jährlich einen zusätzlichen Betrag bis zur Höhe von 0,2% des Gesamtbetrages bzw. Erlösbudgets zu vereinbaren.

Daß dies nur möglich ist unter der Voraussetzung einer schriftlichen Vereinbarung mit der Arbeitnehmervertretung, die eine Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen zum Gegenstand hat, findet unsere ausdrückliche Zustimmung.

Ebenfalls erscheint es sachgerecht, diese Mittel außerhalb des Budgets und als Zuschlag zu vereinbaren, der nicht der schrittweisen Angleichung der Basisfallwerte vom 01. Januar 2005 bis zum 01. Januar 2007 unterliegt.

Insgesamt stehen für die Jahre 2004 bis 2009 jährlich 100 Mio. zur Verfügung. Dies ist jedoch keinesfalls ausreichend und im zeitlichen Ablauf unbefriedigend.

**Stellungnahme des Marburger Bundes zum Entwurf eines Gesetzes  
zur Modernisierung der Krankenversicherung  
(GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) –  
Gesetzesentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und  
Bündnis 90/Die Grünen  
Drucksache 15/1525**

Als Konsequenz des EuGH-Urteils vom 09.09.03, wonach Bereitschaftsdienst Arbeitszeit ist, müssen in den Kliniken rd. 15.000 Ärztinnen und Ärzte zusätzlich eingestellt werden.

Mit bemerkenswerter Deutlichkeit hat der Europäische Gerichtshof darauf hingewiesen, daß die dem Urteil zugrunde liegende Richtlinie 93/104/EG des Rates vom 23.11.1993 die Verbesserung von Sicherheit, Arbeit, Hygiene und Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer zum Ziel hat und damit Zielsetzungen verfolgt "die keinen rein wirtschaftlichen Erwägungen unterstellt werden dürfen".

Aus diesem Grund wurden im Rahmen der Urteilsfindung auch die von fünf Mitgliedsstaaten einschließlich der Bundesrepublik Deutschland erhobenen "Einwände betreffend die wirtschaftlichen und organisatorischen Auswirkungen" zurückgewiesen.

**Der Marburger Bund fordert deshalb, den im Gesetzesentwurf vorgesehenen Zeithorizont zu verkürzen und die Finanzmittel deutlich zu erhöhen. Ein Gesetzgeber, der die zwingend notwendige Umsetzung gesetzlicher Vorschriften des Jahres 2004 bis zum Jahr 2009 hinausgezögert, macht sich unglaublich. Der Marburger Bund erinnert nochmals an seinen Stufenplan, den er am 08.06.03 allen politischen Entscheidungsträgern zur Kenntnis gebracht hat. Darin haben wir eine Streckung der erforderlichen Neueinstellungen und der damit verbundenen Finanzmittel über drei Jahre angeregt und für jedes Jahr einen Beitrag von rd. 400 Mio. Euro gefordert.**

**Deutscher  
Gewerkschafts-  
bund  
Bundesvorstand  
Abteilung Sozial-  
politik**

Seite 1 von 13

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

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

### 1. Vorbemerkung

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

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

### 2. Liberalisierung des Vertragsrechts verwirklichen

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

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

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

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, die nötigen Rahmenbedingungen für mehr Vertragsfreiheit zu schaffen. Der bisher existierende Wettbewerb unter den Krankenkassen funktioniert nicht richtig. Er ist bisher entbrannt um gute Risiken. Er kann erst dann



sinnvoll wirken, wenn er ergänzt wird um einen Wettbewerb um ein qualitativ hochwertiges Leistungsangebot.

Das angebliche Drei-Säulen-Modell ist nichts anderes als die Festschreibung des Status quo. Auch bisher waren Disease-Management-Programme oder Verträge zu integrierter Versorgung über Einzelverträge möglich. Insoweit stellt der vorliegende Gesetzesentwurf im Hinblick auf den Einstieg in den Vertragswettbewerb keinen Fortschritt dar. Insbesondere die Oppositionsparteien, die das Wort Wettbewerb allenthalben im Mund führen, sind aufgefordert, sich an dieser Stelle zu bewegen.

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

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

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

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

### **Zahnersatz**

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

Ab 2005 wird der Zahnersatz aus dem Leistungskatalog der GKV ausgegliedert. Gesetzliche Krankenkassen müssen ihren Versicherten eine Zahnersatzversicherung als obligatorische Zusatzleistung anbieten, wobei die Spitzenverbände der Krankenkassen einen ausgabendeckenden, einheitlichen, einkommensunabhängigen Beitrag je Mitglied festlegen. Die beitragsfreie Familienversicherung bleibt erhalten. Die Versicherten erhalten eine Wahlmöglichkeit zur privaten Krankenversicherung, wenn diese ein der GKV vergleichbares Versicherungsangebot machen. Eine Rückkehrmöglichkeit für Versicherte, die sich zur Absicherung des Zahnersatzes in der PKV entscheiden, in die GKV gibt es nicht.

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

### **Krankengeld**

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

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

Darüber hinaus verkehrt sich die kurzfristige Entlastungswirkung für Arbeitgeber schnell ins Gegenteil: ohne das finanzielle Interesse der Arbeitgeber an der Gesundheit der Beschäftigten durch die paritätische Finanzierung des Krankengeldes besteht die große Gefahr, dass die Bereitschaft zur betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention sei-

tens der Unternehmen ausgehöhlt wird. Wenn aber die Gesundheitsbelastungen in den Betrieben steigen, drohen die Einsparungen der Arbeitgeber schnell zu einem Bumerang für das Gesundheitswesen insgesamt zu werden. Höhere Ausgaben würden dann auf die Beitragssätze zurückschlagen und wiederum den Druck auf eine weitere Privatisierung von Gesundheitsleistungen oder die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall erhöhen.

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

Die politische Grundsatzentscheidung, das Krankengeld weiterhin als Leistung der GKV zu belassen und den Finanzierungsmodus zu ändern, verhindert zwar die Nachteile für die 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 Beitragslasten für die Versicherten das Ziel der höheren Konsumnachfrage, die zur Belebung des Wirtschaftsstandortes dringend benötigt wird.

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

### **Versorgungsbezüge**

Der DGB lehnt die vorgesehene Regelung, wonach Rentner mit Versorgungsbezügen und Einkommen aus selbständiger Arbeit mit dem vollen GKV-Beitragssatz belegt werden sollen, gleichfalls ab. Die Änderung der Beitragsbemessung für einzelne Versicherten-

gruppen ist im Rahmen des GMG nicht angemessen und muss im Zuge der Weiterentwicklung der Finanzierungsgrundlagen der GKV im Grundsatz geregelt werden.

### **Streichung von Leistungen**

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

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

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

### **Neugestaltung der Zuzahlungen**

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass künftig für alle Leistungen einschließlich der Arzneimittelversorgung eine prozentuale Zuzahlung von 10% erhoben wird, wobei höchstens 10 Euro und mindestens 5 Euro je Leistung zugezahlt werden müssen. In der ambulanten Versorgung fallen 10 Euro Zuzahlung pro Quartal und Behandlungsfall an, wenn die Behandlung nicht auf Überweisung erfolgt. Bei Krankenhausaufenthalten haben Patienten in Zukunft 10 Euro pro Tag für maximal 28 Tage im Jahr zu leisten. Bei stationären Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen beträgt die Zuzahlung 10 Euro pro Tag und wird nur bei Anschlussheilbehandlungen auf maximal 28 Tage pro Jahr begrenzt.

Der DGB lehnt die Neugestaltung der Zuzahlungen ab. Die beabsichtigten Zuzahlungen bei Krankenhausaufenthalten und Arztbesuchen sind in der vorgeschlagenen Höhe sozial unausgewogen und gesundheitspolitisch gefährlich. Die Zuzahlungserhöhungen mit einem beabsichtigten Volumen von 3,2 Milliarden Euro jährlich treffen ausschließlich die

Kranken. Gesundheitspolitisch sinnvolle Steuerungswirkungen sind ausgeschlossen, so dass sie lediglich einen ordentlichen Griff in die Taschen der Kranken darstellen.

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

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

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

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

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

Der DGB unterstützt die Einrichtung einer Stiftung und eines Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit und die in dem Gesetzentwurf vorgesehene Nutzenbewertung von Arzneimitteln. Diese Nutzenbewertung allein begrenzt auf den Bereich der Arzneimittel reicht jedoch nicht aus. Vielmehr kommt es darauf an, in die Nutzenbewertung sektorübergreifend andere Therapieformen im Interesse der Entwicklung von optimierten Therapiepfaden einzubeziehen.

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

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

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

## **5. Reform der Organisationsstrukturen**

### **Organisationsstrukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen**

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

### **Organisationsrecht der Krankenkassen**

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

### **Gemeinsame Selbstverwaltung**

Der DGB unterstützt die Absicht, die gemeinsame Selbstverwaltung zu straffen und zu entbürokratisieren. Durch die Abschaffung des Koordinierungsausschusses und der Bun-

desausschüsse und die Bildung eines Gemeinsamen Bundesausschusses mit Unterausschüssen für die ärztliche, zahnärztliche und stationäre Versorgung sind jedoch nicht gleichzeitig auch Instrumente zur Beseitigung der Blockadehaltung in der Gemeinsamen Selbstverwaltung geschaffen. Entsprechende Maßnahmen sollten noch gefunden werden.

### **Konzertierte Aktion**

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

### **Datentransparenz**

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

### **Verwaltungskosten der Krankenkassen**

Der DGB beurteilt die Verpflichtung der Gesetzlichen Krankenkassen zur Reduzierung der Verwaltungskosten skeptisch. Bei der Neuregelung gilt es zu berücksichtigen, dass die GKV in den letzten Jahren eine erhebliche Erweiterung ihres Aufgabenspektrums erfahren hat, der einen gewissen Anstieg der Verwaltungskosten rechtfertigt. Bei der zukünftigen Aufgabenzuweisung ist zudem zu beachten, dass die Kassen entsprechende organisatorische und personelle Kapazitäten bereit halten können, um diese zu bewältigen. Eine pauschale Absenkung der Verwaltungskosten ist kontraproduktiv, insbesondere dann, wenn die Gesetzlichen Kassen in einen Wettbewerb mit Privaten Kassen gezwungen werden, deren Verwaltungskosten um ein Vielfaches höher liegen und keiner Beschränkung unterliegen.

Zur Zeit sind die Investitionskosten noch Bestandteil der Verwaltungskosten. Die Investitionskosten sollten aus der Verwaltungskostendeckelung ausgenommen werden. Durch eine separate Betrachtung der Investitionskosten würden die Krankenkassen in die Lage versetzt, durch gezielte Investitionen neue Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen und damit Beiträge zur Betragssatzstabilisierung zu leisten.

## **6. Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen**

### **Hausarztzentrierte Versorgung**

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

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

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

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

### **Medizinische Versorgungszentren**

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

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

### **Integrierte Versorgung**

Der Abbau juristischer Barrieren und ökonomischer Hemmnisse ist dringend erforderlich, um die Integrierte Versorgung auszubauen. Die Schaffung von finanziellen Anreizen ist



sachgerecht. Zu bedauern ist, dass auf Druck der Apotheken die Einbeziehung von Apotheken in integrierte Versorgungskonzepte in letzter Minute praktisch wieder zurückgenommen wurde. Kritisch zu überprüfen wird sein, wie sich Budgetbereinigungen in den Fällen vornehmen lassen, in denen das Volumen beabsichtigter integrierter Versorgungsprojekte über die 1 %-ige Anschubfinanzierung hinausgeht.

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

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

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

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

#### **7. Arzneimittelversorgung**

Die Übertragung der Finanzierung von **nichtverschreibungspflichtigen Medikamenten** ( TC-Präparate) auf die Versicherten lehnt der DGB ab. Patienten werden mit dieser Maßnahme einseitig belastet. Zudem ist mit Ausweichstrategien in der Verordnung zu verschreibungspflichtigen Medikamenten zu rechnen, die zu einem Kostenanstieg in der GKV führen.

Die **Novellierung der Arzneimittelpreisverordnung** wird vom DGB als notwendig erachtet. Diese Maßnahme wird als ein Schritt zur wettbewerblichen Steuerung im Arzneimittelmarkt bewertet.

Die Einführung des **Versandhandels** von Arzneimitteln wird begrüßt. Der mögliche Wettbewerb wird zur Kostensenkung ohne Qualitätsverlust für Patienten führen. Der Einbezug von öffentlichen und Versandapotheken in die Integrierte Versorgung ist sinnvoll. Die Veränderung des **Mehrbesitzverbotes** für Apotheken wird vom Grundsatz her bejaht, ist aber durch die festgelegte Obergrenze von vier Apotheken pro Eigentümer nicht ausreichend. Ein tatsächlicher Wettbewerb mit Kosteneinsparungen für die GKV hätte nur

durch die gänzliche Aufhebung des Mehrbesitzverbotes erreicht werden können. In diesem Zusammenhang ist auch die **Beibehaltung des Fremdbesitzverbotes** abzulehnen. Auf diese Weise können keine Apothekenketten gebildet werden, die zu besonders günstigen Preisen einkaufen und verkaufen können.

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

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

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

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

**DPR**

**DEUTSCHER  
PFLEGERAT**

*Bundesarbeitsgemeinschaft der Pflegeorganisationen  
Selbstverwaltung des Pflege- und Hebammenwesens*

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0273(32)  
vom 22.09.03**

**15. Wahlperiode**

Stellungnahme  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung  
der Gesetzlichen Krankenversicherung  
**(GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)**  
vom 08. September 2003

### **Vorbemerkung**

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Pflegeorganisationen und des Hebammenwesens (DPR e.V.i.G.) ist Partner der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, Vertragsbeteiligter nach §137 SGB V und vertritt die gesundheitspolitischen Interessen der Pflege auf Bundesebene.

*Der DPR nimmt zum Entwurf wie folgt Stellung.*

Mit dem vorgelegten Gesetz-Entwurf wurde die großmundig angekündigte Reform, KV-Finanzierung **und Strukturveränderung** innerhalb des Leistungsgesetzes die nicht eingelöst.

Vielmehr zeigt sich, dass der Gesetzgeber sich nicht von einem krankheitsorientierten, damit medizindominierenden Gesundheitswesen trennen will oder kann.

Ganz im Gegenteil, er erhält und festigt systemimmanente, modernisierungsverhindernde Strukturen.

Auf der Basis dieser Entscheidung, kommt es zwangsläufig zu einem Ungleichgewicht, was die Lastenverteilung zur Finanzierung sowohl in 2004 als auch 2007 betrifft.

Die beabsichtigte Senkung des Beitragssatzes um 0.9% Punkte muß überwiegend von Versicherten und Patienten erbracht werden.

War doch die Reform 2000 richtungsweisend was den Modernisierungsprozess betrifft.

Sie führte zu ersten erfolgreichen Schritten was Transparenz, Qualitätsentwicklung, Erweiterung der vertraglichen Kooperation was den eigenständigen Leistungserbringer „Pflege“ betrifft.

Die Kritik des DPR betrifft auch die Gestaltung des neuen Mammutausschusses „Gemeinsamer Bundesausschuss“.

Die konstruierte Gremien- Verschlankung macht nur Sinn, wenn das neue Konstrukt zielorientiert gemanagt werden kann.

Mit Nichten trifft dieser Aspekt beim „Gemeinsamen Bundesausschuss“ zu.

Die bereits heute bekannten großen unterschiedlichen Interessen lassen sich nicht durch einen solch unbeweglichen Apparat erfolgreich moderieren.

Gegenwärtige Erfahrungen zeigen, dass z.B. Ersatzvornahmen durch das BMGS zunehmen, zunehmend Schiedsstellenregelungen aktiviert werden, fachliche-inhaltliche Diskussionen sehr verkürzt, auf Vertragswesen reduziert und somit die Versorgungsperspektive um relevante Fragestellungen z.B. zum Pflegebedarf, Nutzen, ausgeblendet wird.

Der Fortschritt im Entwurf findet bei der Bezeichnung des geplanten Instituts für „Qualität und Wirtschaftlichkeit im **Gesundheitswesen**“ statt.

Gerade hier hätte wir erwartet werden können, dass die breite Qualitätsdiskussion der letzten Jahre, der GMK- Beschluss von Cottbus 1997/98, Qualitätsentwicklung berufsgruppenübergreifend zwischen Medizin und Pflege erfolgen muß, um strukturell und inhaltlich effektiv und nachhaltig zu wirken.

Die Feststellungen des Sachverständigenrates im Gutachten 2000/2001, dass integrierte Qualitätsmanagementprogramme Gestaltungsaufgabe der beiden Professionen sein soll, wird völlig außer Acht gelassen.

Die stärkere Einbindung der Patientinnen und Patienten in die Qualitätsdiskussion begrüßen wir.

Der Gesetzentwurf verkennt, durch seine vordergründigen Argumente zur Verschlankung der Gremien den wirkungsvollen Nutzen professioneller, pflegerischer Expertise innerhalb des gesetzlichen Regelwerks des SGB V.

Wenn er den Einfluss pflegefachlicher Expertise und die Sichtweise fachpraktischer Erfahrung auf das medizindominierte Gesundheitswesen weiterhin verweigert, wird dies sowohl für die Qualitätssicherung, Patientenversorgung als auch für die Finanzierung von großem Schaden sein.

Diese negative Entwicklung und deren Folgen muss der Öffentlichkeit und den Betroffenen 1,2 Mio. Beschäftigten in der Pflege erklärt werden.

Inkonsequent verhält sich der Gesetzgeber in zweierlei Hinsicht.

Er fördert die Professionalisierung der Pflege (50 Studiengänge auf Hochschulebene, modifizierte Pflegeausbildung mit europäischer Anpassung ab 2004 in dem ausdrücklich eigenverantwortliche und mitwirkende Aufgaben postuliert damit u.a. Interdisziplinarität zu anderen Gesundheitsberufen erreicht wird.

Unterstützt wird die interne und extern vergleichende Qualitätsentwicklung. Er finanziert eine sinnvolle und wirkungsvolle evidenzbasierte Pflege-Standardentwicklung und schreibt Pflegeforschungsprojekte aus.

Andererseits tritt er mit diesem Gesetzentwurf den Rückzug, was die Mitwirkungs- und Gestaltungsrechte der Pflege betrifft an, ja man muß feststellen, dass der Gesetzgeber warum auch immer sich selbst an wertvoller Ressourcenverschwendung beteiligt.

Deutschland hat die höchste Arztdichte der Welt (WHO2001). Die Ausgaben im Gesundheitssystem werden überwiegend durch ärztliche Verordnungen veranlasst.

Flexibilisierung und Kooperationserweiterung in den sozialgesetzlichen Regelungen könnte durch den Leistungsfaktor „Pflege“ eine gesellschaftlich erwünschte Dynamik erzeugen.

## **Stellungnahmen zu Paragrafen die insbesondere einer Pflegeexpertise bedürfen:**

### **§ 20 Prävention und Selbsthilfe**

Der DPR begrüßt den Ansatz, die Verpflichtung der Kassen nach § 20 Abs. 3 und 4 in der Umsetzung zu sichern. Prävention und Gesundheitsförderung sind eine große Chance zum grundlegenden Wandel des Gesundheitswesens. Ob allerdings ein Sondervermögen mit einem neuen bürokratischen Überbau sinnvoll ist, bleibt zweifelhaft. Die Anwendung bestehender Aufsichtsmechanismen hätte dies auch erreichen können.

Aus Sicht des DPR ist neben den genannten Feldern der Prävention angesichts der Alterung unserer Gesellschaft insbesondere Prävention von Pflegebedürftigkeit und von stationärer Betreuung bedeutsam. Der vom Forum Prävention und Gesundheitsförderung propagierte präventive Hausbesuch in Verknüpfung mit dem Konzept der Familiengesundheitsschwester der WHO ist hier ein sinnvoller Ansatz.

Nach Ansicht des DPR muss daher die Einbeziehung des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung im Sinne der Mitbestimmung verstärkt werden. Nur durch seine Beteiligung kann die Entscheidungsfindung im Sinne der Menschen gesichert werden.

### **§ 32 Heilmittel**

Die Zuzahlungen in diesem Sektor werden die Patienten erheblich belasten. Bei Heilmittelkombinationen können die Zuzahlungen sogar mehrfach anfallen. Es steht zu befürchten, dass damit eher wieder auf Arzneimittel zurückgegriffen wird. Dadurch werden präventive und rehabilitative Heilmittelleistungen, die in der Regel nachhaltigere Wirkung haben, verhindert.

### **§ 37 Häusliche Krankenpflege in Verbindung mit § 61 Satz 3 Zuzahlung:**

Der DPR begrüßt die Ergänzung in § 37 Absatz 2, nach der Behandlungspflege auch für unterkunftslose Menschen gilt.

Die Nachbesserung in der Zuzahlungsregelungen nach **§ 37 Absatz 5** (Beschränkung der Zuzahlung auf 28 Kalendertage im Jahr, wie bei stationärer

Behandlung) sowie die Vorgabe, dass die Zuzahlung an die Krankenkassen zu zahlen ist, wird von uns begrüßt. Allerdings bestehen Bedenken, dass für die häusliche Krankenpflege die Begrenzung auf einen Höchstbetrag von 10,- EUR pro Tag (wie bei anderen Zuzahlungen) offensichtlich nicht vorgesehen ist.

### **§ 38 Haushaltshilfe**

Haushaltshilfe und häusliche Krankenpflege werden häufig gemeinsam erforderlich. Daher macht es Sinn die Zuzahlungsregelung auf gleiches zeitliches Niveau zu stellen.

### **§ 60 Fahrtkosten**

Übernahme der Fahrtkosten durch die GKV muss neben zwingenden, akutmedizinischen Gründen den Regelfall pflegerisch- medizinisch zu lassen. Beide Indikationsstellungen sind austauschbar und müssen über das Gesetz zugelassen werden.

### **§ 65 Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten**

Bonusregelungen für gesundheitsbewusstes Verhalten erscheinen grundsätzlich sinnvoll. Aufgezeigte Beispiele sind Angebote struktureller Art, sprechen nicht das eigentliche gesundheitsbewußte Verhalten des Einzelnen an, sondern kennzeichnen eher einen Marketingeffekt der Leistungsanbieter (Preisbewußtsein). Wirkliche Anreize kommen aus einem sinnvollen Präventionsprogramm.

### **§ 91 Gemeinsamer Bundesausschuss**

Die Zusammensetzung des jetzt geplante „Gemeinsamen Bundesausschuss“ wird durch die ausgeprägten Interessensgegensätze keine Erneuerung für die inhaltliche Diskussion erreichen. Es fehlt an Perspektivbreite für die umfangreichen Fragestellungen und Beschlüsse. Hier fehlt jeglicher Mut mag aus Gründen der Parität zwischen den Vertragspartnern und zur gleichmäßigen Verteilung der Kosten sinnvoll erscheinen. Für die inhaltliche Arbeit sind jedoch zur Qualitätssicherung und differenzierten Fachlichkeit Beteiligungen der entsprechenden leistungserbringenden Berufe hier in hohem Maße der DPR erforderlich. Insofern sollte § 91 Absatz 3 Nr.2 wie folgt ergänzt werden:

*Das Mitberatungsrecht erhält auch die Vertretung der Berufsorganisation der Pflege und des Hebammenwesens (Deutsche Pflegerat) nach §137, um so die selbstverständliche Pflege-Expertise einer Patientenorientierung mit in die Diskussion einbringen zu können.*

In Fortführung des §91 Absatz 4 bedarf es der dringenden Ergänzung um den §137 (externe vergleichende QS) und im

*Absatz 8 bedarf folgerichtig der Ergänzung um die Vertreter.... so auch der nach §137 benannte Vertragsbeteiligte DPR ist an den Entscheidungen und Beschlüssen maßgeblich mit einem qualifizierten Mitspracherecht zu beteiligen.*

Begründung: Die Beteiligung des Deutschen Pflegerates, erscheint uns insofern wichtig, als alle, unter medizinischen Aspekten getroffenen Entscheidungen, unmittelbare Auswirkung auf pflegerische Leistung und wirtschaftliche Organisation pflegerischer Arbeit haben. Die Entwicklung von Behandlungsprogrammen muss neben evidenzbasierter Medizin immer auch pflegewissenschaftlich begründete

Standards im Blick haben, wenn Qualität und Wirtschaftlichkeit eines Programms oder einer Maßnahme abgewogen werden sollen.

### **§ 95d Pflicht zur fachlichen Fortbildung**

Diese wird vom DPR sehr begrüßt und unterstützt.

Nicht nachzuvollziehen ist aus unserer Sicht die ungleiche Verfahrensweise bei Festlegung der Fortbildungsinhalte und Überprüfung der regelmäßigen Teilnahme. Für die medizinischen Berufe soll die inhaltliche Qualität von den jeweiligen Berufskammern festgelegt werden und der Nachweis wird im niedergelassenen Bereich durch die Kassenärztlichen Vereinigungen überprüft. Dagegen sollen für andere Heilberufe (Heilmittelerbringer, Pflegeberufe) die Fortbildungsinhalte in den Rahmenvereinbarungen mit den Kassen festgelegt werden und außerdem Inhalt der Vertragsverhandlungen sein (§ 125 Heilmittel, § 132a Versorgung mit häuslicher Krankenpflege).

Wir empfehlen dringend, die Qualität und Quantität der Fortbildungsmaßnahmen durch ein von den *Verträgen unabhängiges Gremium aus Berufsexperten festlegen* zu lassen und auch die Überprüfung in die Hand der Berufsgruppe zu legen. Das hätte gleichzeitig den Effekt, dass ein aktuelles Berufsregister entstehen könnte, mit dessen Hilfe sich eine Gesundheitsberichterstattung mit realistischen Zahlen aufbauen ließe.

### **§ 135 Verpflichtung zur Qualitätssicherung**

Wir halten die Konkretisierung und ausdrückliche Verpflichtung der beteiligten Institutionen, sich an einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen, für nützlich und sinnvoll (Abs. 2, Satz 1, Nr. 1).

### **§ 137 Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern nach §108**

Die neue Regelung lässt zu, dass erfahrene Strukturen ab 2004 übernommen werden können. Danach kann erstmals auch externe vergleichende QS auch für die Pflege genutzt werden.

### **§ 139a Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen**

Durch die absolute Machbefugnis des Gemeinsamen Bundesausschusses erhält die Bedeutung des Institutes eine enorme Schwäche.

Will man wirklich eine unabhängige Einrichtung, dann sind die einseitigen Interessen und Schwerpunkte der Vertragspartner dringend zu erweitern um Sichtweise und Expertise von Pflege.

Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse gelangen gerade auf dem Gebiet der Qualität in hohem Maße durch die Pflegepraxis in die Behandlungsdiskussion um Ergebnisqualität und Wirtschaftlichkeit. Es wäre ein großer Verlust, wenn hier der Zugang für den DPR als fachliches Sprachrohr der Lehre und Praxis nicht gehört werden soll.

Der DPR empfiehlt dringend, für das *Institut eine Beteiligungsregelung wie in § 137 vorzusehen*, um das breite Spektrum pflegerischer Leistungen bei Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsüberlegungen nicht auszublenden sondern in hohem Maße für die qualitativ hoch stehende Gesundheitsversorgung zu nutzen.

### **§ 139 b Absatz 1 Aufgabendurchführung**

Zur Erfüllung der Aufgaben nach Nr.3 Bewertung evidenzbasierter Leitlinien bedarf es der Hinzufügung nach Organisationen..... *der Pflegeorganisationen und des Hebammenwesens* (GMK-Beschluss pflegerischer Standards). Dies steht dann auch realistisch im Kontext zu den bereits vom BMGS geförderten Einrichtungen zur Entwicklung von Qualitätsstandards, deren weiterer Ausbau und entsprechend aufgelegte Evaluierungsprogramme.

### **§ 140 Integrierte Versorgung**

Hier fehlt der ausdrücklich Aspekt Konsiliarpflege als ein Alternatives Konzept in der Beschreibung.

Die Betonung und Ausgestaltung übergreifender Arbeitsteilung der Leistungssektoren wird sehr begrüßt. Die Einschränkung auf bisherige traditionelle Aufgabenfelder behindern allerdings echte Reformmöglichkeiten (Beispiel: Die Übernahme von Injektionen durch fachlich entsprechend geschultes Pflegepersonal wäre wesentlich preiswerter zu erbringen und abzurechnen als durch ärztliche Versorgung). Hinweis auf Aussagen des SVR aus dem Gutachten 200/2001 kennzeichnen die Notwendigkeit von Medizin und Pflege, ihren Bezugsrahmen neu auf erweiterte Bewertungsmuster auszurichten. Integrierte Versorgung muss inhaltlich mit den erforderlichen Pflegeleistungen auch vertraglich, bezogen auf das Casemanagement erweitert werden.

### **§ 301 Krankenhäuser/Abrechnungen (S.371)**

Zunehmend wird transparent, dass ohne relevante Pflegedaten eine Weiterentwicklung des DRG- Systems, das Erreichen einer weiteren Verbesserung der Homogenität und realistische Abrechnungssystematik nicht möglich sein wird. Dringend notwendig erscheint daher, dass der Gesetzgeber endlich die Notwendigkeit erkennt, relevante originäre Pflegedaten z. B. FIM,ICF und LEP wie sie beispielsweise in der Schweiz erfasst werden, dringend in die Erhebungsstruktur aufgenommen werden müssen.

### **Artikel 7**

#### **Änderung des SGB XI**

Der DPR ist der Auffassung, dass im Bereich des SGB XI ein hoher Neuregelungsbedarf besteht. Es ist daher nicht zu verstehen, dass die einzigen Änderungen, die innerhalb dieses Gesetzes vorgeschlagen werden, die Übertragung der im SGB V vorgesehenen Korruptionsbekämpfungsstellen auf die Pflegeversicherung und der Umgang mit Sozialdaten sein sollen. Dies zeigt deutlich, dass der Gesetzgeber weder die Interessen der pflegebedürftigen Menschen noch die Probleme der Pflegeeinrichtungen nach SGB XI als Aufgaben der Gesundheitsversorgung einschätzt.



Wir sind davon überzeugt, dass mit der Einbindung der Ressource Pflege in die Leistungsgesetzgebung (SGB V und XI) ein spürbarer Effekt auf Nutzen, Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen bereits eingetreten ist und sich weiter positiv auswirken wird. Daher ist der Einfluss professioneller Pflege nicht ein zu schränken, sondern muss im Gegenteil auch auf andere Sozialgesetzbücher ausgedehnt werden.

Berlin, 22. September 2003

*17.1.12-114*

**Marie-Luise Müller**  
**Präsidentin**  
**Deutscher Pflegerat e.V.**

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0273(33)  
vom 22.09.03**

**15. Wahlperiode**

**Stellungnahme  
des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie e. V.**

**zum Gesetzentwurf  
der Fraktionen SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/ Die Grünen**

**Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen  
Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)**

**BT-Drs. 15/1525**

**Die Neuordnung der Arzneimittelversorgung im  
Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG)**  
—  
**Grundrechtliche Grenzen und  
EG-kartellrechtliche Anforderungen**

**KURZFASSUNG**  
des  
**RECHTSGUTACHTENS**

erstellt im Auftrag des  
Bundesverbands der Pharmazeutischen Industrie e.V.

Robert-Koch-Platz 4

10115 Berlin

durch

Univ.-Prof. Dr. iur. Ulrich M. Gassner, Mag. rer. publ., M. Jur. (Oxon.)

Scharnitzer Weg 9

86163 Augsburg

Stand: 17. September 2003

## Vorbemerkung

Die folgenden Ausführungen verstehen sich als Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse und zentralen Argumentationslinien des erstellten umfänglichen Gutachtens und haben daher zwangsläufig nur fragmentarischen Charakter.

### I. Der Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 34 Abs. 1 Sätze 1 bis 5 SGB V-E)

#### 1. Vereinbarkeit mit Verfassungsrecht

Der *Schutzbereich* von **Art. 12 Abs. 1 GG**, der u.a. unternehmerisches Handeln umfasst, ist wohl nicht eröffnet, da die Grundsätze des BVerfG-Urteils vom 17. Dezember 2002 zu den Festbeträgen auf den hier interessierenden Sachverhalt übertragbar sind. Hierfür spricht u.a., dass in beiden Fällen nicht nur Arzneimittelhersteller, sondern auch Versicherte belastet werden. Die Folgewirkungen von § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V-E dürften ebenso wie bei Festbeträgen als *bloßer Reflex* geänderter Leistungsansprüche von Versicherten anzusehen sein. Eine *objektiv berufsregelnde Tendenz* des § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V-E zu Lasten der Arzneimittelhersteller ist daher zu verneinen.

Unabhängig hiervon ist § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V-E nicht *geeignet*, zu dem Ziel, die Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung zu verbessern, einen Beitrag zu leisten. Denn nicht zuletzt auf Druck der Patienten, die an einer weiterhin überwiegend kostenfreien Versorgung mit Arzneimitteln interessiert sind, wird mit einer entsprechenden Anpassung des Verordnungsverhaltens der Ärzte zu rechnen sein. Bereits bei einer – absolut realistischen – Substitutionsquote von nur 30 % können keinerlei Einsparungen erzielt werden. Zudem konfligiert der Ausschluss rezeptfreier Arzneimittel mit dem weiteren Anliegen des GMG-E, die Qualität der medizinischen Versorgung deutlich zu steigern. Im Übrigen sind dem Reformgesetzgeber *andere*, in gleicher Weise zur Kosteneindämmung *geeignete Wege* eröffnet, um die Ausgaben für Arzneimittel zu senken. Schließlich ist § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V-E *unangemessen*, weil der zu erwartende Umsatzeinbruch von ca. 1 Mrd. € p.a. bei einem Gesamtumsatzvolumen rezeptfreier Arzneimittel von 3,04 Mrd. € (2001) die gesamte, primär mittelständisch strukturierte Branche völlig überfordert. Die Ausnahmeregelungen in § 34 Abs. 1 Sätze 2 bis 5 SGB V-E ändern an diesem Befund nichts.

Ob § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V-E in den *Schutzbereich* des **Art. 14 GG** (Eigentumsfreiheit) eingreift, ist u.a. deshalb zweifelhaft, weil es sich bei der Zulassung eines Arzneimittels um eine *subjektiv-öffentliche Rechtsposition* handelt. Mit Blick auf den damit verbundenen Forschungs- und Entwicklungsaufwand von durchschnittlich 750 Mio. € wird man dies jedoch bejahen müssen.

Das Kriterium der Verschreibungspflicht ist *keine zulässige Inhaltsbestimmung* i.S.v. Art. 14 Abs. 1 Satz 2 GG, weil es als Messlatte für eine effiziente Arzneimittelversorgung eingesetzt werden soll, obwohl es nur dazu dient, die Gefährdungspotenziale von Arzneimittel abzuschichten (vgl. § 48 f. AMG).

Deshalb ist es auch *kein sachgerechtes Differenzierungskriterium* i.S.v. **Art. 3 Abs. GG**.

2. Vereinbarkeit mit EG-Kartellrecht

§ 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V-E ist eine *rein staatliche Regelung* und wird auf Grundlage der EuGH-Rechtsprechung nicht von den gemeinschaftlichen Wettbewerbsregeln erfasst.

3. Zusammenfassung

Der Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung durch § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V-E verstößt gegen den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit. Das Kriterium der Verschreibungspflicht ist keine zulässige Inhaltsbestimmung i.S.v. Art. 14 Abs. 1 Satz 2 GG und hat auch vor Art. 3 Abs. 1 GG keinen Bestand. § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB V-E unterfällt nicht dem EG-Kartellrecht.

II. **Die Einbeziehung der patentgeschützten Arzneimittel in die Festbetragsregelung (§ 35 Abs. 1a SGB V-E)**

1. Vereinbarkeit mit Verfassungsrecht

Das Festbeträge-Urteil des BVerfG schließt es aus, § 35 Abs. 1a Satz 1 SGB V-E am Maßstab des **Art. 12 Abs. 1 GG** zu prüfen.

Die Vorschrift greift jedoch in das durch **Art. 14 GG** geschützte *Grundrecht der wirtschaftlichen Nutzung des Patents* ein. Die wirtschaftlichen Auswirkungen des § 35 Abs. 1a Satz 1 SGB V-E beeinträchtigen die angemessene Verwertung der Patentrechte an Arzneimittel-Wirkstoffen erheblich. Es ist schon zweifelhaft, ob die Einbeziehung der patentgeschützten Arzneimittel in die Festbetragsregelung überhaupt *geeignet* ist, den schon funktionierenden Preiswettbewerb zwischen Analogpräparaten und Originalen weiter zu stimulieren. Käme es aber zu Preissenkungen, dann erschiene die geplante Regelung unter dem Gesichtspunkt der *Zumutbarkeit* noch bedenklicher. Das betrifft etwa die wirtschaftliche Aushöhlung bestehender Patente, insbesondere das Fehlen jedweder *Übergangsregelungen* trotz exorbitanter Aufwendungen.

2. Vereinbarkeit mit EG-Kartellrecht

Die Einbeziehung der patentgeschützten Arzneimittel in die Festbetragsregelung verstößt gegen **Art. 81 Abs. 1 EG (Kartellverbot)** und **Art. 82 EG (Mißbrauchsverbot)**. Auf der Grundlage der neueren Rechtsprechung von EuGH und EuG und vor allem der Schlussanträge von Generalanwalt Jacobs vom 22. Mai 2003 lässt sich kaum bestreiten, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen *Unternehmensvereinigungen* i.S.d. Art. 81 ff. EG sind. Auch die weiteren Tatbestandsmerkmale der Art. 81 Abs. 1, 82 EG dürften richtiger Auffassung nach vorliegen.

Etwas problematischer gestaltet sich die Beurteilung, ob die *Bereichsausnahme des Art. 86 Abs. 2 EG* für mit öffentlichen Aufgaben betraute Unternehmen zum Tragen kommt. Die These von Generalanwalt Jacobs, die Anwendung von Art. 81 Abs. 2 EG sei nur dann ausgeschlossen, wenn gezeigt werden kann, dass die Festbetragsfestsetzung als Methode, mit der die Arzneimittelkosten für Krankenkassen kontrolliert werden sollen, offensichtlich unverhältnismäßig ist, vermag u.a. deshalb nicht zu überzeugen, weil sie aus der Rechtsprechung des EuGH nicht ableitbar ist und den Ausnahmecharakter des Art. 81 Abs. 2 EG auf den Kopf stellt.

### 3. Zusammenfassung

Gewichtige verfassungsrechtliche Gründe sprechen dafür, dass die Einbeziehung der patentgeschützten Arzneimittel in die Festbetragsregelung (§ 35 Abs. 1a Satz 1 SGB V-E) gegen Art. 14 Abs. 1 GG verstößt. Erhebliche Bedenken bestehen auch im Hinblick auf ihre Vereinbarkeit mit den gemeinschaftlichen Wettbewerbsregeln (Art. 81 ff. EG).

## III. Die Erhöhung des Herstellerabschlags von 6 % auf 16 % für verschreibungspflichtige Nichtfestbetragsarzneimittel im Jahr 2004 (§ 130a SGB V-E)

### 1. Vereinbarkeit mit Verfassungsrecht

§ 130a SGB V-E greift in den *Schutzbereich* von **Art. 12 Abs. 1 GG** ein. Das Festbeträge-Urteil des BVerfG ist hier nicht einschlägig, weil der Zwangsrabatt die Versorgung der Versicherten mit Arzneimittel nicht berührt. Nur die Hersteller sind von § 130a SGB V-E betroffen.

Für die geplante Regelung fehlt die *Gesetzgebungskompetenz*.

Die Erhöhung des Zwangsrabatts ist angesichts anderer Sparpotenziale *nicht erforderlich* und auch unter verschiedenen Gesichtspunkten *unangemessen*. Schon mit dem bisherigen Zwangsrabatt in Höhe von 6 % werden die pharmazeutischen Unternehmen in ihren finanziellen Dispositionsmöglichkeiten erheblich eingeschränkt. Der Gesetzgeber scheint deren wirtschaftliche Situation völlig zu verkennen, wenn er nun die Belastung um über 266 % steigert.

Die in § 130a SGB V-E statuierte Geldabschöpfung zu Lasten der Hersteller verschreibungspflichtiger Nichtfestbetrags-Arzneimittel verstößt insofern gegen **Art. 14 Abs. 1 GG**, als sie dazu führt, dass deren *Patentrechte wirtschaftlich ausgehöhlt* werden.

Art. 14 Abs. 1 GG ist auch deshalb verletzt, weil der (zusätzliche) Zwangsrabatt im Ergebnis einer *Sonderabgabe* gleichkommt oder jedenfalls eine *quersubventionierende Preisintervention* darstellt, ohne dass die für solche außersteuerrechtlichen Geldleistungspflichten erforderlichen Zulässigkeitsvoraussetzungen sämtlich erfüllt wären.

Schließlich dürfte auch die vom BVerfG postulierte *Belastungsobergrenze* „in der Nähe einer hälftigen Teilung zwischen privater und öffentlicher Hand“ unter Berücksichtigung der sonstigen Abgabenbelastung in zahlreichen Fällen überschritten sein.

### 2. Vereinbarkeit mit EG-Kartellrecht

Die Auferlegung des (erhöhten) Zwangsrabatts verstößt wegen ihrer *rein hoheitlichen Natur* nicht gegen **Art. 81 f. EG**.

### 3. Zusammenfassung

Die Erhöhung des Herstellerabschlags von 6 % auf 16 % für verschreibungspflichtige Nichtfestbetragsarzneimittel im Jahr 2004 (§ 130a SGB V-E) verletzt Art. 12 Abs. 1, Art. 14 GG und Art. 3 Abs. 1 GG. Ein Verstoß gegen die gemeinschaftlichen Wettbewerbsregeln scheidet dagegen aus.

---

Berlin, 22.09.2003

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0273(34)  
vom 22.09.03**

**15. Wahlperiode**

**Stellungnahme des BMC  
für den Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung  
des Deutschen Bundestages  
anlässlich der öffentlichen Anhörung  
Montag, 22. September 2003**

1. zu ausgewählten Regelungen des Gesetzentwurfes der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN "Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG)"

- Drucksache 15/1525 –

und

2. zum Antrag der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detlef Parr, Dr. Heinrich L. Kolb, weitere Abgeordnete und der Fraktion der FDP, "Zukunft gestalten statt Krankheit verwalten"

- Drucksache 15/1526 –

## Vorbemerkungen

Der BMC setzt bei seinen Vorschlägen für eine Modernisierung der GKV insbesondere auf

1. die Überwindung sektoraler Grenzen durch Förderung versicherten- und patientenzentrierter kooperativer Versorgungs-Strukturen und Prozesse,
2. eine wettbewerblich orientierte Versorgungslandschaft,
3. die nachhaltige Förderung der Transparenz im System,
4. eine Qualitätssicherung unter Beteiligung der wesentlichen Beteiligten,
5. ein hohes Maß an Selbstbestimmung und Verantwortung der Bürger für ihre Gesundheit sowie eine Stärkung der Versicherten- und Patientensouveränität,
6. die Ausgewogenheit des Verhältnisses von Eigenleistungen und Inanspruchnahme von Solidarleistungen,
7. die Förderung der Gesundheitswirtschaft am Standort Deutschland.

Die nachfolgende Stellungnahme beschränkt sich ungeachtet der Komplexität der Regelungen des Gesetzentwurfes lediglich auf Nr. 1 und 2 der obigen Aufzählung im Sinne der Fokussierung des BMC auf Managed-Health-Care-Konzepte (Integrierte Versorgung - §§ 140 a – d und Gesundheitszentren - § 95 Abs. 1), Nr. 4 (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen - § 139 a) und Nr. 6 (Beispiel: Künstliche Befruchtung - § 27 a GMG).

Im Übrigen wird auf die sinngemäße Anwendung vorausgegangener Stellungnahmen des BMC zum GMG-Entwurf in der im Juni 2003 von der Regierungskoalition vorgelegten Fassung verwiesen.

---

## Stellungnahme

<b>Integrierte Versorgung § 140 a - d</b>
---

Die Überwindung bestehender sektoraler Grenzen im Gesundheitswesen und die Schaffung effizienter kooperativer Versorgungsstrukturen, die sich an den Behandlungsketten und den Bedürfnissen der Patienten orientieren, gehört zu den zentralen Ansätzen der anstehenden GKV-Reform. Diesem Ziel dienen die Regelungen der §§ 140 a – d zur Integrierten Versorgung. Hierdurch entsteht ein Wettbewerb unterschiedlicher Versorgungsformen um Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Bei entsprechender Förderung stellt die Integrierte Versorgung ein Konzept der Wirtschaftsförderung durch die Schaffung von neuen Unternehmen und Arbeitsplätzen in der Gesundheitsversorgung dar.

Die Streichung bisheriger bürokratischer und einengende Vorgaben (z.B. in den bisherigen §§ 140 a Abs. 1 und 140 d bis h) entsprechen den Forderungen des BMC und werden deshalb begrüßt.

Die Integrierte Versorgung muss jedoch gemäß dem angestrebten Bedeutungszuwachs aus Sicht des BMC weiter flankiert werden.

Für die Übergangszeit, bis die integrierte Versorgung ab 2007 ohne Budgetbereinigung neben den Regelleistungsvolumina und der morbiditätsorientierten Vergütung bestehen kann,



bedarf es der Schaffung ökonomischer Freiräume, die es ermöglichen, Modelle der integrierten Versorgung mit einem ausreichendem finanziellen Volumen auszustatten.

Dabei wird es entscheidend darauf ankommen, den Leistungserbringern in der integrierten Versorgung relevante Teile der Gesamtvergütung risikoadjustiert (etwa an Hand von Arzneimitteldaten) zur Verfügung zu stellen. Integrationsverträge müssen hier noch eindeutiger einen Vorsprung erhalten.

Erforderlich sind außerdem Investitionsanreize und die Gewähr, dass zeitnah schon vor 2007 ausreichende Mittel für effizienzsteigernde Strukturveränderungen zur Verfügung stehen. Nur so können angestrebte Wettbewerbsmodelle entstehen.

Das Thema DMP gehört in den Wettbewerb auf der Leistungserbringerseite und dort z.B. in die Integrierte Versorgung, allerdings nicht durch bloße Umschreibung von DMP-Verträgen in Verträge zur Integrierten Versorgung, sondern im Rahmen von Konzepten, die ganze Krankheitsbilder und mehrere Sektoren umfassen. Die Verknüpfung von DMP und RSA sollte aus hinlänglich diskutierten Gründen beseitigt werden. Damit entfiele zugleich der gigantische Verwaltungsaufwand, der heute schon zur Vorbereitung der bloßen Geldverschiebung zwischen Krankenkassen nötig ist. Anreize, Verträge nach §§ 137 f – g SGB V zu DMPs auf § 140 a ff umzuschreiben sollten dadurch vermieden werden, dass solche Verträge keine Anerkennung nach § 140 a ff erhalten, wenn gleichzeitig auch die §§ 137 f – g SGB V betroffen sind und sich daraus die RSA-Wirksamkeit ableitet.

#### **Zum § 140 d**

Grundsätzlich ist die Förderung der Integrierten Versorgung durch Einbehaltung von 1% der Gesamtvergütungen der KVen und der Krankenhausrechnungen zu begrüßen. Um Unklarheiten bei dieser Regelung und Missbrauch zu vermeiden, schlägt der BMC folgende Klarstellungen bzw. Änderungen vor:

a) Fehlverwendung und Mitnahmeeffekte der 1%-Förderung durch "Pseudo-§-140 Verträge", die nur einzelne Teile der Versorgung umfassen, sollte verhindert werden. Die Förderung mit 1%-Geldern sollte an die Bedingung geknüpft werden, dass nicht nur eine Prozedur sondern zumindest ganze Krankheitsbilder sowie mindestens drei Sektoren vom Vertrag erfasst werden.

b) §14 d SGB sollte wie folgt geändert werden:

„(1) Zur Förderung der integrierten Versorgung hat jede Krankenkasse in den Jahren 2004 bis 2006 Mittel bis zu 1 vom Hundert von der nach § 85 Abs. 2 an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtenden Gesamtvergütungen sowie von den Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung einzubehalten. Satz 1 gilt nicht für die vertragszahnärztlichen Gesamtvergütungen. Die nach Satz 1 einbehaltenen Mittel sind **ausschließlich** zur Finanzierung der nach § 140c Abs. 1 Satz 1 vereinbarten Vergütungen **einschließlich der durch den Aufbau der integrierten Versorgung entstehenden Kosten** zu verwenden. **Für den Bereich der stationären Versorgung dienen die nach Satz 1 einbehaltenen Mittel ausschließlich der Finanzierung der Kosten für die Integrierte Versorgung, die über den Gesamtbetrag nach §§ 3 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 6 der Bundespflegesatzverordnung enthaltenen Leistungen hinaus vereinbart werden.** Sie sollen in dem Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung verwendet werden, in dem die Mittel einbehalten wurden. Werden die einbehaltenen Mittel nicht innerhalb von drei Jahren für die vorgegebenen Zwecke verwendet, sind die nicht verwendeten Mittel an die Kassenärztliche Vereinigung sowie an die einzelnen Krankenhäuser auszuzahlen entsprechend ihres Anteils an den jeweils einbehaltenen Beträgen.

(2) Die Vertragspartner **der integrierten Versorgung nach § 140 a** der Gesamtverträge ~~nach § 83 Abs. 1~~ haben für den Fall, dass die zur Förderung der integrierten Versorgung

aufgewendeten Mittel die nach Absatz 1 einbehaltenen Mittel übersteigen, die Gesamtvergütungen in den Jahren 2004 bis einschließlich des Jahres 2006 entsprechend der Zahl und der Risikostruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem im Vertrag nach § 140a vereinbarten Versorgungsauftrag im Benehmen mit den Vertragspartnern der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 rechnerisch zu bereinigen. Ergänzende Morbiditätskriterien **müssen** ~~sollen~~ angemessen und risikoadjustiert berücksichtigt werden. Die Vertragspartner der integrierten Versorgung und die Vertragspartner der Gesamtverträge können das Schiedsamt nach § 89 anrufen.

(3) Die Vertragspartner **der integrierten Versorgung nach § 140 a der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1** haben die Ausgabenvolumen im Benehmen mit den Vertragspartner der Vereinbarungen nach § f Abs. 1 rechnerisch zu bereinigen, soweit die integrierte Versorgung die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln einschließt. Die Ausgabenvolumen sind entsprechend der Zahl und der Risikostruktur de an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten rechnerisch zu bereinigen. Ergänzende Morbiditätskriterien **müssen** ~~sollen~~ berücksichtigt werden. Die Vertragspartner der integrierten Versorgung und die Vertragspartner nach § 84 Abs. 1 können das Schiedsamt nach § 89 anrufen.

(4) Abs. 4 wird aufgehoben.“

### **Zusätzlicher Kapitalfonds für Unternehmen der Integrierten Versorgung**

Integrierte Versorgung erfordert in der Gründungsphase Investitionen (z.B. für die notwendige Informationstechnologie), die zunächst höhere Kosten als in der herkömmlichen Versorgung erwarten lassen. Träger der Integrierten Versorgung müssen in der Lage sein, tatsächliche Budgetverantwortung zu übernehmen, die erforderlichen Investitionen in die neuen Versorgungsformen aufzubringen (von IT bis zur Entwicklung sektorenübergreifender Leitlinien), sie müssen auch in der Lage sein, Gewährleistungen abzugeben und die Anfangsdurststrecken zu überbrücken; d.h. sie benötigen eine ausreichende Investitionsausstattung.

Neben den Investitionsmöglichkeiten der Kassen muss auch eine autonome Kapitalquelle der neuen Versorgungsunternehmen entwickelt werden. Eine solche Investitionsausstattung ist gegenwärtig und auf Zukunft von der GKV angesichts grenzwertiger Beitragssätze nicht zu leisten. Auch die vorgesehenen Regelungen des GMG und die Lockerung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität lösen dieses Problem nicht. Auf der anderen Seite ist für ein solches Vorhaben auch der Kapital- oder Private Equity Markt nicht der Richtige. Die erforderlichen Investitionen gehen vor allem in Know-how-, Konzept- und Vertragsentwicklung sowie in Personal, alles Bereiche, die zumeist nicht zu beleihbaren Sicherheiten führen.

Der BMC unterstützt deshalb den Vorschlag zur Gründung eines Kapitalfonds zur Investitionsfinanzierung für Unternehmen im Bereich der Integrierten Versorgung. Dieser Fonds sollte mit einem Volumen von nicht unter 1 Milliarde EUR ausgestattet werden und einen Zinsverzicht auf die ersten drei Jahre nach Kreditaufnahme bieten. Bezüglich der Sicherheiten sollte ein Vertrag mit GKV-Kassen als Sicherheit genügen. Eine Rückzahlung sollte bei moderatem Zinssatz auf einen ausreichend langen den Zeitraum ermöglicht werden.

Dieses Konzept stellt gleichzeitig ein Programm der Wirtschaftsförderung für die Schaffung von neuen Unternehmensformen der Integrierten Versorgung dar. Ein solches Programm ist nötig, um damit mögliche Vertragspartnerstrukturen quer über die Versorgungssektoren überhaupt erst bei der Etablierung zu helfen.

### **Zur Umsatzsteuerproblematik**

Wer die ärztlichen oder Krankenhausleistungen nicht selbst erbringt, sondern „nur“ die integrierte Versorgung sicherstellt, indem er etwa Träger- oder Managementfunktionen übernimmt, fällt nicht unter die Umsatzsteuerbefreiungen des § 4 Nr.14 und 16 UStG.

Es wird also unerlässlich sein, die Steuergesetze *expressis verbis* entsprechend anzupassen. Die Steuergesetze in ihrer jetzigen Fassung bieten nicht genügend Spielraum, um von einer Umsatzsteuerbefreiung ausgehen zu können. Eine evtl. eintretende Umsatzsteuerpflicht würde aber letztlich zu einer Verteuerung der Leistungen für die GKV führen, woran niemandem gelegen sein kann. Die Umsatzsteuerbefreiungen des § 4 Nr.14 und 16 UstG müssen deshalb ergänzt werden um „Umsätze aus Integrierter Versorgung entsprechend § 140a-d SGB V“

### Medizinische Versorgungszentren § 95 SGB V

Der BMC nimmt zustimmend zu Kenntnis, dass im vorliegenden Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN die Forderung des BMC erfüllt ist, in Versorgungszentren die **Tätigkeit sowohl von angestellten Ärzten als auch von freiberuflichen Vertragsärzten** zu ermöglichen.

Weiterhin werden die Regelungen in § 103 Abs. 4 a begrüßt, die einem angestellten Arzt eines Medizinischen Versorgungszentrums nach fünf Jahren das **Hinüberwechseln in den Status eines freiberuflichen Vertragsarztes** und die **Nachbesetzung der frei werdenden Arztstelle** des Versorgungszentrums ermöglichen, auch wenn Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind.

### § 139 a Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Im Zusammenhang mit neuen Versorgungsangeboten und den dadurch sich bietenden Wahlmöglichkeiten für Versicherte und Patienten ist insbesondere die Bereitstellung von objektiven Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung erforderlich. Deren Erstellung ist unter anderem eine Aufgabe des vorgesehenen Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.

Ein solches Institut sollte möglichst alle relevanten Akteure der Gesundheitsversorgung einbeziehen. Im Gesetzentwurf ist der Gemeinsame Bundesausschuss (§ 91) als Träger vorgesehen. Dieser wird von der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Bundesverbänden der Krankenkassen, der Bundesknappschaft und den Verbänden der Krankenkassen gebildet. Somit sind andere wichtige Akteure der Gesundheitsversorgung von der Trägerschaft ausgeschlossen, wie zum Beispiel die Pflege. Hier besteht Nachbesserungsbedarf im Sinne der Einbeziehung dieser Akteure. Unbefriedigend im Sinne der Patientensouveränität ist außerdem die Regelung in § 139 Abs. 5, die den Organisationen der Patienten und der Selbsthilfe sowie dem Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten lediglich Gelegenheit zu Stellungnahmen einräumt, jedoch kein Antragsrecht und keinen Anspruch auf die Beantwortung von Anfragen.

### § 27 a (GMG) - Künstliche Befruchtung

Ein Beispiel, an dem sich die Notwendigkeit einer fairen Ausgewogenheit des Verhältnisses von Eigenleistung und Inanspruchnahme von Solidarleistungen darstellen lässt, sind Regelungen über Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur künstlichen Befruchtung bei Fortpflanzungsunfähigkeit § 27 a (GMG).

Ohne an dieser Stelle auf alle Facetten der Problematik der künstlichen Befruchtung einzugehen, ist festzustellen, dass der Tatbestand der Fortpflanzungsunfähigkeit laut BGH-Urteil vom 17. Dezember 1986 als Krankheit anzusehen ist. Die extrakorporale Befruchtung

ist als Methode zur Wiederherstellung der Fortpflanzungsfähigkeit somit eine medizinisch notwendige Maßnahme (OLG Nürnberg, Urt. v. 27.05.1993).

Wenn eine notwendige Krankheitsbehandlung die Leistungsfähigkeit von Versicherten übersteigt und die Eigenbeteiligung nicht zumutbar ist, sollte die Solidargemeinschaft dafür eintreten. Insofern ist zu begrüßen, dass der § 27a nach anfänglich vorgesehener Herausnahme aus dem SGB V im neuen GMG-Entwurf zumindest wieder in modifizierter Form aufgenommen wurde. Versicherte haben nach dem Entwurf nunmehr Anspruch auf drei Zyklen, sofern sie das 25. Lebensjahr vollendet haben und als Frau nicht älter als 40 bzw. als Mann nicht älter als 50 Jahre sind. Vor Beginn ist der Kasse ein Behandlungsplan zur Genehmigung vorzulegen. Die Kasse übernimmt 50% der mit dem Plan genehmigten Kosten der Maßnahmen, die beim Versicherten durchgeführt werden.

Hier besteht folgender Handlungsbedarf:

- a) Nach dem Arbeitsentwurf ist nicht eindeutig geregelt, auf welche Leistungen sich die Eigenbeteiligung erstreckt. Die Eigenbeteiligung sollte auf die Kosten der ärztlichen Maßnahmen begrenzt werden. An den Kosten erforderlicher Arzneimittel, die der behandelnde Arzt zu Lasten der Krankenkasse verordnet, beteiligen sich die Betroffenen entsprechend der neuen Zuzahlungsregelung für Arzneimittel. Es würde nahezu alle betroffenen Paare finanziell überfordern, wenn sie neben den hälftigen Arztkosten, die zwischen 400 und 750 Euro pro Zyklus liegen, auch noch die Hälfte der Arzneikosten, die teilweise sogar noch höher sind als diese, zu tragen hätten. Auch das Bemühen, die Künstliche Befruchtung im Leistungskatalog zu belassen, würde dadurch völlig konterkariert.

Hier wäre eine Klarstellung über einen Änderungsantrag zum § 27 GMG zwingend erforderlich. Dazu müsste in § 27a ein Absatz 3 eingefügt werden: Die Versorgung der Versicherten mit Arzneimitteln, die im Zusammenhang mit Maßnahmen der künstlichen Befruchtung von dem Vertragsarzt verordnet werden, unterliegt den Regelungen der §§ 31, 61 Satz 1 SGB V.

- b) Um wirtschaftlich weniger leistungsfähigen Paaren den Weg der künstlichen Befruchtung nicht gänzlich zu verschließen, erscheint auch eine Einbeziehung der Eigenbeteiligung in die Härtefallregelungen gerechtfertigt. Bei einer Eigenbeteiligung von 2% der Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt müsste ein Paar mit einem Jahreseinkommen von 40.000 Euro immerhin einen Kostenanteil von 800,00 Euro übernehmen. Zu berücksichtigen ist dabei auch, dass ein Kindes beträchtliche Kosten für die Eltern mit sich bringt.
- c) Schließlich darf auch nicht außer Acht bleiben, dass Kinder aus Sicht der Sozialversicherung erwünscht sind, denn jedes Neugeborene ist ein zukünftiger Beitragszahler.
- d) Aus medizinischer Sicht ist auch die untere Altersgrenze nicht gerechtfertigt. Bereits die heutige Gesetzgebung regelt, dass für Maßnahmen der extrakorporalen Befruchtung klare medizinische Indikationen vorliegen müssen. Bei bestimmten Diagnosen ist - unabhängig vom Alter - eine Schwangerschaft ohne Maßnahmen der extrakorporalen Befruchtung nicht möglich. Dazu gehört die beidseitige Undurchlässigkeit der Eileiter und die schwere Infertilität des Mannes. Letztere ist in den Richtlinien des Bundesausschusses definiert. Solange noch eine Chance besteht, dass eine Schwangerschaft auf natürlichem Weg oder mit weniger invasiven Maßnahmen wie z. B. einer Hormontherapie erzielt werden kann, darf auch heute die in-vitro-Fertilisation nicht zu Lasten der Kasse durchgeführt werden.

Anmerkung: Die vorliegende Stellungnahme wurde auf der Grundlage der Grundsätze des Verbandes erstellt und konnte wegen der Kurzfristigkeit der Einladung zum Anhörungsverfahren nicht in allen Einzelheiten mit allen Mitgliedergruppen des BMC abgestimmt werden. Sie ist deshalb als ein aktueller Beitrag in der Diskussion der geplanten Gesetzgebung zur Modernisierung des deutschen Gesundheitswesens zu verstehen, die ihren Abschluss noch nicht gefunden hat.

# ***Notgemeinschaften Medizingeschädigter in Deutschland***

***Bundesarbeitsgemeinschaft und Bundesverband der Notgemeinschaften Medizingeschädigter in  
Deutschland***

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0274(0)  
vom 11.09.03  
  
15. Wahlperiode**

## **Gemeinsame Erklärung der Notgemeinschaften Medizingeschädigter zur Einbringung des Gesetzesentwurfes zur Modernisierung des Gesundheitswesens**

Eine kurze Fassung wird als Pressemitteilung veröffentlicht.

Die Notgemeinschaften tragen gemeinsam vor und stellen fest, dass im Entwurf der Gesundheitsreform 2003 die Problematik der durch medizinische Fehlbehandlung geschädigten Patienten nicht beachtet wird. Nach wie vor bleiben Betroffene und ihren Familien auf sich alleine gestellt. Die bestehende Gerechtigkeitslücke wird somit trotz vielen Versprechungen nicht geschlossen. Entgegen den Erwartungen auf zeitnahe Reformen im Patientenrecht, die 1998 bei Wahlveranstaltungen der SPD u. a. im Bundestag-Wasserwerk in Bonn bereits angekündigt worden sind.

Als Wahlbürger sehen Betroffene sich in ihren Erwartungen enttäuscht was uns veranlasst, das bisherige, untätige Verhalten der seit 1998 amtierenden Regierungskoalitionen in Frage und zur Diskussion zu stellen verbunden mit der Forderung, die Risiken möglicher Fehlbehandlungen in der anstehenden Gesundheitsreform mit zu behandeln, wie auch, Möglichkeiten zur Schadensbegrenzung und der rechtlichen Absicherung von Patienten im Schadensfall mit einzubeziehen.

Die bedrückende Lage geschädigter Patienten, deren Anzahl durch täglich neue Schadensfälle vermehrt wird, ist den zuständigen Instanzen bekannt. Durch vielfache Beschwerden und Hilfeersuchen Betroffener an ihre Abgeordneten, an Bundesregierung, Ministerien, und Eingaben an den Bundespräsidenten. Durch Experten und Fachgutachten, erstellt im Auftrag von Landes- und Bundesregierung und Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes. Durch Petitionen, auch der Notgemeinschaften, sowie durch tägliche Berichterstattung in den Medien über tragische Patientenschicksale.

Die offensichtliche Ignoranz zuständiger Instanzen gegenüber Bürgern in unverschuldeter Notlage, empfinden wir als inhumanes Verhalten und als Versagen sozialer- und rechtlicher Absicherungssysteme. Als Verstöße gegen Gemeinwohl und Solidarität aller Versicherten und Beitragszahler in unserem Gesundheitssystem, in dem vorgeblich „Der Patient im Mittelpunkt“ steht.

Jeder fünfte Bundesbürger glaubt schon einmal einen Behandlungsfehler erlitten zu haben. Nicht erbrachte gesetzliche Abhilfe betrachten wir angesichts dieser Situation als politischen Kunstfehler, als strafbare Tat gegenüber den potentiell Betroffenen/Versicherten.

# ***Notgemeinschaften Medizingeschädigter in Deutschland***

***Bundesarbeitsgemeinschaft und Bundesverband der Notgemeinschaften Medizingeschädigter in  
Deutschland***

Nach den prägenden Erfahrungen der Jahrgänge um 1930 – unser Kinder – und Jungjahre in Diktatur und Nachkriegszeit – erhielten wir als tief verunsicherte junge Menschen die Chance, inmitten der europäischen Völkerfamilie eine bessere Zukunft in Frieden und Freiheit aufzubauen. Auf der Grundlage von Gerechtigkeit, Solidarität und sozialer Demokratie. Dafür haben wir uns engagiert und lebenslang gearbeitet. Den Wiederaufbau der zerstörten Städte, der Gesellschaft und des Staates geleistet. Nicht zuletzt um unseren Kindern eine bessere Zukunft zu schaffen, als wir von unseren Eltern übernommen hatten.

Eine Entsolidarisierung der Gesellschaft ist stetig feststellbar. Es wird ein Keil zwischen Gesunden und Kranken, jung und Alt, Versicherten und Patienten, Starken und Schwachen, Arzt und Patient geschlagen. Die Opfer des Systems werden schlussendlich alleine gelassen. Das ist nicht die Reform, die wir uns wünschen.

## **Unsere Hoffnungen sind bitter enttäuscht worden**

Als Gemeinschaft von Patienten, die durch vielfache Behandlungsfehler betroffen sind stellen wir fest, dass der dem Grundgesetz verpflichtete Staat seine ihm obliegenden Obhutspflichten für Gesundheit und Leben seiner Bürger seit langer Zeit versäumt und verletzt.

Unübersehbar ist Jedermann durch die tägliche Presse- und TV-Berichterstattung bekannt, dass Medizingeschädigte als unbequeme *no name* Fälle in schutzloser Minderheitenpositionen, von den etablierten, Macht ausübenden Instanzen in Staat und Gesellschaft ignoriert, gnadenlos übersehen und in unverschuldeter Notlage alleine gelassen werden.

Betroffene und ihre Familien machen bittere Erfahrungen über die ungerechten Machtverhältnisse im BRD Rechts- und Sozialstaat.

Gewählte Volksvertreter in Bundestag und Regierung resignieren tatenlos vor den in jeder Beziehung potenten, gut aufgestellten Interessenverbänden der Versicherungswirtschaft, den Standesverbänden von Juristen und Medizinern. Deren spezielle Interessen werden gewahrt, indem ihre Vertreter als Abgeordnete in den Bundestagsfraktionen tätig sind und die politische Meinungsbildung beeinflussen. In Wahrung reformgegenerischer Interessenlage konnte sich ein Kartell der Ignoranz bilden, ohne Rücksichtnahme auf berechnete Belange der Geschädigten, von Versicherten und potentiell Betroffenen, **denn es kann Jeden treffen.**

Entgegen den Anfängen unseres Gesundheitssystems im 19./20. Jahrhundert mit gänzlich anderen Gegebenheiten und Möglichkeiten als heutzutage sind notwendige, rechtliche Anpassungen im Patientenrecht bis heute unterlassen worden. Insofern ist ein Reformstau entstanden, der den Gesetzgeber in Anbetracht erkennbarer Patientenrisiken zeitnah verpflichtet, Rechtssicherheit für Patienten und Versicherte zu schaffen.

Der Staat darf keinesfalls wie bisher tatenlos bleiben, die unhaltbaren Zustände schuldhaft ignorieren oder auf Sankt-Nimmerleins-Tage verschieben. Abgesehen vom Leid der Betroffenen ist es nicht akzeptabel, dass in Zeiten knappster Finanzlagen, die bisher nicht bekannten, vermutlich erheblichen Kosten und Folgekosten den Kranken – und Rentenkassen auferlegt werden. Anstatt mit diesen negativen Kosten, gemäß dem allgemeingültigen Verursacherprinzip, die Verursacher- und Haftpflichtigenseite zu belasten.

Um Aufklärung bemüht erfahren Betroffene [in der Regel] Verweigerung, nicht selten Vertuschung der Fakten und persönliche Diskriminierung von Ärzten, in deren Hände sie sich zuvor im Vertrauen auf „gute Medizin“ heilungssuchend begeben hatten.

Es kommt selten vor, dass den Klägern in Arzthaftungs- oder Strafverfahren traumatische Erfahrungen erspart bleiben. Unterstützt von einem in öffentlichen Verruf geratenem System medizinischer Gerichtsgutachter, müssen durch Fehlbehandlung geschädigte- oder verkrüppelte Menschen eine patientenunfreundliche, verletzende Richtermentalität hinnehmen, denen sie nichts entgegen setzen können. Sofern Betroffene aus gesundheitlichen- oder finanziellen Erwägungen überhaupt in der Lage und imstande sind, einen zermürbenden Instanzenweg über 10- bis 15 Jahre, oftmals noch länger, zu führen. Dabei ist auffällig, dass die Klagen mit immer wiederkehrenden, folgenden Begründungen abgewiesen werden:

# ***Notgemeinschaften Medizingeschädigter in Deutschland***

***Bundesarbeitsgemeinschaft und Bundesverband der Notgemeinschaften Medizingeschädigter in  
Deutschland***

***Der Gesundheitsschaden ist schicksalsbedingt  
Es liegt ein psychisches Fehlverhalten zugrunde (Psychoschiene)  
Bei Strafverfahren:  
Einstellung wegen mangelndem öffentlichen Interesses.  
u. a. m.***

In Erinnerung an Zeiten, in denen tausendfaches Unrecht und Leid an unschuldigen Opfern begangen worden ist, verursacht von gewissenlosen Ärzten und Juristen, die Recht und Humanität gebeugt und verletzt haben, stellen geschädigte Patienten vergleichende Überlegungen an zu ihrer eigenen Betroffenheit, in der auch Niemand für Hilfe und Beistand zuständig sein will.

Es ist bemerkenswert, dass der Qualitätsstandart im internationalen Vergleich im deutschen Gesundheitssystem im unteren Bereich angesiedelt ist, gegenüber den Kosten des Systems, die sich an dritter Stelle finden. Anders als bei der Pisa-Studie hat diese negative Einstufung wenig öffentliche Beachtung gefunden, was in Anbetracht der enormen Patientengefährdung z.B. durch nosokomiale Infektion (bei der Behandlung erworbene Infektion) mehr als erstaunlich ist.

Bekannte Experten gehen davon aus, dass es bei besserer Hygienevorsorge in unseren Krankenhäusern zu sehr viel weniger Schadensfällen kommen würde. Nach der Nidep II-Studie des BMG (Okt. 2000) kommt es jährlich zu mehr als einer halben Million Infektionen und 40.000 Todesfällen. ( vergleichsweise 7000 Verkehrstote in 2001)

Statistisch gesehen stecken sich 3,5 Prozent der Krankenhauspatienten an – auf der Intensivstation sogar 15,3 Prozent.

Eine Studie ergab weiterhin, dass sich ein viertel der Fälle allein durch bessere Hygienevorsorge verhindern ließe. Das wären immerhin 125.000 Fälle im Jahr!

Wie bereits 1995 mit unserer 1. Petition festgestellt, gehören die realen Schadensdaten zu den am besten gehüteten Geheimnissen. Seitdem hat sich Nichts geändert. Bekannt gewordene Angaben über unterschiedliche medizinische Schadensbereiche ergeben im Zusammenhang die Vermutung,

dass die tatsächlichen, insgesamt vorkommenden Gesundheitsschädigungen und Exitusfälle ein nicht länger tolerierbares Ausmaß erreicht haben.

Aufgrund dieser Tatbestände fordern die Notgemeinschaften die Regierung sowie die Opposition auf, im Sinne der Patienten zu handeln.

Weitgehende Aufklärungsmaßnahmen, um die Ursachen der Schadensfälle zu erkennen und Schadensbegrenzung innerhalb einer nachhaltigen, ergebnisorientierten Qualitätssicherung zu ermöglichen. Maßnahmen zur rechtlichen Absicherung von Patienten vor den bestehenden Behandlungsrisiken und Gefährdungen, durch eine moderne Patientenschutzgesetzgebung, deren Notwendigkeit wir mit unserer 2. Petition 2002 an den Bundestag ausführlich nachgewiesen und begründet haben.

Wir begrüßen, dass mit der Gesundheitsreform 2003 erste Schritte in die richtige Richtung gehen. Für mehr Mitbestimmung auch der Patienten-, Versicherten-, und Verbraucherverbände in den Gremien des Gesundheitssystems.

Wir begrüßen, dass die Bundesregierung einen Patientenbeauftragten berufen wird. Dazu haben wir uns mit Patienten-, Versicherten-, und Verbraucherverbänden gleicher Zielsetzung, in einem gemeinsamen Kommuniqué bereits zustimmend geäußert.

Wir bedauern, dass die Einführung einer obligatorischen Patientenquittung nicht im Gesetz verankert wird. Somit wird die Chance für mehr Transparenz und für eine verstärkte Kostenkontrolle nicht genutzt. Die Regressmöglichkeit gegenüber Verschwendung und Pfusch bleibt spürbar geschwächt.



# ***Notgemeinschaften Medizingeschädigter in Deutschland***

***Bundesarbeitsgemeinschaft und Bundesverband der Notgemeinschaften Medizingeschädigter in  
Deutschland***

Wir begrüßen die Einrichtung eines Institutes zur Qualitätssicherung, das wir seit langem gefordert haben. Wir fordern jedoch, dass dieses Institut auch unsere Belange berücksichtigt und endlich mit der Aufstellung eines bundesweiten medizinischen Schadensregisters begonnen wird. Wir fordern weiterhin, die Einführung von nachhaltigen, nachweisbaren Qualifizierungsmaßnahmen für alle Ärztinnen und Ärzte, auch für Mediziner, die als Gutachter/Gerichtsgutachter tätig sind, denn in diesem grauen Bereich liegt vieles im Argen.

Wir hoffen, dass die beabsichtigten gesetzlichen Änderungen wirksam sind und mutig durchgesetzt werden. Die Struktur- und Vollzugsdefizite unseres Gesundheitssystems dürfen nicht bestehen bleiben und weiterhin Opfer produzieren.

Deshalb sind weitergehende, dem Stand der Medizin entsprechende Schritte, wie z.B. die Einrichtung eines Patientenschutzgesetzes notwendig.

Für die Vorstände

Bundesarbeitsgemeinschaft der  
Notgemeinschaften Medizingeschädigter  
in Deutschland e.V.  
Schloßstr. 37  
41541 Dormagen  
Tel. 02133-46753

Bundesverband der  
Notgemeinschaften Medizingeschädigter  
„Patient im Mittelpunkt“ e.V.  
Altstädter Kirchenplatz 6  
91054 Erlangen  
Tel. 09131-970988 / 09131-4609696

Gez.  
Gisela Bartz

Gez.  
Ewald Kraus

## **Dr. med. Martin Adler**

Facharzt für Allgemeinmedizin

Naturheilverfahren, Homöopathie

Umweltmedizin und Ernährungsmedizin

Vorstandsmitglied des ZÄN

Vorsitzender der Weiterbildung Kommission des ZÄN

stellvertretendes Mitglied der Kommission D des BfArm

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0274(1)  
vom 17.09.03  
  
15. Wahlperiode**

## **Erstattungsausschluss rezeptfreier Arzneimittel in 2004**

Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz bedeutet für die naturheilkundliche Praxis besondere Probleme. Der Kassenarzt, der als Besonderheit Naturheilverfahren oder Homöopathie deklariert hat, kann für seine Kassenpatienten nicht mehr in dem Maße tätig werden wie bisher.

Der aktuelle Arbeitsentwurf des Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetzes hat vor allem mit dem grundsätzlichen Ausschluss der rezeptfreien Arzneimittel aus der GKV Versorgung § 34 Abs. 1 Folgen für die meisten Patienten. Betroffen sind sowohl die akuten Erkrankungen und vor allem die chronischen Erkrankungen.

Die Phytotherapie, die Homöopathie und die Komplexmittelhomöopathie stellen für gesetzlich versicherte Patienten zusätzliche Möglichkeiten der Therapie bei verschiedenen Erkrankungen dar, die im Folgetext näher erklärt werden.

Die rot-grüne Bundesregierung behauptet, dass nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel bereits jetzt in den Apotheken zum überwiegenden Teil ohne Rezept abgegeben werden. Die Bundesregierung behauptet weiter, dass die nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel sich im unteren Preisbereich von durchschnittlich weniger als elf Euro pro Packung befinden und dass die

Herausnahme dieser Arzneimittel aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für den einzelnen Versicherten durchaus sozial vertretbar sei.

Die Struktur des Arzneimittelmarktes in Apotheken von 2002 (Quelle IMS Health) zeigt, dass für Arzneimittel in Apotheken insgesamt 31,6 Milliarden EUR ausgegeben wurden. Der Betrag für die verschreibungspflichtigen Arzneimittel betrug 24,8 Milliarden EUR, und für die nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel wurden 6,8 Milliarden EUR ausgewiesen. Im Bereich der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel wies der Kassenrezeptanteil 2,9 Milliarden EUR aus.

Bei den Durchschnittspreisen im Arzneimittelmarkt in den Apotheken von 2002 sind im Schnitt die nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel - Phytotherapeutika, Komplexmittelhomöopathika - fast zwei Drittel günstiger als entsprechende Kassenrezepte bei gleicher Indikation.

Phytotherapeutika /Komplexmittelhomöopathika/Homöopathika/Anthroposophika sind nach dem Arzneimittelgesetz den chemischen Medikamenten gleichgestellt und werden nach den Richtlinien des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) auf ihre Wirksamkeit hin geprüft. Die moderne Phytotherapie ist eine rationale Therapie, sie hat ihre Wirksamkeit nach EBM Kriterien bewiesen . Für die Komplexmittel Homöopathie und Homöopathie gibt es ähnliche Untersuchungen, so dass die Wirkungen und die Indikationen berechtigt und therapeutisch effektiv sind.

Bei vielen Indikationen haben Phytotherapeutika und homöopathische Komplexpräparate aufgrund ihrer geringen Nebenwirkungen deutliche Vorteile gegenüber chemischen Präparaten. Durch den geringen Nebenwirkungsanteil senken sie Folgekosten und sind bei multimorbiden Patienten in der Dauertherapie geeigneter.

**Die GKV-Verordnungsfähigkeit ist aus medizinischen und aus wirtschaftlichen Gründen für folgende Indikationen unverzichtbar:**

**Beispiele aus der Praxis:**

### a) Funktionelle gastrointestinale Erkrankungen

*Medizinische Gründe:*

- Funktionelle gastrointestinale Erkrankungen sind chronische schwerwiegende Erkrankungen. Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit werden stark beeinträchtigt. Ärztliche Behandlung ist unverzichtbar.
- Rezeptpflichtige Präparate sind mit hohem Risiko verbunden:  
Cisaprid wurde bereits verboten, Metoclopramid hat schwerwiegende Nebenwirkungen, neuentwickelte Präparate wurden wegen schwerer Risiken nicht zugelassen.
- Pflanzliche Präparate sind risikoarm, evidence-based und gehören zum Therapiestandard:

*Wirtschaftliche Gründe:*

- Hohe volkswirtschaftliche Kosten (z. B. durch Arbeitsausfall, Einschränkung der Arbeitsfähigkeit) durch Neben- und Wechselwirkungen der rezeptpflichtigen Präparate (pharmakoepidemiologische Studie 2003).
- Beim Einsatz von rezeptpflichtigen Präparaten entstehen Doppel-Verordnungen (IMS-Daten) und damit höhere Kosten für die GKV.

- Bei säurebedingten funktionellen gastrointestinalen Erkrankungen werden rezeptfreie Präparate zukünftig mit Sicherheit durch rezeptpflichtige H2-Antagonisten oder Protoneninhibitoren substituiert, so dass eine Kostenexplosion für die GKV entsteht.

## **b) Depressive Erkrankungen**

### *Medizinische Gründe*

- Depressionen sind chronische, meist rezidivierende Erkrankungen, die einer zwingenden Behandlung bedürfen. Unbehandelt sind neben schweren Beeinträchtigungen für den Patienten auch hohe sozial- und pharmaökonomische Kosten die Folge.
- Für eine medikamentöse Therapie stehen dem Arzt die nebenwirkungsreichen trizyklischen Antidepressiva sowie die teuren SSRI-Präparate mit geringerem Nebenwirkungspotential zur Verfügung. Demgegenüber zeichnen sich Johanniskrautpräparate durch eine deutlich geringere Nebenwirkungsrate aus. Sie gehören bei leichten bis mittelschweren Depressionen zum wissenschaftlich fundierten Behandlungsstandard in der hausärztlichen Praxis. Die Wirksamkeit ist in mehr als 40 klinisch-therapeutischen Studien belegt, die Präparate sind daher evidence-based.

### *Wirtschaftliche Gründe*

- Kostenexplosion bei der Substitution von Johanniskrautpräparaten durch synthetische Antidepressiva (bei einer Substitution durch SSRI-Präparate entstehen Mehrkosten von bis zu 140 Mio € pro Jahr).

- Folgekosten durch höhere Nebenwirkungsraten bei der Behandlung mit rezeptpflichtigen synthetischen Antidepressiva.
- Folgekosten durch nicht austerapierte Depressionen, als Folge mangelnder Akzeptanz der Patienten für synthetische Antidepressiva.

## c) Rheumatische Erkrankungen

### *Medizinische Gründe*

- Rheumatische Erkrankungen sind gekennzeichnet durch ein chronisches Fortschreiten und einem häufig lebenslangen Verlauf - verbunden mit zunehmender Immobilität bis hin zur Invalidität.
- Rheumatische Erkrankungen bedürfen einer Langzeittherapie mit heute vielfach eingesetzten nichtsteroidalen Antirheumatika mit beachtlichem Nebenwirkungsprofil (ca. 2.000 Todesfälle allein in Deutschland). Ähnliches gilt für die neueren Cox-2-Inhibitoren.
- Die Wirksamkeit von rezeptfreien pflanzlichen Antirheumatika ist durch zahlreiche Studien belegt. Die entsprechenden Präparate sind evidence-based, sehr gut verträglich und haben eine hohe Akzeptanz bei den Patienten.

### *Wirtschaftliche Gründe*

- Bereits jetzt entstehen jährlich Folgekosten in Höhe von ca. 113 Mio. € zur Behandlung von Nebenwirkungen mit nichtsteroidalen Antirheumatika. Bei Substitution von pflanzlichen Präparaten durch diese rezeptpflichtigen Präparate werden erheblich höhere Folgekosten entstehen.

- Höhere Therapiekosten bei Substitution von pflanzlichen Präparaten durch moderne Cox-2-Inhibitoren.

Sollten auf Dauer - trotz der gesetzlich geplanten 12 Indikationsgruppen - die naturheilkundlichen Therapien mit Phytotherapie, Homöopathie, homöopathischen Komplexpräparaten und anthroposophischen Medikamenten aus der Verordnungsfähigkeit herausfallen, entstehen Therapielücken, die nicht geschlossen werden.

Die gesundheitlichen Folgen im medizinischen Sektor sind nicht absehbar. Darüber hinaus verstößt § 34 des GMG gegen den Versorgungswillen der Bundesbürger. Nach einer Untersuchung von Allensbach möchten mehr als 72% mit naturkundlichen Präparaten (Phytotherapeutika, Homöopathika, Komplexmittelhomöopathika, Anthroposophika) versorgt werden.

Das Ausweichen auf chemische Analoga für diese naturkundlichen Präparate wird nach einer vorsichtigen Hochrechnung bis zu 5 Milliarden EUR Mehrkosten verursachen.

Dr. Martin Adler  
Vorstandsmitglied des ZÄN  
Vorsitzender Weiterbildungskommission des ZÄN.



B H I

# Bundesverband Hausärztlicher Internisten e.V.

Landhausstrasse 10, 10717 Berlin, Tel. 030 / 863 96 110, Fax: 030 / 863 96 157  
Homepage: [www.Hausarzt-BHI.de](http://www.Hausarzt-BHI.de), E-mail: [Geschaeftsstelle@Hausarzt-BHI.de](mailto:Geschaeftsstelle@Hausarzt-BHI.de)

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0274(2)  
vom 17.09.03  
  
15. Wahlperiode**

Ausschuss für Gesundheit und soziale Sicherung  
Deutscher Bundestag  
Platz der Republik 1

11011 Berlin

Berlin, 16. September 2003

## **Anhörung betr. GKV-Modernisierungsgesetz-GMG am 22.09.2003. Zwei Einlassungen des BHI zum vorliegenden Gesetzentwurf (Stand 08.09.2003)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

angesichts der nur sehr kurzen verbleibenden Beratungszeit möchten wir uns als Berufsverband hausärztlicher Internisten lediglich zu zwei Punkten des vorliegenden Entwurfs einlassen, die besonders dringend einer Nachbesserung bzw. Klärung bedürfen:

### **1. Zu § 73 b SGB V: „Hausarztzentrierte Versorgung“**

Durch die Hintertür wird hier eingeführt, was für den fachärztlichen Versorgungsbereich abgewendet werden konnte: Die Möglichkeit von Einzelverträgen der Kassen mit Hausärzten ohne Kontraktionszwang.

Dazu muss folgendes eingewendet werden:

- 1.1. In einem Einzelvertragssystem wird es den Kassen letztlich überlassen bleiben, wie sie „besonders qualifizierte Hausärzte“ definieren. Es wäre ihnen z. B. möglich, rein ökonomische, nicht qualitätsbezogene Kriterien in den Vordergrund zu stellen. Zu den Folgen für viele Hausärzte siehe Punkt 1.2.

Postanschrift: Bundesverband Hausärztlicher Internisten e.V. – BHI -, Landhausstr. 10, 10717 Berlin

Kontonummer: 0004790464 bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank Berlin, BLZ 100 906 03

1. Vorsitzender: Dr. Stefan Windau, Lützowstr. 13b, 04155 Leipzig, Telefon: 0341-5629943, Fax: 0341-5629945

2. Vorsitzender: Dr. med. Ulrich Piltz, Langenscheidtstr. 1, 10827 Berlin, Telefon: 030-7845055, Fax: 030-7874493



- 1.2. Besonders entschieden verwehren wir uns dagegen, dass die Bedarfsplanung für die hausärztliche Versorgung damit de facto aus der gemeinsamen Selbstverwaltung Ärzte- Krankenkassen allein in die Hände der Kassen gegeben wird. Dies setzt Hausärzte dem erheblichen Risiko aus, ihre existentielle Grundlage zu verlieren, indem sie zwar als Hausärzte zugelassen sind - und nur in diesem Bereich tätig sein können - aber an der "hausarztzentrierten Versorgung" nicht teilnehmen können. Damit wäre auch die ärztliche Selbstverwaltung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen ausgehebelt.

In diesem Zusammenhang sei daran erinnert, dass die Bedarfszahlen für Ärzte, also auch für Hausärzte, bislang von der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen festgelegt werden. Auch macht es keinen Sinn, dass **einzelne** Kassen, wie in den Erläuterungen zu Nr. 49 (S. 266) angegeben, „...nur mit so vielen Hausärzten ... einen Vertrag ... schließen, wie für an dieser hausarztzentrierten Versorgung teilnehmende Versicherte notwendig sind“, da der Versorgungsbedarf von der betreffenden Zahl von Patienten **aller** Kassen abhängt. Würde jede Kasse nur Verträge gemäß ihrem eigenen Versorgungsbedarf abschließen, gäbe es eine Vielzahl differierender Teilmengen von zur hausarztzentrierten Versorgung jeweils **einer** Kasse zugelassenen Hausärzten. Ein Versorgungschaos wäre damit vorprogrammiert.

## 2. Erhebung der Praxisgebühren

Die Erhebung der Praxisgebühren durch den erstkonsultierten Arzt im Quartal scheint ja unabwendbar zu sein. Minimalvoraussetzung sollte jedoch sein, dass der betreffende Arzt für diesen Verwaltungsakt eine angemessene Gebühr erhält, und zwar zumindest in Höhe der Verwaltungskosten der Krankenkassen, die zur Zeit ca. 5 % der Beiträge betragen, also mindestens 50 Cent pro 10 € Praxisgebühr. Die Darstellung des unvermeidlichen Mehraufwandes an Personal- und Sachkosten der Hausarztpraxis erübrigt sich hier, weil dieser offenkundig ist.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. U. Piltz  
2.Vorsitzender

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0274 (3)  
vom 17.09.03**

**15. Wahlperiode**

Betreff:

Begriff Kur

Datum: Tue, 16 Sep 2003 13:32:22 +0200

Von: "**Arge Europ. Radonheilbäder**" <info@euradon.de>

An: <klaus.kirschner@bundestag.de>

Ausschuss für Gesundheit und soziale Sicherung  
Herrn Vorsitzenden Klaus Kirschner, MdB

Sehr geehrter Herr Kirschner,

im Namen der Arbeitsgemeinschaft Europäische Radonheilbäder und in Hinblick auf die parlamentarischen Diskussionen zur Gesundheitsreform erlauben wir uns, mit einem dringenden Anliegen an Sie als Vorsitzenden des Gesundheitsausschusses des deutschen Bundestags heranzutreten.

Unsere Arbeitsgemeinschaft ist die internationale Vereinigung der Radonheilbäder Deutschlands, Österreichs und Tschechiens und betrachtet die Entwicklung zur Kur in der Bundesrepublik Deutschland mit Sorge. In allen drei Ländern hat die Kur eine lange Tradition und brachte vielen Menschen Linderung von ihren Leiden. Neben den Einsparungen der 90er-Jahre ist mittlerweile auch der Begriff "Kur" als Begriff aus den Gesetzbüchern verschwunden. Dies läßt sich aus unserer Sicht nicht rechtfertigen, da es sich um einen medizinischen Begriff handelt, der durch Wörter wie z.B. "Vorsorgeleistung" nicht (!) zu ersetzen ist. Die Stärkung körpereigener Reaktions- und Regulationspotentiale, die dann zur Gesunderhaltung beitragen soll, ist das ureigenste grundlegende Wirkprinzip kurmedizinischer Maßnahmen. Das Thema "Prävention" steht derzeit ganz oben in der politischen Diskussion. Die Kur ist eine präventive, kurative und rehabilitative medizinische Maßnahme bzw. damit kombinierbar und sollte als Stärkung des menschlichen Organismus wieder in den Gesetzbüchern das Ansehen erlangen, das ihr aufgrund der Wirkung gebührt. Beiliegend übermitteln wir Ihnen dazu einen Text zum Thema (Verfasser Prof. Dr. med. Albrecht Falkenbach, Bad Gastein).

Aus diesem Grund würden wir Sie dringend ersuchen, dem Gesundheitsausschuss vorzuschlagen, die "Kur" als Begriff wieder im § 23 des SGB V einzuführen. Dies kostet keinen Euro, aber unterstreicht die Bedeutung und die Art der in den Kurorten für die Patienten erbrachten Leistungen, die sich von einer "bloßen" Vorsorgemaßnahme allein abhebt. Wir bitten um Ihre wohlwollende Weiterleitung an den Ausschuss.

Darüberhinaus wird der in § 23 SGB V gemeinsam mit den Heilmittelrichtlinien definierte Vorrang von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln vor der Anwendung ortsgebundener Heilmittel im Rahmen von ambulanten oder stationären Vorsorgeleistungen (Kuren) in der

Praxis oft so ausgelegt, dass Versicherte solange (unnötig) Mittel nach § 23(1) anwenden müssen, bis nach ausreichendem Verbrauch der Arzt feststellen kann (ohne Besserung des Gesundheitszustandes des Patienten), dass die "Heilmittel vor Ort ausgeschöpft sind". D.h. dem Patienten wird eine - sehr oft wirtschaftliche - Therapieoption genommen und damit verschiedene Therapien auch ungleich behandelt. Obwohl bei vielen Patienten gerade ortsgebundene Heilmittel im Rahmen ambulanter

Vorsorgemaßnahmen oft in der Krankengeschichte nachweislich das einzige Heilmittel mit Wirkung waren, werden diese dadurch sehr oft ausgeschlossen, während die Heilmittelbudgets nach den Heilmittelrichtlinien explodieren. Dies ist sicherlich nicht im Sinne des Gesetzgebers.

Für den § 23 (2) Satz 1 wäre daher folgende Ergänzung vorzuschlagen:

"Reichen bei Versicherten die Leistungen nach Absatz 1 nicht aus oder können bei Versicherten die Ziele nach Absatz 1 im Einzelfall oder allgemein nachweislich besser durch die Anwendung von ortsgebundenen Heilmitteln in anerkannten Kurorten erreicht werden, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Kuren in anerkannten Kurorten erbringen."

Auch diesen Vorschlag bitten wir dringend dem Gesundheitsausschuss vorzutragen und hoffen damit gedient zu haben.

Mit freundlichen Grüßen

Steffen Matthias  
Geschäftsführer der ARGE Europäische Radonheilbäder

Christoph Köstinger  
Geschäftsführer Gasteiner Kur-, Reha- und Heilstollenbetriebsgesellschaft mbH

Anlage: Prof. Dr. A. Falkenbach "Salutogenese in der medizinischen Kur"

---

Arbeitsgemeinschaft (ARGE) Europäische Radonheilbäder  
D - 08301 Schlema, Prof.-Dr.-Boris-Rajewsky-Straße 4  
Telefon und Fax: 0049 (0) 3772 / 22 9 26 www.euradon.de

Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft  
Sächs. Staatsbäder GmbH  
08648 Bad Brambach, Badstraße 47

Dr. Ebel-Carolinum GmbH & Co Klinik Bad Brambach KG  
08648 Bad Brambach, Chr.-Schüller-Str. 14

Kurmittelproduktions- Veraltungsgesellschaft Bad Kreuznach mbH  
5543 Bad Kreuznach, Kilianstraße 9

Rheuma-Heilbad AG  
55543 Bad Kreuznach, Kurhausstraße 16

Kurbetriebe Bad Münster am Stein-Eberburg  
55583 Bad Münster am Stein-Eberburg, Postfach 1261

Bayerisches Staatsbad Bad Steben GmbH

95138 Bad Steben, Badstraße 31

Kurgesellschaft Schlema mbH  
08301 Schlema, Richard-Friedrich-Boulevard 7

Kurmittelhaus Sibyllenbad  
95698 Neualbenreuth, Kurallee 1

Radonbad St. Blasien/Menzenschwand  
79837 St. Blasien, Am Kurgarten 11

Eisenmoorbad Bad Schmiedeberg–Kur GmbH  
06905 Bad Schmiedeberg, Kurpromenade 1

Österreich:  
Gasteiner Kur-, Reha- und Heilstollenbetriebsgesellschaft mbH  
A - 5645 Bockstein/Bad Gastein

Kur- und Tourismusverband Bad Gastein  
A - 5645 Bad Gastein

Kur- und Tourismusverband Bad Hofgastein  
A – 5630 Bad Hofgastein

Tschechien:  
Heilbad AG Jáchymov a. s.  
CZ – 362 51 Jáchymov

Salutogenese in der medizinischen Kur (1).doc

Name:

Salutogenese in der medizinischen Kur (1).doc

Type:

Microsoft Word Document (application/msword)

Encoding:

base64

## **Salutogenese in der medizinischen Kur**

Die Kur ist eine traditionelle, bewährte und ständig weiterentwickelte Intervention zur Gesunderhaltung, Rehabilitation und seltener auch zur Kuration. Für die allgemeine Bevölkerung bedeutet Kur eine mehrwöchige medizinische Maßnahme an einem prädikatisierten Kurort.

Auch wenn Medien, Politik und Akutmedizin in den vergangenen Jahren bestrebt waren, die Kur - aus welchen Gründen auch immer - mit dem Missbrauch der Sozialversicherungssysteme in Zusammenhang zu bringen, hat der Begriff bei den Gesundheitssuchenden ein positives Image bewahren können. Die medizinische Kur mit den strengen landesrechtlichen Qualitätsvorgaben entsprechend den Begriffsbestimmungen des Deutschen Heilbäderverbandes gilt als Garant für seriöse Medizin.

Es liegt im Trend, wenn sich Entscheidungsträger durch Diffamierung der Kur als Kostensenker im Gesundheitswesen zu profilieren versuchen --, obwohl die Kosten für die traditionellen ambulanten kurmedizinische Maßnahmen weniger als ein Prozent des gesamten Gesundheitsbudgets umfassen. Der Missbrauch des nicht geschützten Begriffs in Form von „Abnehmkur“ oder gar „Kur fürs Auto“ wirkte ebenfalls negativ. Mit dem Zerreden der Kur und der vermeintlichen Kostensenkung durch Ablehnung der Zuschüsse für Kuren wurde eine Vielzahl von Kureinrichtungen ruiniert. Insbesondere in sozial schwachen Regionen wirkte sich dieser Niedergang verheerend aus.

Derzeit ist es erneut modern geworden, die Gesunderhaltung der Bevölkerung und die Prävention als mögliche Mittel zur langfristigen Kostensenkung zu propagieren. Die Salutogenese zielt auf die Stärkung körpereigener Reaktions- und Regulationspotentiale, die dann zur Gesunderhaltung beitragen soll.

Diese Stärkung körpereigener Funktionen ist aber gerade das ureigenste grundlegende Wirkprinzip kurmedizinischer Maßnahmen: Nach Untersuchung des Gastes (des Gesunden) oder des Patienten und der Erfassung der funktionellen Defizite dieses Menschen verordnet der Kurarzt den individuell sinnvollen „Kurplan“, der auf die Verbesserung funktioneller Fähigkeiten abzielt.

Dabei kommen ortsgebundene natürliche Heilmittel oder ergänzende Maßnahmen (z.B. Sport) zum Einsatz, die als Reize wirken sollen. Die individuell richtig dosierten Reize provozieren und trainieren Reizantworten des Körpers. Wenn der Körper durch die Anwendungen (Training) in der Lage ist, diese Reizantwort adäquat zu leisten, kann die Intensität dieses Reizes gesteigert werden. Ziel der in der Dosierung ansteigenden Reize ist es, die defizitären Reizantworten des Körpers zu verbessern, damit dieser Mensch auf diesen und ähnliche Reize (Anforderungen) aus der Umwelt adäquat reagieren kann, dass also die Anforderungen aus der Umwelt diesen Menschen nicht mehr aus seinem Gleichgewicht (aus seiner Homöostase) bringen können – eine wohl sehr gute alternative Definition von Gesundheit.

Die moderne Kurmedizin hat gelernt, dass zusätzliche Interventionen, z.B. Schulungsprogramme und Ernährungsberatung, die langfristigen Erfolge der Kur verbessern können und bietet diese ergänzenden Programme ebenfalls am Kurort an.

Die Effektivität und die günstigen Nutzen-Risiko-, Kosten-Nutzen und Kosten-Nutzwert-Relationen wurde inzwischen auch wissenschaftlich (bestmöglich) bestätigt.

Es ist bedauerlich, dass die medizinische Kur als bewährte, ständig weiterentwickelte, qualitätsgesicherte und zudem kostengünstige medizinische Maßnahme in Verruf gekommen ist und vermeintlichen (ohnehin allenfalls kurzfristigen) Kosteneinsparungen geopfert wurde.

Auf der Suche nach geeigneten kostengünstigen Interventionen zur aktiven Gesunderhaltung und Prävention sollten sich die Entscheidungsträger dieser bewährten traditionellen und zugleich modernen Einrichtungen in Mitteleuropa erinnern. Eine sachliche (!) Analyse wird aufzeigen, dass die ambulante medizinische Kur in vielfacher Hinsicht genau das bietet, was in der jetzigen Diskussion um Gesunderhaltung und Prävention inhaltlich gefordert wird.

Pfizer GmbH, Postfach 4949, 76032 Karlsruhe

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0274(4)  
vom 17.09.03**

**15. Wahlperiode**

Herrn  
Klaus Kirschner, MdB  
Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Deutscher Bundestag  
Platz der Republik

11011 Berlin

Karlsruhe, 15. September 2003

**Entwurf GKV-Modernisierungsgesetz - GMG  
hier: Umfassender Schutz der therapeutischen Verbesserung**

Sehr geehrter Herr Kirschner,

das Gesetzgebungsverfahren zum GKV-Modernisierungsgesetz - GMG schreitet voran. Leider sind unsere Bemühungen gescheitert, durch eine sachgerechte Ausgestaltung der Festbetragsregelung die weitgehende Aushöhlung des Innovationsschutzes zu vermindern und damit die Attraktivität des Wirtschaftsstandortes Deutschland für die forschende Arzneimittelindustrie langfristig zu sichern.

Nach unserem Verständnis besteht unter den Beteiligten der Konsensgespräche zwischen Regierung und Opposition Einigkeit dahingehend, dass patentgeschützte Arzneimittel, die eine therapeutische Verbesserung bewirken, auch in Zukunft festbetragsfrei bleiben. Wir wenden uns an Sie, da der nun vorliegende und am 9. September 2003 in 1. Lesung im Deutschen Bundestag behandelte Gesetzesentwurf nach unserer Auffassung diesen Willen der Politik nicht durchgehend umsetzt.

Die Privilegierung von Arzneimitteln, die eine therapeutische Verbesserung bewirken, wird durch die im Gesetzgebungsverfahren befindliche Formulierung nur zum Teil sichergestellt. Ein Arzneimittel mit einem Wirkstoff, der eine therapeutische Verbesserung bewirkt, ist **nur** während der Patentlaufzeit des ersten Wirkstoffes dieser Wirkstoffklasse festbetragsfrei. Dies folgt aus § 35 Abs. 1 Satz 3 2. Halbsatz SGB V. Danach sind patentgeschützte Arzneimittel nur dann von den Festbeträgen ausgenommen, wenn die Wirkweise neuartig ist (was gem. Satz 4 während der Patentlaufzeit der Ersubstanz vermutet wird) **und** der Wirkstoff eine therapeutische Verbesserung bewirkt.



Endet der Patentschutz der ersten Substanz einer Wirkstoffklasse, so würde ein weiterer Wirkstoff auch dann, wenn etwa durch Verringerung der Nebenwirkungen eine therapeutische Verbesserung bewirkt wird, unweigerlich in eine Festbetragsgruppe mit den bereits patentfreien Wirkstoffen dieser Wirkstoffklasse eingruppiert. Dass dies im Ergebnis nicht sein kann und auch politisch nicht gewollt ist, wurde uns durch Herrn Staatssekretär Dr. Schröder bestätigt.

Um einen umfassenden Schutz der therapeutischen Verbesserung zu erreichen, wurde von uns gegenüber dem BMGS angeregt, in § 35 Abs. 1 Satz 3 2. Halbsatz die Verknüpfung zwischen Neuartigkeit und therapeutischer Verbesserung zu lösen. § 35 Abs. 1 Satz 3 2. Halbsatz lautet:

„...; ausgenommen sind patentgeschützte Arzneimittel die neuartig sind **und** eine therapeutische Verbesserung, auch wegen geringerer Nebenwirkungen, bewirken.“

Die Vorschrift müsste richtigerweise wie folgt lauten:

„...; ausgenommen sind patentgeschützte Arzneimittel die neuartig sind **oder** eine therapeutische Verbesserung, auch wegen geringerer Nebenwirkungen, bewirken.“

Obwohl das Ministerium hinsichtlich des Schutzes der therapeutischen Verbesserung mit uns übereinstimmt, wird eine Änderung des Wortlauts der Vorschrift aufgrund unterschiedlicher juristischer Auslegungen auf der Arbeitsebene des BMGS bisher abgelehnt.

Sehr geehrter Herr Kirschner, wir bitten Sie, diese im Interesse des Innovationsschutzes sinnvolle und notwendige Gesetzesänderung zu unterstützen. Den Entwurf eines Änderungsantrags haben wir beigelegt.

Sollte eine notwendige Änderung im laufenden Gesetzgebungsverfahren nicht mehr realisierbar sein, bitten wir Sie, eine entsprechende Klarstellung im Rahmen der Protokolle des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages vorzunehmen.

Mit freundlichen Grüßen

Pfizer GmbH

ppa.

W. Köbele

P. Marx

Anlage

## **Änderungsantrag**

Es wird beantragt, in Artikel 1 Ziffer 23 des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung folgenden Buchstaben (b) einzufügen:

- b) In Absatz 1 Satz 3 2. Halbsatz wird das Wort „und“ durch das Wort „oder“ ersetzt.

### **Begründung:**

Patentgeschützte Arzneimittel werden grundsätzlich wieder in die Festbetragsregelung einbezogen. Allerdings sollen nur solche patentgeschützten Arzneimittel mit Wirkstoffen festbetragsfrei bleiben, die eine therapeutische Verbesserung, auch wegen geringerer Nebenwirkungen, bewirken. Dies entspricht dem erklärten Willen aller an den Konsensgesprächen Beteiligten. Dieses Ziel wird durch den bisherigen Wortlaut des Gesetzes nicht erreicht. Denn nur patentierte Arzneimittel mit Wirkstoffen, die zugleich „neuartig“ sind oder als neuartig gelten **und** eine therapeutische Verbesserung bewirken, bleiben festbetragsfrei. Endet die Vermutung der Neuartigkeit nach § 35 Abs. 1 Satz 4 mit dem Patentauslauf des ersten Wirkstoffes der Wirkstoffklasse, würde ein patentgeschütztes Arzneimittel selbst dann unter die Festbetragsregelung fallen, wenn es eine therapeutische Verbesserung darstellt.

Um den Anreiz für die Erforschung von echten Innovationen, die eine therapeutische Verbesserung bewirken, zu vervollständigen, ist es erforderlich, die Verknüpfung von „Neuartigkeit“ und „therapeutischer Verbesserung“ als Bedingung für die Ausnahme von der Festbetragsgruppenbildung zu lösen.

Finanzielle Auswirkungen des Änderungsantrags:

Keine. Zwischen den Beteiligten der Konsensgespräche bestand Einigkeit darüber, dass Arzneimittel, die eine therapeutische Verbesserung, auch wegen geringerer Nebenwirkungen, bewirken, nicht unter Festbetrag gestellt werden sollen.

Prof. Dr. med. M. Wolfersdorf, Bezirkskrankenhaus Bayreuth, Nordring 2, D-95445 Bayreuth

An Herrn Vorsitzenden des Ausschusses für  
Gesundheit und Soziale Sicherung  
Klaus Kirschner  
Mitglied des Bundestages  
Platz der Republik

11011 Berlin

FAX: 030-227-76-274

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0274(5)  
vom 17.09.03  
  
15. Wahlperiode**

## **GKV-Modernisierungsgesetz ( nach Stand 08. September 2003)**

Sehr geehrter Herr Vorsitzender Kirschner,

die „Bundesdirektorenkonferenz“ ist die ständige Konferenz der Ärztlichen Leiterinnen und Leiter der deutschen Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und Psychotherapie und vertritt derzeit mit 220 Mitgliedern weit über die Hälfte der Einrichtungen für Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. In meiner Funktion als Vorsitzender der BDK möchte ich heute in aller Kürze zum Entwurf des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (nachfolgend GMG abgekürzt), wie der am 08.09.2003 im Internet mir zugänglich war, Stellung nehmen. Ich erlaube mir, Ihnen dies direkt per E-Mail bzw. FAX zukommen zu lassen, da die stürmische Entwicklung im Gesetzgebungsverfahren eine andere Vorgehensweise nicht mehr ermöglicht.

Mit großem Bedauern muss ich feststellen, dies für den Vorstand

Bayreuth, den 15.09.03

Stellvertreter

Herr Priv. Doz.  
Dr. med. Lothar Adler  
Schatzmeister  
Ärztlicher Direktor des  
Ökumenisches Hainich Klinikum gGmbH  
Pfafferode 102  
99974 Mühlhausen/Thüringen  
Tel.: 03601/803 204  
Fax: 03601/803 101  
e-mail: ladler@t-online.de

Herr Prof.  
Dr. med. Bernd Eikelmann  
Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie  
und Psychotherapie  
Kaiserallee 10  
76133 Karlsruhe  
Tel.: 0721/9743 701  
Fax: 0721/9743 729  
e-mail: psychiatrie@klinikum-  
karlsruhe.de

Frau Dr. med. Iris Hauth  
Ltd. Ärztin Psychiatrie Direktorium  
St. Joseph-Krankenhaus  
Gesellschaften der Alexianer-Brüder Neuss  
Gartenstr. 1 – 5  
D-13088 Berlin-Weißensee  
Tel.: 030/92790 234  
Fax.: 030/92790 702  
e-mail: I.Hauth@alexius.de

Herr Prof.  
Dr. med. Thomas Reker  
Ltd. Arzt  
Westfälische Klinik f. Psychiatrie u.  
Psychotherapie Münster  
Friedrich-Wilhelm-Weber-Str. 30  
48147 Münster  
Tel.: 0251/591 4811  
Fax.: 0251/591 5194  
e-mail: T.Reker@wkp-muenster.de

Prof. Dr. med. Manfred Wolfersdorf  
Vorsitzender  
Ärztlicher Direktor  
Bezirkskrankenhaus Bayreuth  
Geschäftsstelle BDK  
Sekretariat: Frau Zimmermann/  
Frau Bräcklein

Telefax:  
0921/283-395 (dienstlich)  
Telefon:  
0921/283-301 (dienstlich)  
e-mail:  
wolfersdorf\_bdk\_dgs@t-online.de

Bankverbindung:  
Bundesdirektorenkonferenz (BDK)  
Prof. Dr. M. Wolfersdorf  
Hypo Vereinsbank Bayreuth  
BLZ 773 200 72  
Konto-Nr.: 302 401 799

der BDK, dass die besonderen Bedürfnisse der von uns zu vertretenden psychisch kranken Menschen im GMG-Entwurf, wie er derzeit vorliegt, an wesentlichen Punkten nicht einbezogen wurden. Dies gilt insbesondere für die Erhöhung der Zugangsschwelle zur ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sowohl in der Facharztpraxis wie auch, an dieser Stelle für uns besonders

bedeutsam, in den Psychiatrischen Institutsambulanzen unserer Häuser, für die angeforderten Zuzahlungen, für die ambulanten Komplexleistungen und für Präventionsaspekte. **Wir vermissen im derzeitigen Entwurf zum GMG die Berücksichtigung der besonderen Situation psychisch kranker Menschen.** So besteht z. B., wie vor 2 Jahren vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen im Gutachten 2000/2003 zur Über-, Unter- und Fehlversorgung ausdrücklich festgestellt, nicht eine Überversorgung in der Psychiatrie, sondern Fachärzte und Psychiatrische Institutsambulanzen werden gerade zuwenig in Anspruch genommen und der Hausarzt/Allgemeinarzt ist hinsichtlich der Diagnostik und der Therapie psychisch kranker Menschen überfordert; wie Sie wissen, werden ja nur bis zu 40% z. B. aller depressiv kranken Menschen in einer allgemeinärztlichen Praxis richtig erkannt und noch weniger adäquat psychopharmakologisch und psychotherapeutisch behandelt. Von daher klingt es absurd, den Zugang zu den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und zu den Psychiatrischen Institutsambulanzen zu erschweren.

Hinzukommt dass bei psychisch kranken Menschen Phänomene der fehlenden Krankheitseinsicht vorliegen, wie wir es bei Menschen mit einer Manie, Menschen mit einer sehr schweren Depression, Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung, aber auch bei suchtkranken Menschen häufig finden. Die Inanspruchnahme von ambulanter fachärztlicher Versorgung oder Psychiatrischen Institutsambulanzen durch diese Gruppe von Patienten erfolgt kaum freiwillig, sondern eher auf familiären Druck oder im Rahmen des jeweiligen Bereuungs- bzw. Unterbringungsrechtes.

In der jetzigen Formulierung wird der **Zugang zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie** sowie der **Zugang zur Psychiatrischen Institutsambulanz** der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie **massiv erschwert**. Gerade für schwierige und chronisch Kranke, wie oben aufgezählt, wurden ja die Psychiatrischen Institutsambulanzen geschaffen, um die Versorgung dieser Patientengruppe, die selbst in der fachärztlichen Praxis häufig nicht gelingt, zu ermöglichen. Wenn jetzt jeder dieser Patienten eine Überweisung des Hausarztes benötigt, wird die Unterdiagnostik, die Fehlbehandlung, die Fehlplatzierung gefördert und das Ziel der Verbesserung der Versorgung schwierig kranker Patienten durch Psychiatrische Institutsambulanzen völlig verfehlt. Unsere Forderung ist also ein möglichst niedriger Zugang, eine möglichst niedrige Schwelle zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung und insbesondere zu den Psychiatrischen Institutsambulanzen. Dieser Zugang darf nicht durch die Erfordernis einer Überweisung durch den jeweiligen Hausarzt erschwert werden.

Die **Zuzahlungsverpflichtung wird sich** bei dieser sowieso nur partiell therapiemotivierten Klientel **schädlich auswirken**. Es gibt keinerlei Hinweise auf eine übermäßige Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachärzten bzw. Psychiatrischen Institutsambulanzen durch psychisch kranke Menschen, im Gegenteil. Durch die Einführung einer Zuzahlungspflicht für die Inanspruchnahme wird der Zugang und die Fortführung notwendiger ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung und Behandlung in Psychiatrischen Institutsambulanzen nicht nur zusätzlich erschwert, in der Folge der nicht erfolgten Behandlung wird natürlich auch das komplementäre System, werden Angehörige

zusätzlich belastet. Insbesondere die ambulante häusliche psychiatrische Krankenpflege, sowie die Soziotherapie und die ambulante Ergotherapie als nicht-ärztliche Behandlungsleistungen, die von Seiten der Psychiatrischen Institutsambulanzen aber auch auf Überweisung durch den jeweiligen Facharzt durchgeführt werden, dienen ja der Verkürzung und der Vermeidung von Krankenhausbehandlung. Diese werden, sofern Zuzahlungspflicht besteht, zukünftig von Patienten und Angehörigen dann wohl nicht mehr in Anspruch genommen werden, was zu einer Verschlechterung, zu einer Erhöhung der Wiederaufnahmerate führen muss. Dabei sind viele dieser Patienten auch nicht in der Lage, die erforderlichen Nachweise für die Eingrenzung einer Zuzahlungspflicht zu erbringen, denn zum einen würde dies ja Einsicht in die eigene Erkrankung und die Notwendigkeit einer Behandlung voraussetzen, die ja vielfach nicht gegeben ist, zum anderen sind viele der psychisch kranken Menschen einfach aufgrund ihrer Erkrankung nicht in der Lage, sich darum eigenverantwortlich zu kümmern.

Vor diesem Hintergrund fordern wir Sie auf, darauf hinzuwirken, dass **psychisch kranke Menschen**, die eine Psychiatrische Institutsambulanz aufsuchen, **von der Zuzahlung befreit** sind bzw. dass chronisch psychisch kranke Menschen, gleichgültig wo sie versorgt werden, grundsätzlich von Zuzahlungen befreit **werden**.

Viele unserer Patienten unserer Psychiatrischen Institutsambulanzen und auch beim niedergelassenen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, insbesondere wenn es sich um langfristige, um chronische oder auch um therapieresistente Erkrankungen handelt, benötigen Komplexleistungen, zu denen psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, ambulante Soziotherapie, ambulante Ergotherapie und ambulante häusliche psychiatrische Krankenpflege gehören. Dies kann durch die jeweiligen Psychiatrischen Institutsambulanzen angeboten werden. Wir bitten Sie darauf hinzuwirken, dass zukünftig diese **Komplexleistungen von Zuzahlung befreit** sind und dass sie auch im Rahmen einer integrierten Versorgung in Vernetzung der fachärztlichen Praxis und der Psychiatrischen Institutsambulanz einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie geleistet werden können.

Bzgl. des Aspektes der **Prävention** ist es enttäuschend, dass sämtliche Überlegungen **im aktuellen Gesetzesentwurf entfallen** sind. Damit gehen sämtliche Impulse des GMG hinsichtlich Förderung und Etablierung von Selbsthilfe in Deutschland verloren. Wir bitten Sie dafür Sorge zu tragen, dass diese Präventionsaspekte in ihrer impulsgebenden Kraft wieder in das jetzige GMG aufgenommen werden.

Sehr geehrter Herr Bundesabgeordneter Schmidbauer, in der jetzigen Fassung des GMG „fällt die Psychiatrie, fällt der psychisch kranke Mensch hinten hinunter“, wie man das volkstümlich formulieren könnte. Es ist für uns nicht nachvollziehbar, dass auf der einen Seite über Unter- und Fehldiagnostik, Unter- und Fehlversorgung in der Psychiatrie und Psychotherapie geklagt wird, auf der anderen Seite der Zugang zur fachärztlichen und zur klinischen Versorgung psychisch kranker Menschen und insbesondere schwieriger und schwer kranker Menschen deutlich erschwert bzw. sogar unmöglich gemacht wird. Es kann weder in Ihrem Interesse als Mitglied des

Gesundheitsausschusses sein noch im Interesse des Gesetzgebers, die Besonderheiten psychisch kranker Menschen, ihrer diagnostisch-therapeutischen Versorgung derart unzureichend zu berücksichtigen. Wir wissen, dass wir uns mit dieser kritischen Position gegenüber der vom BMGS nun vorgelegten GMG-Fassung vom 08.09.2003 nicht alleine befinden und auch keine Einzelmeinung vertreten, sondern wir finden uns hier in der Gemeinsamkeit mit der wissenschaftlichen Fachgesellschaft der DGPPN, mit den Berufsfachverbänden für Psychiatrie, mit den Abteilungsleiterinnen und -leitern der psychiatrischen Abteilungen, mit der Aktion Psychisch Kranke, mit den Angehörigenverbänden z. B. in Bayern, um einige aufzuführen.

**Wir bitten Sie also noch einmal nachdrücklich, die Interessen und insbesondere die Besonderheiten psychisch kranker Menschen zu berücksichtigen und im Rahmen Ihrer Möglichkeiten zu Korrektur und Richtigstellung im GMG beizutragen.**

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. M. Wolfersdorf  
Vorsitzender der Bundesdirektorenkonferenz

## **INTERLENS e. V**

Königstr. 43 A  
70173 Stuttgart

Herr  
Klaus Kirschner MdB  
PLH, UI. 4329 Platz der Republik 1  
11011 Berlin

Stuttgart, 11.09.2003

**(13) Ausschuss für  
Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0274(6)  
vom 17.09.03  
  
15. Wahlperiode**

### **Zum geplanten Gesundheitsmodernisierungsgesetz, neuer Gesetzestext**

Sehr geehrter Herr Kirschner,

die Interlens e.V. ist ein Zusammenschluss von 30 Kontaktlinsen-Instituten in Deutschland. Wir sind ausschließlich Augenoptikermeister, bzw. Diplom-Ingenieure für Augenoptik und haben unseren Tätigkeitsbereich auf die Kontaktlinsen-Anpassung beschränkt. Dies führte zwangsläufig zu einem raschen Erfahrungsaufbau und zu einer Spezialisierung, die nach außen getragen wurde und wird. Jedes einzelne Interlens-Mitglied ist in seinem Umfeld bei Augenärzten und Krankenkassen bekannt, steht für qualifizierte Arbeit und gilt häufig auch als letzte Anlaufstelle für schwierige Kontaktlinsen-Versorgungen gerade bei medizinischer Indikation.

Wir wenden uns heute nochmals an Sie um auf die spezielle Problematik der Erkrankung „**Keratokonus**“ hinzuweisen. Im geänderten Gesetzestext (Ergänzung § 33 Sozialgesetzbuch V) heißt es: „...schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 ausweisen; Anspruch auf therapeutische Sehhilfen ohne refraktive Wirkung besteht, wenn diese der Behandlung von Augenverletzungen oder Augenerkrankungen dienen.“

Beim **Keratokonus** handelt es sich um eine „progrediente Hornhaut-Dystrophie“, bei der es zu einer zunehmenden Versteilung der Hornhautradien mit Ausbildung einer irregulären Hornhautform kommt! Mit Brille lässt sich diese Erkrankung nur im Anfangsstadium korrigieren. Im fortgeschrittenen Stadium liegt die Sehschärfe ohne Korrektur meist unter 10%, mit entsprechend angepasster individueller Kontaktlinse aber häufig über 80%! Eine funktionierende Kontaktlinse entscheidet häufig über die Arbeitsfähigkeit des Patienten!!

Dazu ein Fallbeispiel: Herr A. H. aus Aachen, geb. 1983

Beruf: Auszubildender

Verordnung: Dr. F. aus Aachen

Anpassung: Mai-Juni 2003

Einseitige Versorgung des rechten Auges, da links eine Keratoplastik für Juni 2003 geplant war

Erstdiagnose: rechts

links

Keratokonus

Keratokonus

Uni-Augenklinik A, 2000

geplant Keratoplastik 6/2003

Sehleistung:

Ohne Korrektur < 5%

< 2% vor OP

Mit objekt. Refraktion < 5%

nicht möglich

Mit subj. Refraktion nicht möglich

nicht möglich

Da keine Augenglasbestimmung (Refraktion) durchgeführt werden kann, ist eine Versorgung mit Brille erfolglos. Nach den Kriterien der WHO ist Herr H. unter diesem Aspekt als blind einzustufen.

Herr H. wurde mit einer individuellen Spezial-Kontaktlinse für Keratokonus (zur Korrektur) versorgt. Die Sehleistung beträgt jetzt 0,80!!

Ohne Kontaktlinse ist Herr H. wegen der minimalen Sehleistung nicht arbeitsfähig. Mit Kontaktlinse kann er seine Ausbildung ohne Probleme meistern!

**Wer übernimmt in Zukunft die Kosten für die Versorgung?** (Mit bester Korrektur liegt die Sehschärfe bei 80%!, d.h. nach geplantem Gesetzestext besteht kein Anspruch!)

**Muss das Arbeitsamt in Zukunft die Kosten übernehmen, weil Herr H. sonst arbeitslos würde?**

Oder übernimmt das Sozialamt die Kosten, weil Herr H. nicht in der Lage ist die Kosten für die Versorgung von seinem Ausbildungsentgelt zu bezahlen?



Keratokonius ist eine Augenerkrankung mit einer Verbreitung von 0,6 bis 1% in Europa. Mit vergleichsweise geringem Aufwand kann diesen Menschen geholfen werden. Es werden allerdings „Sehhilfen mit refraktiver Wirkung“ benötigt. Diese Gruppe muss unbedingt weiterhin einen Zuschuss zu ihrer Kontaktlinsen-Versorgung erhalten! Sollte sich diese Menschen ihre Kontaktlinsen nicht leisten können, wären die Folgekosten für andere Kostenträger erheblich höher!! In der Hoffnung, Ihnen weitere Informationen geliefert zu haben, wünsche ich Ihnen weiterhin Kraft bei der Ausübung Ihres Amtes!

Bei Rückfragen sind wir selbstverständlich sehr gerne bereit Sie zu unterstützen!

Mit freundlichen Grüßen aus Stuttgart

Uwe Bischoff

Dipl.-Ing.(FH) Augenoptik

1. Vorsitzender der Interlens e.V.

**BERUFSVERBAND  
DER ÄRZTE FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE UND  
PSYCHOTHERAPIE IN DEUTSCHLAND E.V.**

**Die Vorsitzende**

**Dr. med. Christa Schaff**

Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  
Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapeutische Medizin,  
Psychotherapie, Psychoanalyse

**BKJPP Dr. med. Christa Schaff, Im Spital / Stuttgarter Str. 51, 71263 Weil der Stadt**

---

An den Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Deutscher Bundestag  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

18.09.2003/CS/tr

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0274 (7)  
vom 17.09.03  
  
15. Wahlperiode**

Sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst möchte ich Ihnen im Namen der Mitglieder unseres Verbandes für die konstruktive Arbeit an dem neuen Entwurf des GMG danken!

Wir vermissen jedoch weiterhin die Änderung des § 85.2 Satz 4 von einer Soll-Regelung in eine Muss-Regelung. Dazu hatte ich Ihnen bereits mit Schreiben vom 19.06.2003 Informationen geschickt. Dieser Satz im SGB V ist gesetzliche Grundlage der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung für Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, mit der quantitativ und qualitativ die Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher im ambulanten, wohnortnahen Versorgungsbereich wesentlich effektiver und intensiver gestaltet werden kann.

---

Vorsitzende:	Dr. med. Christa Schaff, Im Spital / Stuttgarter Str. 51, D-71263 Weil der Stadt, ☎ 0 70 33-69 11 35, Fax 80 556, eMail: BKJPP@dr-schaff.de
Stellv. Vorsitzende:	Oya Uzelli-Schwarz, Cranger Str. 88, D-45984 Gelsenkirchen, ☎ 0209-59 11 44, Fax: 0209-59 11 60, eMail: O.Uzelli-Schwarz@t-online.de
Schatzmeister:	Dr. med. Gotthard Roosen-Runge, Wallstr. 11, D-23879 Mölln, ☎ 0 45 42-8 44 330, Fax 8 4433 22, eMail:RoRuPraxis@aol.com
Beisitzer:	Dr. med. Walter Landsberg, Sölder Waldstr. 31, D-44289 Dortmund, ☎ 02 31-40620, Fax: 02 31-403135, eMail: landsberg-walter@t-online.de
Kooperierte Mitglieder:	Dr. med. Kerstin Kühl, Hauptstr. 58 D-14776 Brandenburg, ☎ 03381-229044, Fax: 03381-229045, eMail: DrKerstinKuehl@t-online.de Dr. med. Klaus-Ulrich Oehler, Wirsbergstr. 10, D-97070 Würzburg, ☎ 09 31-5 80 22, Fax 57 11 87, eMail: dr.k.u.oehler@t-online.de Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e.V. Dr. med. Dipl.-Psych. J. Jungmann, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, im Klinikum am Weissenhof, D-74189 Weinsberg, ☎ 0 71 34-75-1300, Fax: 07134-75-1390, eMail: j.jungmann@klinikum-weissenhof.de Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e.V. Prof. Dr. med. Franz Resch, Klinikum der Universität Heidelberg, Abt. für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Blumenstr. 8, D-69115 Heidelberg, ☎ 06221-566915, Fax. 06221-566941, eMail: franz_resch@med.uni-heidelberg.de
Justitiar:	RA Jürgen Schmitz, Büro Euskirchen: Postfach 1377, D-53879 Euskirchen, ☎ 0 22 51-9 42 80, Fax 0 22 51-94 28 28, Büro Berlin: Kronenstr. 4, D-10117 Berlin, ☎ 0 30-28 59 99 84, Fax: 0 30-28 59 99 86, eMail: RASchmitz@t-online.de
Bankverbindung:	Stadtsparkasse Dortmund, Konto-Nr. 10101119, BLZ 440 501 99
Geschäftsstelle:	Im Spital / Stuttgarter Str. 51, D-71263 Weil der Stadt, ☎ 0 70 33-69 11 36, Fax 80 556, eMail: BKJPP@dr-schaff.de, Internet: <a href="http://www.bkjpp.de">http://www.bkjpp.de</a>

Bei der bestehenden Unterversorgung der psychisch kranken Kinder und Jugendlichen bleibt uns unverständlich, dass die Primärkassen bisher nicht flächendeckend diesem Versorgungsmodell zugestimmt haben. Insbesondere in den Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Rheinland-Pfalz und Niedersachsen wird dieses Versorgungsmodell, das ganz im Sinne des GMG integrative Versorgung und Komplexleistung anbietet, nicht von den Primärkassen unterstützt.

Die bisherigen Verhandlungen haben gezeigt, dass der § 85.2.4 von Vertretern der Primärkassen bisher nicht als zwingend angesehen wird.

Wir bitten Sie darum diese Änderung kurzfristig noch in den Gesetzentwurf aufzunehmen!

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Christa Schaff  
Vorsitzende des BKJPP

Zentralverband der Augenoptiker  
Bundesinnungsverband

Herrn  
Klaus Kirschner MdB  
Vorsitzender des Ausschusses für  
Gesundheit und Soziale Sicherung  
Platz der Republik 1

11011 Berlin

17.09.2003  
sch

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0274(8)  
vom  
15. Wahlperiode**

**Gesetzentwurf zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung  
Anhörung des Bundestagsausschusses für Gesundheit am 22.9.2003**

Sehr geehrter Herr Kirschner,

der derzeit vorliegende Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, und CDU/CSU zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung sieht vor, den Anspruch auf Sehhilfen zukünftig nur noch für Kinder und Jugendliche sowie für schwer Sehbeeinträchtigte bestehen zu lassen.

Bezüglich der endgültigen Formulierungen des Gesetzes unterbreiten wir hiermit folgende Vorschläge:

1. Bei der **Definition** der "**schweren Sehbeeinträchtigung**" sollte nicht, wie im GMG-Entwurf vorgesehen war, eine WHO-Definition - weil unverständlich und unbekannt - zugrundegelegt werden, sondern eine Regelung aus den schon eingeführten Heilmittel- und Hilfsmittel- Richtlinien. Diese Regelung lautet:

Eine schwere Sehbeeinträchtigung liegt vor bei

- a) Myopie (Kurzichtigkeit) ab 8,0 dpt,
- b) Hyperopie (Übersichtigkeit) ab 8,0 dpt,
- c) irregulärer Astigmatismus (Stabsichtigkeit), Astigmatismus rectus und in versus ab 3 dpt, Astigmatismus obliquus ab 2 dpt.,
- d) Keratokonus (Vorwölbung der Hornhaut)
- e) Aphakie (Linsenlosigkeit)
- f) Aniseikonie (ungleiche Bildgrößen)
- g) Anisometropie (unterschiedliche Größenwahrnehmung) ab 2,0 dpt.
- h) Fernvisus (Sehschärfe) maximal 30 %,

Diese Definition (mit Ausnahme von Buchstabe h)) orientiert sich an Ziff. 59 der Hilfsmittel-Richtlinien, die der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für den Bereich der Kontaktlinsen veröffentlicht hat. Nur in diesen Fällen wurden bisher Kontaktlinsen von den Krankenkassen bezahlt. Zukünftig sollen diese Kriterien für alle Sehhilfen (Brillengläser und Kontaktlinsen) gelten.

2. Aus Gründen der **Früherkennung, Prävention und Patientenfreundlichkeit** sollte die **Augenglasbestimmung** (Refraktionsbestimmung) durch Augenoptiker im Leistungskatalog der Krankenkassen erhalten bleiben. Zur Zeit wird die Brillenglasbestimmung (Refraktionsbestimmung) als Voraussetzung für die Anfertigung einer Sehhilfe sowohl vom Augenoptikermeister als auch vom Augenarzt durchgeführt und zu Lasten der GKV abgerechnet. Fällt die Sehhilfe für Erwachsene weitestgehend aus dem GKV-Leistungskatalog, darf dies nicht auch für die Augenglasbestimmung gelten!

Wir bitten sicherzustellen, dass zukünftig Brillenglasbestimmungen auch von Augenoptikern zu Lasten der GKV erbracht werden können. Nur hierdurch wird unter dem Gesichtspunkt der Prävention sichergestellt, dass auch zukünftig die Bevölkerung ihre Sehleistung prüfen lassen kann. Augenoptiker sind kostengünstig, flächendeckend vertreten und ohne lange Wartezeiten erreichbar.

Eine Honorierung der Brillenglasbestimmung nur noch für Augenärzte würde zu erheblichen Wettbewerbsverzerrungen führen. Hinzukommt, dass Ärzte nur noch ca. 40% aller in Deutschland durchgeführten Augenglasbestimmungen vornehmen. Sie dürften nicht in der Lage sein, den Markt angemessen zu vertreten.

3. Für die im GKV-Katalog verbleibenden Sehhilfen sollte das **Sachleistungsprinzip durch das Kostenerstattungsprinzip abgelöst** werden.

Nach der Beschränkung des Kassenanspruches für Sehhilfen auf Kinder und Jugendliche sowie schwer Sehbeeinträchtigte bleibt ein von den Krankenkassen zu tragendes Finanzvolumen von rund 30 Mio. Euro pro Jahr übrig. Dieses verteilt sich auf knapp 10.000 Augenoptikerbetriebe. Pro Betrieb bleiben somit 3.000 Euro pro Jahr beziehungsweise 250,00 Euro pro Monat an Kassenleistung übrig.

Für diesen marginalen Betrag ist es nicht gerechtfertigt, das bisherige System des Abrechnungsverfahrens aufrechtzuerhalten. Es führt bei den Versicherten, den Krankenkassen und den Augenoptikern zu einem unverhältnismäßig hohen Verwaltungsaufwand, der in keiner vernünftigen Relation zu den Kassenleistungen steht.

Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie unsere Anregungen aufnehmen würden.

Mit freundlichen Grüßen

Zentralverband der Augenoptiker



Thomas Nosch  
(Präsident)

Joachim Goerd  
(Geschäftsführer)

# **Arbeitsgemeinschaft Ambulante Infusionstherapie e.V.**

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0274(9)  
vom 18.09.03  
  
15. Wahlperiode**

**Deutscher Bundestag  
An die Damen und Herren des  
Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages  
Platz der Republik 1**

**11011 Berlin**

## **Gefährdung der Versorgung mit Spezialrezepturen**

Bonn, den 18. September 2003

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Mitgliedsapotheken unserer Vereinigung betreuen in ihrer täglichen Arbeit intensiv Patienten mit Tumor-, HIV- und anderen schweren Erkrankungen.

Mit modernen Sterillaboren sichern wir die zeitnahe, individuelle und wohnortnahe Herstellung von Infusionslösungen zur ambulanten

- Zytostatikatherapie
- Schmerztherapie
- Antibiotika- / Virustatika
- Parenteralen Ernährungstherapie
- Allgemeine Infusionstherapien

Um den Patienten derartige Therapien ambulant zu ermöglichen, arbeiten wir eng mit den behandelnden Ärzten, spezialisierten Pflegediensten, Sanitätshäusern und Hospiz- bzw. Palliativdiensten in regionalen Netzwerken zusammen.

Unser Aufgabenbereich erstreckt sich hierbei insbesondere auf

- Intensive Schulungen der Patienten und Angehörigen
- Intensive Schulungen der Pflegedienste
- Rufbereitschaftsdienste
- Akutversorgung
- Engmaschige Herstellungen zur Vermeidung von Überversorgung
- Ausnutzung von Wirtschaftlichkeitsreserven
- Komplette Logistik

Im Rahmen unserer täglichen Arbeit ist die Herstellung von Spezialrezepturen notwendig. Diese Herstellung erfordert nicht nur einen hohen Spezialisierungsgrad, sondern hat auch hohe Kosten im Herstellungsverfahren und in der Logistik zur Folge.

Abweichend von der Arzneimittelpreisverordnung wurde ein separates Abrechnungssystem geschaffen. Für die Kostenträger wurde dadurch eine wirtschaftliche Versorgung ihrer Versicherten gewährleistet, andererseits die spezialisierte Tätigkeit angemessen vergütet. Diese sog. Hilfstaxe, die nach den gesetzlichen Vorgaben zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem DAV vereinbart wurde, berücksichtigt dabei die Versorgung mit den Spezialrezepturen genau so wie den Aufwand der Herstellung.

Durch die Aufschläge in der jetzigen Höhe sind die geforderten Dienstleistungen für unsere Patienten sowie die mit hohen Kosten verbundenen Herstellungsverfahren gut durchzuführen.

Durch die gesetzlich vorgesehenen Änderungen zum 01.01.2004 ist weder die Herstellung der Spezialrezepturen noch eine angemessene Patientenbetreuung zu leisten.

Die Kopplung der Hilfstaxe an die Arzneimittelpreisverordnung führt dazu, dass auch die Spezialrezepturen nach der Systematik des 3%igen Aufschlags sowie €6,20 zzgl. des Arbeitspreises vergütet werden. Dies liegt daran, dass die Vergütung nach der Hilfstaxe in der Höhe den Zuschlag nach der AmPVO nicht überschreiten darf. Nur betrug unter den Bedingungen der alten AmPVO der Zuschlag 30% bis zur Kappungsgrenze von 543,11 € und nicht 3 % (!) plus 6,20 €

**Nur in der Kombination aus dem bisherigen Aufschlag und dem unter den tatsächlichen Kosten liegenden Arbeitspreis ist eine ordnungsgemäße Versorgung unserer Patienten möglich.**

Bei einer Kostenrechnung nur für Personal- und Sachkosten sind mindestens 50€ für die Zytostatikaherstellung und bei der betreuungsintensiven Ernährungstherapie mindestens 50-100€ pro Zubereitung notwendig. Damit wird deutlich, dass durch die (ungewollte) Übernahme der neuen AmPVO in die Hilfstaxe eine flächendeckende, ambulante Versorgung dieser schwerkranken Patienten zu Hause nicht mehr möglich sein wird.



**Wir bitten Sie daher eindringlich, diese Systematik nicht in Gang zu setzen.**

Notwendig ist eine gesetzliche Klarstellung, dass die neue Systematik der AmpVO **keine Gültigkeit für Rezepturen** hat. Die Systematik ist auf Fertigarzneimittel zu beschränken.

Mit freundlichen Grüßen

Klaus Ruberg, Apotheker

**per Fax 030 / 227 362 44**

An den Vorsitzenden  
des Ausschusses für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Herrn Klaus Kirschner, MdB  
Deutscher Bundestag  
Platz der Republik 1

Telefon: (0 69) 15 22 - 0  
Durchwahl: -285  
Telefax: -320  
Markus Oberscheven

11011 Berlin

Unser Zeichen (bitte angeben)  
40-46-10-00 (3.1.1)

Ihr Schreiben vom                      Ihr Zeichen

Datum  
18. September 2003

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0274(10)  
vom 18.09.03**

**15. Wahlperiode**

**Stellungnahme zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen  
Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) – Stand: 8. September 2003**

Sehr geehrter Herr Kirschner,

zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung  
(Stand: 8. September 2003) beziehen wir wie folgt Stellung:

**1. zu Artikel 1**

**Nr. 31. Änderung des § 40 Abs. 5 SGB V:**

Es ist vorgesehen, den sich aus § 40 Abs. 5 SGB V ergebenden Zuzahlungsbetrag für ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenversicherung von 9 auf 10 € je Kalendertag zu erhöhen. Wegen der Verweisung in § 32 Abs. 1 Satz 1 SGB VI auf § 40 Abs. 5 SGB V würde die Erhöhung der kalendertäglich zu leis-

tenden Zuzahlung auch für die stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung gelten.

Wir weisen diesbezüglich darauf hin, dass sich Erhöhungen der Zuzahlungsbeträge in der Vergangenheit in der Regel negativ auf die Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausgewirkt haben. Angesichts der allgemein anerkannten und zukünftig wachsenden Bedeutung dieses Versorgungsbereichs im Gesundheitssystem sollten Regelungen zur Zuzahlung, die den Zugang zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ohnehin erschweren, nicht weiter verschärft werden.

## **2. zu Artikel 1**

### **Nr. 70 und 109**

#### **Änderung der §§ 91 SGB V und 137 f SGB V:**

Nach § 137 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V-E empfiehlt der in § 91 SGB V-E vorgesehene Gemeinsame Bundesausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung geeignete chronische Krankheiten, für die strukturierte Behandlungsprogramme bzw. Disease-Management-Programme (DMP) entwickelt werden sollen, die den Behandlungsablauf und die Versorgung chronisch Kranker verbessern. Der Gemeinsame Bundesausschuss empfiehlt weiterhin einvernehmlich Anforderungen an die Ausgestaltung der DMP. Er nimmt damit in Zukunft die im Zusammenhang mit DMP entstehenden Aufgaben des bisherigen Koordinierungsausschusses wahr.

§ 137 Abs. 2 Satz 5 SGB V sieht unverändert vor, dass den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und der Selbsthilfe sowie den für die sonstigen Leistungserbringer auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist, soweit ihre Belange berührt sind. Die Stellungnahmen sind in die Entscheidungen des gemeinsamen Bundesausschusses mit einzubeziehen. Eine Verpflichtung zur Anhörung der Rehabilitationsträger zu den zu formulierenden Anforderungen an die Ausgestaltung der DMP ist dagegen auch in dem vorliegenden Entwurf nicht geregelt.

Aus unserer Sicht sollte jedoch auch den Rehabilitationsträgern Gelegenheit zur Stellungnahme im Hinblick auf die Ausgestaltung von DMP gegeben werden, damit diese ihre vorhandene Kompetenz im Bereich der Versorgung chronisch Kranker in die Bemühungen um eine Optimierung der Kooperation der Versorgungssektoren sowie um eine bessere Vernetzung von Akutmedizin und medizinischer Rehabilitation einbringen können.

Disease-Management-Programme haben den Anspruch, eine sektorübergreifende Regelversorgung unter Einbindung auch der medizinischen Rehabilitation aufzubauen um die Qualität im Versorgungsprozess chronisch Kranker zu erhöhen. Um das von den DMP bezweckte verbesserte Schnittstellenmanagement zwischen den einzelnen Versorgungssektoren zu erreichen, ist es aus unserer Sicht erforderlich, die medizinische Rehabilitation und die ihr zu Grunde liegenden Behandlungskonzepte als wesentliches Glied in der Versorgungskette chronisch Kranker stärker als bisher in den Prozess der Erarbeitung und Ausgestaltung von DMP einzubeziehen, denn gerade die medizinische Rehabilitation ermöglicht durch ihren ganzheitlichen Ansatz eine umfassende und systematische Versorgung chronisch Kranker.

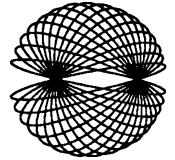
Wir schlagen deshalb vor, den Kreis der anhörungsberechtigten Verbände und Organisationen in § 137 Abs. 2 Satz 5 SGB V um diejenigen Rehabilitationsträger, die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringen sowie um ihre Spitzenverbände zu erweitern.

Mit freundlichen Grüßen

Der Geschäftsführer

Im Auftrag

Dr. Schliehe



Der Geschäftsführende Vorstand \_\_\_\_\_

Dr. med. Frank Bergmann, Theaterplatz 17, 52062 Aachen

1. Vorsitzender  
**Dr. med. Frank Bergmann**  
Facharzt für Neurologie, Psychiatrie  
und Psychotherapie  
Theaterplatz 17  
52062 Aachen  
Telefon: 0241 - 408892  
Telefax: 0241 - 404972

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0274(11)  
vom 18.09.03  
  
15. Wahlperiode**

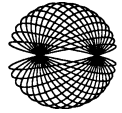
**Stellungnahme des Berufsverbandes der Fachärzte für Nervenheilkunde  
zum Antrag der FDP**

**zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
zum GMG-Entwurf**

**BT-Drucksache 15/1525**

**Anhörung am 22.9.03,  
13-17 Uhr**

Berufsverband der Fachärzte für Nervenheilkunde, BVDN  
1. Vorsitzender: Dr. Frank Bergmann



Die besonderen Bedürfnisse psychisch kranker Menschen werden im Entwurf zum Gesundheitsmodernisierungsgesetz in einigen zentralen Punkten nicht berücksichtigt.

Dazu zählen insbesondere:

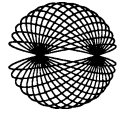
1. Zuzahlungsregelungen
2. Lotsenfunktion des Hausarztes
3. Ambulante Komplexleistungen
4. Prävention

**Begründung:**

Gemäß § 27 SGB V und § 10 SGB IX ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen.

Psychische Erkrankungen unterscheiden sich in Vielem vom somatischen Krankheiten:

- Je schwerer die psychische Störung, desto geringer ist der Wunsch der Patienten nach Behandlung. Sie begeben sich häufig nicht frühzeitig genug in Behandlung und suchen ihren behandelnden Arzt in der Folge eher zu selten als zu häufig auf. Ein Teil dieses Personenkreises erhält Behandlung nur während einer gerichtlich angeordneten Unterbringung.
- Es gibt keine empirischen Belege für eine verfrühte oder übermäßige Inanspruchnahme von Behandlungsleistungen durch schwer psychisch erkrankte Menschen, aber zahlreiche Belege für hohe Folgekosten, Behinderung und Pflegebedürftigkeit durch unzureichende Inanspruchnahme durch diesen Personenkreis.
- Erfahrungsgemäß kommt es krankheitsbedingt häufig zu Misstrauen und Ablehnung gegenüber Hilfeleistungen. Dies führt auch zu einer besonderen Belastung der Angehörigen, mit denen der chronisch psychisch Kranke lebt, mit der Folge, dass psychisch kranke Menschen aus sozialen Bezügen herausfallen und deshalb kostenträchtige Krankenhausbehandlung oder Heimunterbringung notwendig wird.

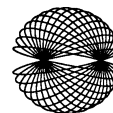


**Zu 1: Zuzahlungsregelungen erhöhen die Schwelle zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und stellen bei bestimmten Besonderheiten der psychiatrischen Behandlung eine soziale Ungerechtigkeit dar:**

Dies gilt für

- stationäre Behandlung (z.B. während zwangsweiser Unterbringung ; Anreiz zum Abbruch notwendiger Behandlung bei ohnehin unzureichender Compliance, was zu häufigen Wiederaufnahmen führt)
- den Zugang zu und die Fortführung notwendiger ambulanter fachärztlicher Behandlung sowie der Behandlung durch Institutsambulanzen. Sie wird zusätzlich erschwert;
- insbesondere Soziotherapie und häusliche psychiatrische Krankenpflege, die gesetzlich der Verkürzung und Vermeidung von Krankenhausbehandlung dienen (Hierbei handelt es sich ohnehin um regelhaft geprüfte Antragsleistungen auf der Grundlage von Einzelbewilligungen.),
- ärztlich verordnete nicht-ärztliche Behandlungsleistungen (z.B. Ergotherapie).

Zusätzlich wird ein hoher Anteil der chronisch psychisch Kranken an die eigene Belastungsgrenze stoßen und nicht selbständig in der Lage sein, die erforderlichen Nachweise zur Eingrenzung ihrer Zuzahlungspflichten zu erbringen. Dies wird erhebliche Probleme aufwerfen und zusätzliche Kosten bei Verwaltungen und bei der gesetzlichen Betreuung verursachen. Stationär behandelte psychisch kranke Menschen sind wegen der dreifach erhöhten durchschnittlichen Verweildauer im Vergleich zu somatisch Kranken ohnehin besonders belastet.



Deshalb hält es der Berufsverband der Ärzte für Nervenheilkunde für **unbedingt erforderlich**,

chronisch psychisch Kranke von der Zuzahlung bei den genannten Leistungen, insbesondere bei Soziotherapie und ambulanter psychiatrischer Krankenpflege zu befreien.

**Zu 2.**

**Die Stärkung des Hausarzt systems darf nicht zu einer Erschwerung des Zugangs zu fachärztlicher psychiatrischer/nervenärztlicher Behandlung führen.**

Für chronisch psychisch kranke Menschen ist der Psychiater/Psychotherapeut oft der am häufigsten aufgesuchte Bezugsarzt. Der Psychiater/Psychotherapeut sollte daher für diesen Personenkreis die Lotsenfunktion übernehmen können.

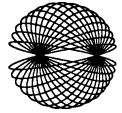
Aktuell ist eine fachpsychiatrische Überversorgung in der ambulanten ärztlichen Behandlung nirgends festzustellen, wohl aber eine Fehlversorgung dergestalt, dass psychische Erkrankungen fachfremd behandelt werden. So werden Psychopharmaka weit überwiegend von Nicht-Psychiatern statt fachgerecht von Psychiatern verordnet. Depressionen und Abhängigkeitserkrankungen bleiben hier oft unerkannt.

**Der möglichst niedrigschwellige Direktzugang zu psychiatrischer Behandlung muss erhalten, eher gestärkt werden. Deshalb sollte für schwer und chronisch psychisch kranke Menschen der Zugang zu psychiatrischer Behandlung nicht durch die Erfordernis einer Überweisung erschwert werden.**

**Zu 3.**

**Chronisch psychisch kranke Menschen benötigen häufig Komplexeleistungen** unter Einschluss von psychiatrischer Behandlung, Soziotherapie, psychiatrischer Krankenpflege, Ergotherapie, Psychotherapie usw. wie sie zur Zeit nur durch Krankenhäuser angeboten werden. (vgl. Entschließung des Deutschen Bundestages zur Verstetigung der Psychiatriereform von Juli 2002).





Der Gesetzentwurf lässt diesbezügliche Impulse zur strukturellen Weiterentwicklung vermissen. Die Ermöglichung integrierter Versorgung reicht nicht aus. (positives Beispiel: Sozialpsychiatrievereinbarung im Bereich Kinder- und Jugendlicher; ist allerdings in § 85.2 Satz 4 in Muss-Reglung zu verändern).

**Notwendig sind ambulante Komplexleistungen durch psychiatrische / kinder- und jugendpsychiatrische Fachpraxen in Vernetzung mit anderen Leistungserbringern oder durch psychiatrische / kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken. Dies sollte im Gesetz aufgenommen werden.**

**Zu 4.**

**Prävention kommt bei psychischen Erkrankungen eine hervorragende Bedeutung zu.**

Die Regelungen zur Prävention, die im Regierungsentwurf zum GMG im Frühjahr 2003 enthalten waren, sind im aktuellen Gesetzentwurf entfallen. Ein künftiges Präventionsgesetz kann aber nicht entsprechende Regelungen im SGB V angemessen ersetzen.

**Sie sollten daher erneut aufgenommen werden.**

Jutta Riemer  
Vorsitzende  
Maiblumenstraße 12  
74626 Bretzfeld  
Tel: 07946 / 940187  
Fax: 07946 / 940186  
E-Mail: [jutta.riemer@gmx.net](mailto:jutta.riemer@gmx.net)

11.9.2003

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0274(12)  
vom 19.09.03**

**15. Wahlperiode**

Sehr geehrter Herr Kirschner,

Mit Interesse haben wir die Eckpunkte der Konsensverhandlungen zur Gesundheitsreform vom 22. Juli dieses Jahres zur Kenntnis genommen. Als Selbsthilfe Lebertransplantierter Deutschland e.V. vertreten wir die Interessen von Patienten vor und nach einer Lebertransplantation. Diesen Menschen - ob sie nun vor der Transplantation an einer chronischen Lebererkrankung leiden oder nach der Operation zwar von dieser Krankheit geheilt, aber doch ihr Leben lang auf Arzneimittel zur Verhinderung einer Organabstoßung angewiesen sind – ist ein funktionierendes und finanzierbares Gesundheitswesen ein existenzielles Anliegen. Wir sehen daher, wie die an den Konsensverhandlungen beteiligten Fraktionen und Institutionen, den derzeitigen Bedarf für Sparmaßnahmen.

Dennoch sind wir der Ansicht, dass solche Maßnahmen – wo immer möglich – auch einer sachgerechten Begründung bedürfen. Deshalb möchten wir Ihren Blick auf eine Vereinbarung des Eckpunktepapiers lenken, welche wir für verfehlt halten, und Sie bitten, sich im Laufe der jetzt anstehenden Gesetzesberatungen für eine Korrektur einzusetzen.

In den Punkten 4.3 und 4.5 sieht der Kompromiss der Parteien vor, dass nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel in der Regel nicht mehr von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erstattet werden sollen. Gleichzeitig entfällt das Vorhaben, eine Positivliste einzuführen.

Unserer Ansicht nach ist dies ein Nachteil für Patienten, auch für Betroffene einer Lebertransplantation. Der Positivliste lag die Überlegung zugrunde, den therapeutischen Nutzen in Relation zu den Kosten zu setzen und auf dieser Basis über eine Erstattungsfähigkeit zu entscheiden. Die Positivliste war also ein Schritt in Richtung Evidenz basierte Medizin. Eine solche Basis der Kostenerstattung liegt völlig im Interesse der Patienten. Der Ausschluss verschreibungsfreier Arzneimittel aus der Erstattung hingegen hat überhaupt nichts mit dem therapeutischen Nutzen zu tun. Denn die Verschreibungspflicht eines Arzneimittels richtet sich überhaupt nicht nach seinem therapeutischen Nutzen, sondern allein nach der Frage, ob bei einer Anwendung ohne ärztliche Kontrolle ein besonderes Risiko für die Patienten entsteht. Es ist für uns nicht erkennbar, dass hier ein sachgerechter Zusammenhang zur Erstattung durch die GKV besteht. Auch ist die Begründung des Eckpunktepapiers, von diesen Arzneimitteln würde bereits jetzt ein erheblicher Teil von den Patienten selbst bezahlt, vollkommen sachfremd. Verschreibungspflichtige Arzneimittel kommen ja für den selbstverantwortlichen Erwerb gar nicht in Frage, das Argument ist also ein Zirkelschluss.

Viele verschreibungsfreie Arzneimittel dienen zur Behandlung chronisch kranker Patienten. Sie sind – wie man an der Einstufung außerhalb der Verschreibungspflicht erkennt – besonders risikoarm. Gleichzeitig sind sie für die GKV meist besonders preisgünstig. Eine Ausgrenzung von unwirtschaftlichen verschreibungsfreien Medikamenten aus der GKV-Erstattung kann unseres Erachtens nur über eine Nutzen-Kosten-Bewertung sinnvoll erfolgen. Das Vorhaben der Positivliste sollte daher weiter verfolgt werden. Dabei könnte der juristische Schwachpunkt des bisherigen Entwurfs zum AMPoLG, nämlich die unterschiedlichen Bewertungsmaßstäbe für Arzneimittel verschiedener Therapierichtungen, jederzeit beseitigt werden. Wir bitten Sie dringend, sich für ein solches Vorgehen einzusetzen.

Sollten Sie jedoch der Ansicht sein, dass ein solcher Einsatz keinerlei Aussicht auf Erfolg hat, so bitten wir Sie, zumindest die unsinnige Regelung des Eckpunktepapiers zu korrigieren, durch welche die Zahl von Ausnahme-Indikationen für die Erstattung verschreibungsfreier Arzneimittel auf zehn bis zwölf beschränkt wird. Wir können nicht erkennen, dass eine solche Zahl in irgendeiner Weise auf sachbezogenen Erkenntnissen beruht. Es kann doch nicht darum gehen, eine beliebige, völlig aus der Luft gegriffene Zahl von Indikationen zu bestimmen. Vielmehr muss im Rahmen eines fachlich fundierten Verfahrens erfasst werden, welche verschreibungsfreien Arzneimittel derzeit für chronisch kranke Patienten zu einer wirtschaftlichen Dauertherapie erforderlich sind. Wie viele Indikationen hierbei in Frage kommen, kann erst am Ende eines solchen Verfahrens feststehen. Daher sollte der Auftrag an den Bundesausschuss die fachlichen Kriterien nennen, nach denen dieser Ausnahmeindikationen festsetzen kann, nicht aber die Höchstzahl solcher Indikationen.

Für unsere Mitglieder stellt sich z.B. das Problem der GKV-Kostenerstattung für bestimmte Mineralstoffpräparate.

Immunsuppressive Arzneimittel, die eine Abstoßung der verpflanzten Leber verhindern, verursachen Störungen des Knochenstoffwechsels. Wenn in diesen Fällen keine zuverlässige Prophylaxe – insbesondere durch die Gabe von Calcium – betrieben wird, entwickeln die Patienten eine Osteoporose. Die Behandlung dieser Knochenbrüchigkeit verursacht erhebliche Kosten. Die Prophylaxe ist daher eine notwendige besonders wirtschaftliche Medikation, übrigens auch für eine große Zahl anderer Patienten, die Corticoide z.B. wegen allergischer Erkrankungen erhalten. Eine andere Nebenwirkung von Immunsuppressiva kann eine Störung des Magnesiumstoffwechsels mit hoher Anfälligkeit für Muskelkrämpfe sein. Diese Patienten benötigen eine Magnesiumsubstitution.

Mit der Einschätzung der Wirtschaftlichkeit dieser verschreibungsfreien Therapien stehen wir übrigens nicht alleine. Auf unsere entsprechende Eingabe hin hat auch die Kommission zur Erarbeitung des Entwurfs der Positivliste diese Indikationen für wissenschaftlich evident gehalten und in den Entwurf aufgenommen.

Wenn solche Indikationen wegen einer willkürlichen Begrenzung der Zahl von Fällen der Erstattungsfähigkeit in Zukunft von den chronisch kranken Patienten selbst getragen werden müssen, bedeutet dies, dass sie über die Steigerung von Zuzahlungen und die Einschränkung von Leistungen nach Punkt 7.2 bis 7.4 des Eckpunktepapiers hinaus weiter finanziell belastet werden, und zwar ohne Rücksicht auf die Belastungsgrenzen, die für Zuzahlungen festgelegt werden. Die Mehrbelastung hängt dann allein davon ab, ob ein Patient an einer chronischen Krankheit leidet, zu deren Behandlung ausschließlich verschreibungspflichtige Arzneimittel angewendet werden, oder ob auch verschreibungsfreie Medikamente für die Therapie seines Leidens sinnvoll sind. In letzterem Fall wird er willkürlich finanziell höher belastet.

Zudem bedeutet eine solche Regelung langfristig Kostensteigerungen für die GKV, denn die Erfahrung der Vergangenheit zeigt, dass eine Ausweichreaktion auf eine häufigere Verordnung verschreibungspflichtiger – teurerer – Alternativen einsetzt. Auch wenn einkommensschwache Patienten sich eine Prävention nicht mehr leisten, führt dies zu Kostenerhöhungen in der GKV auf lange Sicht.

Wir bitten Sie dringend, diese Problemlagen bei der Verabschiedung der anstehenden Gesetzesreform zu berücksichtigen. Verfolgen Sie das Ziel einer Positivliste weiter oder schaffen Sie zumindest die Möglichkeit einer ausschließlich Evidenz basierten Erstattungsfähigkeit auch verschreibungsfreier Arzneimittel für chronisch Kranke!

Mit freundlichen Grüßen



**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0274(13)  
vom 19.09.03**

**15. Wahlperiode**

**Stellungnahme des Berufsverbandes der Fachärzte für Psychiatrie und  
Psychotherapie BVDP  
zum Antrag der FDP**

**zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE  
GRÜNEN  
zum GMG-Entwurf**

**36. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung**

**BT-Drucksache 15/1525**

**Öffentliche Anhörung am 22.9.03,  
13-17 Uhr**

Berufsverband der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie BVDP  
1. Vorsitzende: Dr. Christa Roth-Sackenheim, Breite Str. 63, 56626 Andernach  
Tel 02632-96400, Fax 02632-964096, [c@dr-roth-sackenheim.de](mailto:c@dr-roth-sackenheim.de)

**Die besonderen Bedürfnisse psychisch kranker Menschen werden im Entwurf zum Gesundheitsmodernisierungsgesetz in einigen zentralen Punkten nicht berücksichtigt.**

Dazu zählen insbesondere:

1. Zuzahlungsregelungen
2. Lotsenfunktion des Hausarztes
3. Ambulante Komplexleistungen
4. Prävention

**Begründung:**

Gemäß § 27 SGB V und § 10 SGB IX ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen.

Psychische Erkrankungen unterscheiden sich in Vielem vom somatischen Krankheiten:

- Je schwerer die psychische Störung, desto geringer ist der Wunsch der Patienten nach Behandlung. Sie begeben sich häufig nicht frühzeitig genug in Behandlung und suchen ihren behandelnden Arzt in der Folge eher zu selten als zu häufig auf. Ein Teil dieses Personenkreises erhält Behandlung nur während einer gerichtlich angeordneten Unterbringung.
- Es gibt keine empirischen Belege für eine verfrühte oder übermäßige Inanspruchnahme von Behandlungsleistungen durch schwer psychisch erkrankte Menschen, aber zahlreiche Belege für hohe Folgekosten, Behinderung und Pflegebedürftigkeit durch unzureichende Inanspruchnahme durch diesen Personenkreis.
- Erfahrungsgemäß kommt es krankheitsbedingt häufig zu Misstrauen und Ablehnung gegenüber Hilfeleistungen. Dies führt auch zu einer besonderen Belastung der Angehörigen, mit denen der chronisch psychisch Kranke lebt, mit der Folge, dass psychisch kranke Menschen aus sozialen Bezügen herausfallen und deshalb kostenträchtige Krankenhausbehandlung oder Heimunterbringung notwendig wird.

**Zu 1:**

**Zuzahlungsregelungen erhöhen die Schwelle zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und stellen bei bestimmten Besonderheiten der psychiatrischen Behandlung eine soziale Ungerechtigkeit dar:**

Dies gilt für

- stationäre Behandlung (z.B. während zwangsweiser Unterbringung ; Anreiz zum Abbruch notwendiger Behandlung bei ohnehin unzureichender Compliance, was zu häufigen Wiederaufnahmen führt)
- den Zugang zu und die Fortführung notwendiger ambulanter fachärztlicher Behandlung sowie der Behandlung durch Institutsambulanzen. Sie wird zusätzlich erschwert;
- insbesondere Soziotherapie und häusliche psychiatrische Krankenpflege, die gesetzlich der Verkürzung und Vermeidung von Krankenhausbehandlung dienen (Hierbei handelt es sich ohnehin um regelhaft geprüfte Antragsleistungen auf der Grundlage von Einzelbewilligungen.),
- ärztlich verordnete nicht-ärztliche Behandlungsleistungen (z.B. Ergotherapie).

Zusätzlich wird ein hoher Anteil der chronisch psychisch Kranken an die eigene Belastungsgrenze stoßen und nicht selbständig in der Lage sein, die erforderlichen Nachweise zur Eingrenzung ihrer Zuzahlungspflichten zu erbringen. Dies wird erhebliche Probleme aufwerfen und zusätzliche Kosten bei Verwaltungen und bei der gesetzlichen Betreuung verursachen. Stationär behandelte psychisch kranke Menschen sind wegen der dreifach erhöhten durchschnittlichen Verweildauer im Vergleich zu somatisch Kranken ohnehin besonders belastet.

Deshalb hält es der Berufsverband der Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie für **unbedingt erforderlich,**

chronisch psychisch Kranke von der Zuzahlung bei den genannten Leistungen, insbesondere bei Soziotherapie und ambulanter psychiatrischer Krankenpflege zu befreien.

## **Zu 2.**

### **Die Stärkung des Hausarzt systems darf nicht zu einer Erschwerung des Zugangs zu fachärztlicher psychiatrischer Behandlung führen.**

Für chronisch psychisch kranke Menschen ist der Psychiater u. Psychotherapeut oft der am häufigsten aufgesuchte Bezugsarzt. Der Psychiater u. Psychotherapeut sollte daher für diesen Personenkreis die Lotsenfunktion übernehmen können.

Aktuell ist eine fachpsychiatrische Überversorgung in der ambulanten ärztlichen Behandlung nirgends festzustellen, wohl aber eine Fehlversorgung dergestalt, dass psychische Erkrankungen fachfremd behandelt werden. So werden Psychopharmaka weit überwiegend von Nicht-Psychiatern statt fachgerecht von Psychiatern verordnet. Depressionen und Abhängigkeitserkrankungen bleiben hier oft unerkannt.

**Der möglichst niedrigschwellige Direktzugang zu psychiatrischer Behandlung muss erhalten, eher gestärkt werden. Deshalb sollte für schwer und chronisch psychisch kranke Menschen der Zugang zu psychiatrischer Behandlung nicht durch die Erfordernis einer Überweisung erschwert werden.**

## **Zu 3.**

### **Chronisch psychisch kranke Menschen benötigen häufig Komplexleistungen**

unter Einschluss von psychiatrischer Behandlung, Soziotherapie, psychiatrischer Krankenpflege, Ergotherapie, Psychotherapie usw. wie sie zur Zeit nur durch Krankenhäuser angeboten werden. (vgl. Entschließung des Deutschen Bundestages zur Verstetigung der Psychiatriereform von Juli 2002).

Der Gesetzentwurf lässt diesbezügliche Impulse zur strukturellen Weiterentwicklung vermissen. Die Ermöglichung integrierter Versorgung reicht nicht aus. (positives Beispiel: Sozialpsychiatrievereinbarung im Bereich Kinder- und Jugendlicher; ist allerdings in § 85.2 Satz 4 in Muss-Regelung zu verändern).

**Notwendig sind ambulante Komplexleistungen durch psychiatrische / kinder- und jugendpsychiatrische Fachpraxen in Vernetzung mit anderen Leistungserbringern oder durch psychiatrische / kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken. Dies sollte im Gesetz aufgenommen werden.**



**Zu 4.**

**Prävention kommt bei psychischen Erkrankungen eine hervorragende Bedeutung zu.**

Die Regelungen zur Prävention, die im Regierungsentwurf zum GMG im Frühjahr 2003 enthalten waren, sind im aktuellen Gesetzentwurf entfallen. Ein künftiges Präventionsgesetz kann aber nicht entsprechende Regelungen im SGB V angemessen ersetzen.

**Sie sollten daher erneut aufgenommen werden.**

Berufsverband der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie BVDP  
1. Vorsitzende: Dr. Christa Roth-Sackenheim, Breite Str. 63, 56626 Andernach  
Tel 02632-96400, Fax 02632-964096, [c@dr-roth-sackenheim.de](mailto:c@dr-roth-sackenheim.de)

## **Psychische Erkrankungen und Stigmatisierung in Europa - Herausforderungen der sozialen Integration und Gerechtigkeit Athener Konferenz 23. -25. März 2003**

Zusammenfassung eines Berichts von David McDaid, London, in eurohealth, Vol9 No1, 5-8

### **Ziele der Konferenz**

Die Konferenz fand im Rahmen der griechischen Präsidentschaft der EU als Fortsetzung einer Reihe internationaler Aktivitäten für den Bereich psychischer Erkrankungen statt. Beteiligt waren die Europäische Kommission, die Gesundheitsminister der europäischen Länder, Vertreter der World Health Organisation, der World Psychiatric Association sowie von Organisationen im Bereich psychischer Erkrankungen. Aus Deutschland waren Gaebel (Düsseldorf), Angermeyer, Becker (Leipzig, Günzburg) und v. Cranach (Kaufbeuren) als Einzelexperten geladen.

Bereits 2001 wurde in der "Athener Deklaration zur seelischen Gesundheit, zu durch die Menschheit verursachten Katastrophen, Stigmatisierung und gemeindenaher Versorgung" gefordert, "Programme zur Entstigmatisierung und Entdiskriminierung zu entwickeln und einzusetzen, das Gleichheitsprinzip in der Gesundheitspolitik und in Programmen für seelische Gesundheit hochzuhalten, sowie den Transfer der Versorgung psychisch Kranker in die Gemeinde voranzutreiben. Energisch und systematisch ist der Prozess der Destigmatisierung und der Entwicklung von gemeindenahen Angeboten für seelische Gesundheit zu verfolgen, damit das Bürgerrecht des Patienten auf geeignete psychiatrische Versorgung, genauso wie auf Bildung, Wohnung und Arbeit, garantiert werden kann, sodaß die Reintegration in die Gesellschaft auf Solidarität, Humanität und Sachlichkeit gründet."

Als eine zwingende Weiterentwicklung dieser Deklaration war die Gegenüberstellung von State-of-the-art und Stigmaproblematik in Europa das Ziel der Athener Konferenz. Es sollten konkrete Beschlüsse gefasst und praktisch umsetzbare Forderungen formuliert werden, um diese dem Europäischen Konsil der Minister für Arbeit, Sozialpolitik, Gesundheit und Verbraucherschutz vorzulegen. Vorschläge für Maßnahmen in ganz Europa sollen anschließend ausgearbeitet werden.

### **Aussagen der Konferenz:**

#### **Die weitreichenden Konsequenzen psychischer Störungen**

Seelische Gesundheitsprobleme machen einen Anteil von 20 % der durch Behinderung beeinträchtigten Lebensjahre aus, sogar 43 % aller mit einer Behinderung gelebten Jahre in der WHO-Region Europa. Die Auswirkungen psychischer Krankheit sind auf die (psychische und somatische) Gesundheit, auf die Erwerbstätigkeit, die Wohnverhältnisse, soziale Beziehungen sowie auf Straffälligkeit besonders ausgeprägt. Darüberhinaus nehmen Menschen mit psychischen Problemen weniger Hilfsangebote in Anspruch, auch wenn diese leicht zugänglich sind. Die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen und die damit verbundene Scham und soziale Ausgrenzung sind Schlüsselfaktoren, die zu diesen weitreichenden Konsequenzen beitragen. Dadurch unterscheiden sich psychische Gesundheitsprobleme von den meisten somatischen Krankheiten.

Die Bedeutung dieser weitreichenden Konsequenzen psychischer Erkrankungen wurde vom ministeriellen Teil der Konferenz besonders gewürdigt. Der Staatsminister des irischen Gesundheitsdepartments, Tim O'Malley faßte es stellvertretend zusammen: "Seelische Gesundheit wird zunehmend als die Haupt-Herausforderung in der Gesundheitsfürsorge des 21. Jahrhunderts erkannt. .... Wir sind uns alle bewußt, dass seelische Gesundheit ein integraler Bestandteil der allgemeinen Gesundheit und des Wohlbefindens ist, das einem Menschen erst ermöglicht, gemäß seiner Fähigkeiten zu leben. In einem ausgeglichenen seelischen Zustand ist man effektiver in der Lage, mit den Anforderungen des Alltags fertig zu werden, man kann produktiver arbeiten und einen besseren Beitrag zur sozialen Gemeinschaft leisten. Glücklicherweise wird die Belastung, die seelische Krankheit für Betroffene und Angehörige darstellt, von der Gesellschaft immer mehr anerkannt ... Die politisch gewollte Förderung seelischer Gesundheit wird signifikant zur Bekämpfung der Ignoranz und Stigmatisierung beitragen, die sehr oft seelische Erkrankung begleitet. Ein besseres Verständnis seelischer Erkrankungen wird die Menschen ermutigen, professionelle Hilfe früher als bisher anzunehmen. Vielleicht wird mit der Zeit und der zunehmenden Information die Stigmatisierung weiter abnehmen, so dass Betroffene und ihre Familien wieder voll ins soziale Leben integriert sind."

### **Facetten der "Last psychischer Krankheit"**

Als besonders wichtige Teilaspekte wurden angesehen:

- Notwendigkeit der Entlastung der pflegenden oder versorgenden Angehörigen durch „Versorgungspausen“, in denen professionelle Dienste die Versorgung übernehmen
- Untrennbar verbunden mit psychischer Erkrankung sind erhöhte Mortalität und Morbidität durch (somatische) Krankheiten, die geringere Häufigkeit der Inanspruchnahme von medizinischen und sozialen Diensten, geringere Aussichten auf adäquate Beschäftigung und damit geringere Gesamtproduktivität innerhalb der Gesellschaft.
- Gestörte Kommunikation durch die Erkrankung führt zu einer Reduktion sozialer Möglichkeiten, dieses wiederum zu einer Ausgrenzung und diese dann zu Widerstand und Scham, Hilfsdienste zu kontaktieren, woraus weitere soziale Ungerechtigkeit folgt.
- Durch Vorurteile in der Bevölkerung werden Hürden bei der Job- und Wohnungssuche noch größer, die Entscheidungsfreiheit des Betroffenen geringer, wodurch häufiger Konflikte mit dem Gesetz entstehen.
- Eine strukturelle Diskriminierung zeigt sich in einem fehlenden gesetzlich verankerten Recht auf Therapie, auf angemessene Arbeits- und Bildungsmöglichkeiten sowie soziale Absicherung und Rehabilitationsmöglichkeiten. Sie zeigt sich darin, dass für enthospitalisierte Patienten ungenügende kommunale Ressourcen für deren Unterstützung geschaffen wurden.
- Das geringere soziale Ansehen hat einen negativen Einfluß auf innerfamiliäre Bindungen, was für die anderen Familienmitglieder ein höheres Risiko, selbst psychisch zu erkranken, bedeutet.
- Die öffentliche Meinung ist von dem Missverständnis gekennzeichnet, psychisch Kranke seien eine Gefahr für die Gesellschaft. Dabei wird vergessen, dass psychisch Kranke ein erhöhtes Risiko haben, selbst Opfer von Gewalt zu werden.

## **Zusammenarbeit mit den Medien**

Die Medien spielen eine wichtige, aber auch heikle Rolle bei dem Versuch, ein ausgewogeneres Bild psychischer Erkrankungen in der Öffentlichkeit zu propagieren. Negative Vorurteile werden durch die Darstellung psychisch Erkrankter in Film und Fernsehen beeinflusst. Schon Kinder werden früh mit „verrückten Charakteren“ in Fernsehprogrammen konfrontiert, die oft übertrieben negativ und lächerlich dargestellt werden, wobei sich insbesondere über Ängste lustig gemacht wird.. Solche Darstellungen verstärken noch die Vorurteile und Diskriminierungen, die Menschen mit psychischen Problemen in allen Lebensbereichen erfahren. Pointiert gesagt kann dies sogar Einfluß auf die bürgerliche Freiheit der Betroffenen haben, insbesondere wenn die Schlagzeilen irreführend über gewaltsame Vorfälle, bei denen Menschen mit psychischen Problemen beteiligt sind, berichten. In Deutschland zeigten Umfragen vor und nach Attentaten psychisch Kranker auf 2 prominente Politiker, dass die Bevölkerung danach häufiger ein „Wegschließen“ von Menschen mit Schizophrenie forderte.

Selten wird in den Medien ausgewogen über Risiken psychischer Erkrankungen berichtet. Entgegen der Berichterstattung z. B. in der britischen Presse und dem Ruf nach mehr institutioneller Verwahrung stellen sehr wenige psychisch Kranke wirklich ein Risiko für Andere dar. Schätzungsweise 40 Schizophrene wurden in 1997 wegen Tötungsdelikten in England und Wales verurteilt bei einer Population von 12-13000 Menschen mit Schizophrenie in dieser Region, das machte 10 % der Tötungsdelikte aus. Desweiteren wurde keine Zunahme der Häufigkeit der Mordrate im Rahmen psychischer Störungen zwischen 1957 und 1995 beobachtet, diese nimmt sogar in den letzten Jahren ab.

## **Zusammenfassung:**

Die Konferenz bot eine wertvolle, seltene Gelegenheit, den Blick auf die weitreichenden Konsequenzen sozialer Ausgrenzung und Stigmatisierung auf Menschen mit psychischen Störungen und damit auch der Gesamtgesellschaft zu lenken.

Es braucht einen Kampf an vielen Fronten.

Die Europäische Kommission kann die Auswertung von Daten bezüglich der sozioökonomischen Folgen der Stigmatisierung fördern und koordinieren. Sie kann zur Problemlösung beitragen, indem sie sicherstellen hilft, dass Menschen mit psychischen Problemen gerecht behandelt werden und keine Diskriminierung quer durch alle Lebensbereiche einschließlich Arbeits- und Bildungsmöglichkeiten erleiden.

Diese Konsequenzen betreffen die gesamte Gesellschaft. Momentan gibt es nur sehr begrenzte Daten über die ökonomischen Kosten von sozialer Ausgrenzung und Stigmatisierung, aber einzelne Studien haben gezeigt, dass sehr hohe Kosten entstehen, wenn hier nichts geschieht. Eine Londoner Studie, die Kinder mit und ohne Verhaltensauffälligkeiten im Alter zwischen 10 und 28 Jahren untersuchte, konnte zeigen, dass die finanziellen Aufwendungen für Kinder mit Verhaltensstörungen etwa 10 mal höher waren als für die Kontrollgruppe. Der Großteil dieser Kosten wurde nicht im Gesundheitssystem verursacht, sondern in der Strafjustiz.

Die Konferenz zeigte, dass überall in Europa die Erkenntnis zunimmt, dass die Stigmaproblematik angegangen werden muß um soziale Integration zu fördern. Der Schlüssel dazu liegt in einer effektiven Politik, um Einstellungen und Verfahrensweisen verändern zu können.

Ankündigung:

„Mental Health in Europe – new Challenges, new Opportunities“

9.-11. Oktober 2003, Bilbao, Spanien

Information: [mhconference@soc.deusto.es](mailto:mhconference@soc.deusto.es)

--

Dr. Christa Roth-Sackenheim

Breite Str. 63

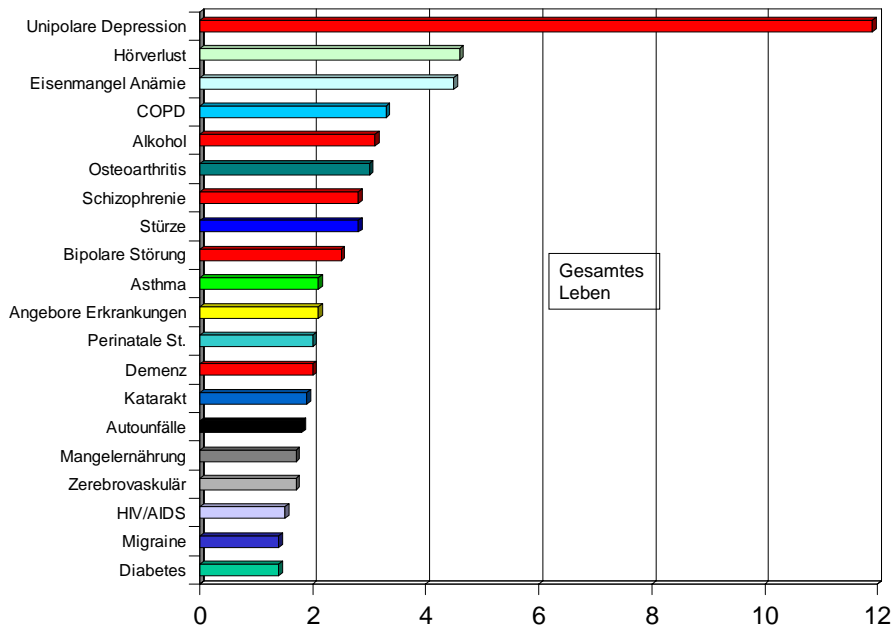
56626 Andernach

02632-96400

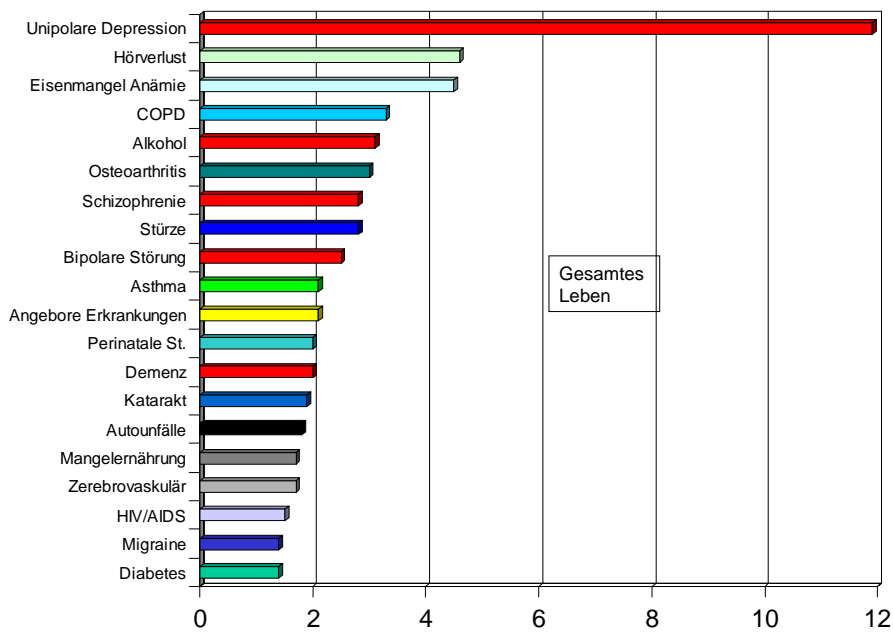
02632-964096 fax

[dqppn@Dr-Roth-Sackenheim.de](mailto:dqppn@Dr-Roth-Sackenheim.de)

Weltweit führende Ursachen (%) der durch Krankheiten und dadurch bedingter Behinderung verlorener Lebensjahre (years of life lived with disability; WHO report 2001)



Weltweit führende Ursachen (%) der durch Krankheiten und dadurch bedingter Behinderung verlorener Lebensjahre (years of life lived with disability; WHO report 2001)



**Koordinierungsausschuss  
nach § 137 e Abs. 2 SGB V**

**Der Vorsitzende**

ArGe Koordinierungsausschuss • Postfach 17 63 • 53707 Siegburg

An

die stellv. Vorsitzende der SPD-Fraktion,  
Frau MdB Gudrun Schaich-Walch

den stellv. Vorsitzenden der CDU/CSU-Fraktion,  
Herrn MdB Horst Seehofer

den Vors. des Arbeitskreises Sozialpolitik der  
CDU/CSU-Fraktion, Herrn MdB Andreas Storm

die gesundheitspolitische Sprecherin der  
CDU/CSU Fraktion, Frau MdB Annette Widmann-Mauz

die Vorsitzende des Arbeitskreises Gesundheit der  
SPD-Fraktion, Frau MdB Helga Kühn-Mengel

die Gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen,  
Frau MdB Birgit Bender

den gesundheitspolitischen Sprecher der  
FDP-Fraktion, Herrn Dr. Dieter Thomae

den Vorsitzenden des Bundestags-Ausschusses  
für Gesundheit + Soziale Sicherung, Herrn MdB Klaus Kirschner

Nachrichtlich:  
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

**Besuchsadresse:**  
Auf dem Seidenberg 3a  
53721 Siegburg

**Bankverbindung:**  
Kreissparkasse Siegburg  
BLZ 386 500 00  
Kto.Nr. 001 20 73 98

Durchwahl: (0 22 41) 93 88-19  
Telefax: (0 22 41) 93 88-35  
E-Mail: [elga.cranz@arge-koa.de](mailto:elga.cranz@arge-koa.de)

**1. Oktober 2003**

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0274(14)  
vom 19.09.03  
15. Wahlperiode**

**Fraktionsentwurf zur Gesundheitsreform 2003 –Gesetzesentwurf eines GKV Modernisierungsgesetzes- Bt Drs. 15/1525**

**Hier: Änderungs-Anträge der GKV Selbstverwaltung**

**Anlagen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich komme zurück auf das Schreiben vom 11.09.2003, mit dem auf notwendige Änderungen des Fraktions-Entwurfs hingewiesen worden ist.

In der Anlage sind die Formulierungen der

**Änderungs-Anträge**

nebst Begründungen beigefügt.

Die Anträge sind zwischen den Verbänden und Ausschüssen der Selbstverwaltung abgestimmt und werden in deren Namen mit der dringenden Bitte übersandt, sie bei den anstehenden parlamentarischen Beratungen zu berücksichtigen.

Ohne die Änderung des vorliegenden Gesetzesentwurfes wird es zu großen Schwierigkeiten bei den wichtigen Steuerungs-Aufgaben kommen, die dem Gemeinsamen Bundesausschuss und dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit zugedacht sind.

Für nähere Erläuterungen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Karl Jung  
Staatssekretär a. D.



## Änderungsantrag

Zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen eines GKV-Modernisierungsgesetzes – BT Drs. 15/1525

---

### **Zu Nr. 70 - § 91 – Gemeinsamer Bundesausschuss**

#### **1. § 91 wird wie folgt geändert:**

- a) In Absatz 1 erhält Satz 2 folgende Fassung:  
„Der Gemeinsame Bundesausschuss wird zum 01.01.2004 als rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts errichtet.“
- b) In Absatz 5 wird nach Satz 2 folgender Satz angefügt:  
„In diesen Fällen entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss als Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen.“
- c) In Absatz 6 wird nach Satz 1 folgender Satz angefügt:  
„In diesen Fällen entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss als Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen.“
- d) In Absatz 7 wird nach Satz 1 folgender Satz angefügt:  
„In diesen Fällen entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss als Bundesausschuss der Krankenhäuser und Krankenkassen.“

#### **2. Nach § 91 wird folgender § 91 a eingefügt:**

##### **§ 91 a Finanzierung**

Die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses und des Instituts nach § 139a Abs. 1 erfolgt jeweils zur Hälfte durch die Erhebung eines Zuschlags auf jeden abzurechnenden Krankenhausfall und auf die Vergütung für die ambulante vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung nach den §§ 85 und 85a in Höhe eines entsprechenden Vomhundertsatzes. Die im stationären Bereich erhobenen Zuschläge werden in der Rechnung des Krankenhauses gesondert ausgewiesen; sie gehen nicht in die Gesamtbeträge nach den §§ 3 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder nach § 6 der Bundespflegesatzverordnung sowie nicht in die entsprechenden Erlösausgleiche ein. Die Zuschläge auf die Krankenhausfälle werden vom

Institut für Entgeltsysteme im Krankenhauswesen zusammen mit dem DRG-Systemzuschlag (§ 17 b Abs. 5 KHG) erhoben und an den Gemeinsamen Bundesausschuss abgeführt. Die Höhe der Zuschläge auf jeden Krankenhausfall und auf die Vergütung in die vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung sowie das Nähere zur Weiterleitung dieser Mittel an eine zu benennende Stelle werden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt.“

## **Änderungsantrag**

Zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen eines GKV-Modernisierungsgesetzes – BT Drs. 15/1525

---

### **Zu Nr. 112 - §§ 139 a bis 139 c – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen**

#### **1. § 139 a wird wie folgt geändert:**

a) § 139 a Abs.1 erhält folgende Fassung:

„(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 gründet ein fachlich unabhängiges, rechtsfähiges wissenschaftliches Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen in der Rechtsform einer Stiftung des privaten Rechts. Die Institutsleitung wird einvernehmlich durch den Stiftungsvorstand bestimmt, in den das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung einen Vertreter entsenden kann.“

b) Absatz 2 wird gestrichen.

c) Die bisherigen Absätze 3 bis 6 werden Absätze 2 bis 5.

#### **2. § 139 b wird wie folgt geändert:**

a) In Absatz 3 Satz 1 wird das Wort „hat“ durch „kann“ ersetzt.

b) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Die Befugnis, einen Teil der Aufgaben durch institutseigenes Personal zu erledigen, bleibt hiervon unberührt.“

**3. § 139 c wird gestrichen.**

## **Änderungsantrag**

Zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen eines GKV-Modernisierungsgesetzes – BT Drs. 15/1525

---

### **Zu Nr. 118 - § 140 f - Beteiligung von Patienten und des Bundesbeauftragten für die Belange der Patienten**

#### **1. In § 140 f wird Absatz 2 wie folgt gefasst:**

„(2) Im Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 und im Beirat der Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz nach § 303 b erhalten die in der Verordnung nach § 140 g anerkannten Organisationen ein Anhörungsrecht. Bei Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Abs. 4 bis 7 erhalten die Organisationen ein Antragsrecht. Wird ihrem schriftlichen Anliegen nicht gefolgt oder ihrem Antrag nicht entsprochen, sind ihnen auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen.“

#### **2. Absatz 3 in § 140 f wird wie folgt gefasst:**

„(3) In den Landesausschüssen nach § 90 sowie in den Zulassungsausschüssen nach § 96 und den Berufungsausschüssen nach § 97, soweit Entscheidungen über die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze nach § 101 Abs. 1 Satz 3 oder über die Ermächtigung von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen betroffen sind, erhalten die in der Verordnung nach § 140 g anerkannten Organisationen ein Anhörungsrecht. Wird ihrem schriftlichen Anliegen nicht gefolgt, sind ihnen auf Verlangen die Gründe dafür schriftlich mitzuteilen.“

#### **3. Absatz 5 in § 140 f wird gestrichen.**

#### **4. Dem § 140 h wird der folgende Absatz 3 angefügt:**

„(3) Die beauftragte Person ist berechtigt, bei den Sitzungen der in § 140 g Abs. 2 und 3 genannten Gremien mit zu beraten. Sie kann einen Vertreter oder eine Vertreterin entsenden.“

## **Begründung zur Änderung des § 91 – Gemeinsamer Bundesausschuss**

### **Zu Nummer 1 a)**

Die Errichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Rechtsform einer rechtsfähigen Anstalt des öffentlichen Rechts schafft mehr Rechtsklarheit und -sicherheit. Die bisherige Regelung, die dem Gemeinsamen Bundesausschuss lediglich Rechtsfähigkeit verleiht, lässt offen, ob es sich bei dem Bundesausschuss um eine rechtfähige juristische Person des öffentlichen oder privaten Rechts handelt und welche Rechtsform gemeint ist. Das ist unbefriedigend, weil diese offenen Fragen seit Jahrzehnten Anlass zu juristischen Auseinandersetzungen sind.

Bei der Entscheidung über die Rechtsform ist der Anstalt des öffentlichen Rechts der Vorzug zu geben vor einem Körperschaftsmodell. Denn dem Gemeinsamen Bundesausschuss fehlt die für eine Körperschaft des öffentlichen Rechts typische verbandsmäßige Struktur. Das zeigt sich insbesondere darin, dass dem Gemeinsamen Bundesausschusses neben den Vertretern der Ärzte, der Krankenkassen und den Interessenvertretern der Krankenhäuser ein unparteiischer Vorsitzender und zwei weitere unparteiische Mitglieder angehören. Diese Mitwirkung von „Außenstehenden“ widerspricht der bei einer Körperschaft vorliegenden Beherrschung durch ihre Mitglieder.

Deshalb ist es sachgerecht, den Gemeinsamen Bundesausschuss in der Rechtsform einer rechtsfähigen Anstalt des öffentlichen Rechts zu errichten. Dies entspricht auch der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, das den Bundesausschuss in einem Urteil vom 20.03.1996 – Az. 6 RKa 62/94 (BSGE 78, 70, 78 ff) ausdrücklich als Anstalt qualifiziert hat.

### **Zu Nummer 1b bis 1d)**

Die Änderungen stellen klar, für welchen Versorgungssektor der Gemeinsame Bundesausschuss in der jeweiligen besonderen Zusammensetzung seine

Entscheidungen trifft. Ebenso wie für die Wahrnehmung der sehr unterschiedlichen Aufgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses eine jeweils veränderte personelle Besetzung vorgesehen ist, sollte auch eine klarstellende Bezeichnung für die einzelnen Sektionen des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehen werden.

Die namentliche Hervorhebung der einzelnen Sektionen dient somit einer sinnvollen organisatorischen Untergliederung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach einzelnen Versorgungssektoren in Anlehnung an die bereits bestehenden Beschlussgremien der Gemeinsamen Selbstverwaltung. Damit ist die Einheit des Entscheidungsgremiums gewährleistet, aber zugleich erkennbar, wer für die jeweilige Entscheidung zuständig und verantwortlich ist.

**Zu Nummer 2) - § 91 a -**

Die Finanzierung des Gemeinsamen Bundesausschusses sollte im Gesetz unmittelbar geregelt werden, und zwar in der Weise, dass die erforderlichen Mittel im Wege von Zuschlägen zu den Entgelten für die Versorgungsleistungen aufgebracht werden. Die bisherige Finanzierung über Verwaltungskosten der beteiligten Institutionen ist unzureichend und hat in der Vergangenheit zu erheblichen Schwierigkeiten geführt. So ist beispielsweise heute eine ausreichende Finanzierung der Geschäftsführung für die Ausschüsse nicht gesichert; über die Aufsicht des BMGS kann sichergestellt werden, dass den Grundsätzen der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit Rechnung getragen wird. Die Finanzierungsregeln für den Gemeinsamen Bundesausschuss gelten in gleicher Weise für das Institut nach § 139 a; deshalb kann auf § 139 c verzichtet werden.

## Begründung zur Änderung der §§ 139 a ff – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit

### **Zu Nummer 1 a)**

Die Rechtsform des Instituts sollte im Gesetz eindeutig geregelt werden, um unnütze Diskussionen und Anlaufprobleme zu vermeiden. Wenn die einzige sachgerechte Finanzierungsmöglichkeit des Instituts über die Erhebung von Systemzuschlägen ohnehin an die Bedingung der Gründung einer Stiftung des privaten Rechts geknüpft wird, sollte diese Rechtsform auch zugleich als verbindlich vorgeschrieben werden.

### **Zu Nummer 1 b)**

Folgeänderung zu Nummer 1 a)

### **Zu Nummer 2 a) und 2 b)**

Die bisherige Formulierung, dass das Institut zur Erledigung seiner Aufgaben nach § 139a Abs.3 Nr.1 bis 5 wissenschaftliche Forschungsaufträge an externe Sachverständige zu vergeben hat, erweckt den Eindruck, dass allein dieser Weg über externe Aufträge für die Aufgabenerfüllung zulässig sein solle. Das ist aber weder gewollt, noch wäre dieser Weg in der Praxis gangbar. Das Institut ist vielmehr – neben der Auftragserteilung an externe Stellen - auch auf eigene Mitarbeiter angewiesen. Das wird durch die beiden Änderungen in Nummer 2 a und b klargestellt.

### **Zu Nummer 3)**

Folgeänderung zu § 91 a

## **Begründung zum Änderungsvorschlag zu §§ 140 f und 140 h – Beteiligung von Patienten und dem Bundesbeauftragten für die Belange der Patienten**

### **Zu Nr. 1) und 2)**

Durch die Regelung wird den Verbänden der Patienten und der Selbsthilfe erstmals ein weitreichendes Mitwirkungsrecht an den Entscheidungen der wesentlichen Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung eingeräumt. Das Recht auf Anhörung verpflichtet den Gemeinsamen Bundesausschuss, den berechtigten Interessen zu entsprechen; deren Anliegen dürfen nur dann abgelehnt werden, wenn überwiegende, schriftlich niederzulegende Gründe dagegen sprechen.

Weiterhin können die Vertreter der Patienten-Organisationen Entscheidungen zu den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses beantragen. Das Antragsrecht geht über die derzeitigen Befugnisse der anhörungsberechtigten Verbände hinaus und begründet eine neuartige und starke Form der Beteiligung für die Patienten-Vertreter. Sie können damit aktive Beiträge zur Ausgestaltung des Leistungsrechts der GKV auf den Weg bringen. Die Verfahrensabläufe werden durch die neue Verfahrensordnung rechtsstaatlich geregelt und unterliegen der Aufsicht des BMGS, so dass auch insoweit die Rechte der Patienten als gesichert anzusehen sind.

Auf Hereinnahme der Patienten-Vertreter als Mitglieder (ohne Stimmrecht) in den Gemeinsamen Ausschuss wird jedoch verzichtet. Eine „dritte Bank“ – neben den beiden Bänken der Krankenkassen und der Leistungserbringer – würde dem historisch bewährten Organisationsprinzip des Bundesausschusses widersprechen. Dieses Prinzip der bi-polaren Entscheidungsstruktur, die in der paritätischen Besetzung beider Bänke und der beiderseitigen Verantwortung für die zu treffenden Entscheidungen zum Ausdruck kommt, würde durch eine dritte Bank grundsätzlich und entscheidend gestört. Die auf der



beiderseitigen Fachkompetenz und dem Zwang zum Kompromiss beruhende weitgehende Akzeptanz der Entscheidungen ginge verloren.

Die Zulassung der Patienten-Vertreter als Mitglieder würde zudem die Forderung anderer Verbände auf Mitwirkung im Ausschuss nach sich ziehen; das wäre dann das Ende der gemeinsamen Entscheidungsgremien der Selbstverwaltung.

Deshalb soll es für die Patienten-Vertreter zunächst bei dem Anhörungs- und Antragsrecht verbleiben.

**Zu Nr. 3)**

Ohne ein Teilnahmerecht der Patientenvertreter in den Sitzungen ist eine Regelung der Reisekosten hinfällig.

**Zu Nr. 4)**

Der Bundesbeauftragte für die Belange der Patienten spielt eine wesentliche Rolle bei der Wahrung der Patienteninteressen. Er kann auch von nicht organisierten Patienten und Patientinnen angesprochen werden und gewährleistet zugleich personelle Kontinuität in den Entscheidungsgremien. Er vervollständigt den Schutz der Patienten, weil seine Teilnahme an den Sitzungen sichert, dass das Anhörungs- und Antragsrecht auch in den mündlichen Verhandlungen der Gremien zum Tragen kommt.



**11.09.2003**

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0274(15)  
vom 19.09.03  
  
15. Wahlperiode**

**Stellungnahme der Volkssolidarität Bundesverband e.V.  
zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Kranken-  
versicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)  
der Fraktionen SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/DIE GRÜNEN (Drs. 15/1525)**

## **I. Grundsätzliche Positionen zur Gesundheitsreform**

Diese Stellungnahme schließt sich an die Stellungnahme an, die von der Volkssolidarität Bundesverband e. V. bereits zum „Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG)“ – Bundestagsdrucksache 15/1177 – im Juni d. J. dem Bundestagsausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung vorgelegt wurde<sup>1</sup>.

Grundsätzlich befürwortet die Volkssolidarität Bundesverband e. V. die Notwendigkeit von Reformen zur Sicherung eines zukunftsfähigen Gesundheitssystems. Dabei stellt sie folgende Grundanliegen in den Mittelpunkt:

1. **Reformen müssen darauf gerichtet sein, auch künftig eine leistungsfähige Gesundheitsversorgung für alle Bürgerinnen und Bürger, unabhängig von ihrem jeweiligen Einkommen, von ihrem Geschlecht und Alter sowie ggf. von Art und Schwere ihrer Erkrankung oder gesundheitlichen Beeinträchtigung zu sichern. Nicht der Beitragssatz an sich, sondern der Mensch muss Zielpunkt von Reformen sein.**

<sup>1</sup> Siehe Ausschussdrucksache 0248(25) vom 20.06.03 bzw. [www.volkssolidaritaet.de](http://www.volkssolidaritaet.de)

Maßstab bleibt für uns, dass es für die gesundheitliche Versorgung keine sozial bedingten Zugangsbeschränkungen geben darf. Jeder soll im Bedarfsfall die Hilfe bekommen, die medizinisch und pflegerisch notwendig ist.

Deshalb setzen wir uns für den Erhalt der paritätisch und solidarisch finanzierten gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ein. Eine Aufteilung des Leistungskatalogs in Grund- und Wahlleistungen sowie eine willkürliche, medizinisch und pflegerisch nicht begründbare Ausgliederung von Leistungen aus dem Katalog der GKV lehnen wir ab.

2.

Priorität beim Erhalt der GKV kommt der **Sicherung und Erweiterung ihrer Finanzierungs- bzw. Einnahmehasis** zu. Wichtige Voraussetzungen hierfür sieht die Volkssolidarität in einer wirksameren Arbeitsmarktpolitik sowie in der Einbeziehung weiterer Bevölkerungskreise in die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, u.a. Selbständige, Freiberufler, Beamte, Abgeordnete auf der Grundlage einer allgemeinen Versicherungspflicht für Erwerbstätige („Erwerbstätigen-“, oder „Bürgerversicherung“). Die private Krankenversicherung als Vollversicherung ist langfristig aufzuheben und auf eine Zusatzversicherung zu begrenzen. Die Aufhebung der Pflichtversicherungsgrenze sowie die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, die Einbeziehung von Einnahmen aus Kapitalvermögen, Mieten und Pachten in die Finanzierung der Krankenversicherung sowie deren Entlastung von versicherungsfremden Leistungen halten wir für unumgänglich.

3.

**Als Grundanliegen von Reformen betrachten wir die Verbesserung der Versorgungsqualität für alle Bürgerinnen und Bürger.** Dafür ist der Ausbau einer integrierten ganzheitlichen gesundheitlichen Versorgung, z. B. durch die Einrichtung und Förderung von ärztlichen Gesundheitszentren, dringend erforderlich. Gleichzeitig geht es darum, ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgung besser zu verzahnen. Solche strukturellen Änderungen sollen zugleich dazu beitragen, Über-, Unter- und Fehlversorgung abzubauen und Effektivitätsreserven zu erschließen. Dazu gehören ebenfalls weitere Schritte, um das Qualitätsmanagement wirksamer auszugestalten.

4.

**Eine Gesundheitsreform bewerten wir auch daran, wie sie der demographischen Entwicklung – nicht nur unter dem Gesichtspunkt der Relation zwischen Beitragszahlern und Leistungsbeziehern – gerecht wird.** Ziel einer menschenwürdigen Gesundheitspolitik muss es sein, die gestiegene Lebenserwartung, das Phänomen der Hochaltrigkeit, die zunehmend größere Differenzierung der geschlechtsspezifischen Alterserkrankungen, einschl. der wachsenden Zahl von Demenzkranken, bei der medizinischen und pflegerischen Versorgung der Menschen zu berücksichtigen. Es ist zu gewährleisten, dass die Selbständigkeit älterer Menschen möglichst lange in ihrem bisher gelebten Wohnumfeld erhalten bleibt.

5.

**Eine Gesundheitsreform muss dazu beitragen, die ganzheitliche gesundheitliche Versorgung zu fördern und insbesondere Defizite bei der Gesundheitsförderung und Krankheitsvorbeugung abzubauen.** Die Verstärkung des Präventionsansatzes

im Gesundheitswesen sollte auch vorbeugende Maßnahmen gegen die erhebliche Zunahme psychosomatischer Erkrankungen beinhalten. Für Kinder, Frauen, ältere, behinderte sowie sozial benachteiligte Menschen sind mehr und wirksamere spezifische Präventions- und Betreuungsangebote erforderlich. Dafür sollten in einem Präventionsgesetz Rahmenbedingungen geschaffen werden.

6.

**Eine Gesundheitsreform sollte helfen, die strukturelle Differenziertheit in der Versorgungsqualität zwischen den alten und den neuen Bundesländern zu überwinden.** Versorgungsdefizite sind weiter abzubauen, der sich abzeichnende Ärztemangel in einigen ostdeutschen Regionen ist durch geeignete Maßnahmen, u. a. Anreize für Berufseinsteiger (Tätigkeit in Gesundheitszentren) entgegenzuwirken. Die Vergütung ärztlicher Leistungen im Bundesgebiet Ost ist dem Vergütungsniveau im Bundesgebiet West unverzüglich anzugleichen.

7.

**Eine Gesundheitsreform muss die Reformierung der Strukturen und Funktionsweisen der Selbstverwaltungsorgane des Gesundheitswesens, der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen einschließen.** Vereinbarte Regelungen sind im Interesse einer qualitativ hochwertigen Leistungserbringung verbindlicher zu gestalten, Strukturen müssen überschaubarer, Verwaltungsapparate verschlankt und die Anzahl der Krankenkassen verringert werden. Die Private Krankenversicherung ist auf Zusatzversicherungen zu beschränken.

8.

**Eine Gesundheitsreform sollte ermöglichen, das Überangebot an Arzneimitteln, deren Wirksamkeit umstritten ist, zu reduzieren.** Wir plädieren für eine „Positivliste“ für Arzneimittel im Sinne medizinisch fundierter und wirtschaftlich begründeter Verordnungsweisen. Der Mehrwertsteuersatz auf Arzneimittel, Medizinprodukte sowie auf Heil- und Hilfsmittel sollte halbiert werden. Ein „freiwilliger“ Medikamentenpass wird für möglich gehalten.

## II. Gesamtbewertung des Gesetzentwurfs

Ausgehend von den unter I. dargelegten gesundheitspolitischen Grundpositionen trifft die Volkssolidarität Bundesverband folgende Gesamtbewertung des Gesetzentwurfs:

1. Die Volkssolidarität Bundesverband e. V. schätzt den vorgelegten Gesetzentwurf als insgesamt enttäuschend ein.

Statt den Weg einer nachhaltigen Konsolidierung der Finanzgrundlagen in der gesetzlichen Krankenversicherung zu beschreiten, konzentriert sich der Gesetzentwurf auf eine kurz- und mittelfristige Sanierung, die einseitig die Versicherten belastet. Durch eine weitere Privatisierung des Krankheitsrisikos, insbesondere die einseitige Übertragung der Kosten für Krankengeld und Zahnersatz auf die Versicherten, weitere Kürzungen im Leistungskatalog, erhöhte Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen wird das Solidarprinzip in der GKV ausgehöhlt und auf einen immer engeren Bereich der Grundversorgung eingegrenzt. Damit werden vor allem Durchschnittsverdiener, sozial

Benachteiligte, chronisch Kranke, Menschen mit Behinderungen und ältere Menschen mit erheblichen Kostensteigerungen belastet. Sie sind die Verlierer der mit dem vorliegenden Gesetzentwurf beabsichtigten „Gesundheitsreform“. Dagegen werden – ebenfalls einseitig – Arbeitgeber entlastet, ohne dass mit dieser beabsichtigten Reduzierung von Lohnnebenkosten eine annähernd äquivalente Gegenleistung eingefordert werden kann, z. B. durch die Schaffung versicherungspflichtiger Erwerbsarbeitsplätze, die zu höheren Beitrags-einnahmen in den sozialen Sicherungssystemen führen könnten.

Der Schwächung des Paritätsprinzips in der Finanzierung entspricht die zunehmende Verlagerung von Leistungen in den Bereich der privaten Versicherung – diesen Weg lehnt die Volkssolidarität Bundesverband e. V. entschieden ab, weil er nicht wirklich die Eigenverantwortung der Versicherten fördert, sondern die gesellschaftliche Entsolidarisierung verstärkt.

Es ist nicht zu erwarten, dass die vorgesehenen zusätzlichen Belastungen für die Versicherten, die nach dem vorgesehenen Übergangszeitraum ab 2006 voll wirksam werden sollen, tatsächlich durch entsprechende Beitragssenkungen aufgefangen werden. Auch insofern verfehlt der Gesetzentwurf das Ziel einer gerechten Lastenverteilung.

2. Die Volkssolidarität Bundesverband e. V. hält es für bedenklich, dass mit dem Gesetzentwurf eine Gesundheitsreform auf den Weg gebracht werden soll, bei der der Zusammenhang mit gegenwärtig laufenden oder noch beabsichtigten Änderungen in anderen sozialen Sicherungssystemen nicht bzw. unzureichend berücksichtigt wird. Dies betrifft insbesondere die Folgen für die Versicherten selbst. Durch die Umsetzung des Hartz-Konzepts, Änderungen im Sozialhilferecht, bei Rente und Pflege entstehen für breite Kreise der Bevölkerung ab 2004 erhebliche Einkommensverluste, denen nunmehr die Belastungen im Gesundheitsbereich hinzuzurechnen sind. Diese für den Einzelnen momentan kaum überschaubare Akkumulation von Leistungskürzungen und zusätzlichen Belastungen verschärft die soziale Schieflage in einem Umfang, der für viele Menschen die Frage aufwirft, ob sie sich diese oder jene Leistung der gesundheitlichen Versorgung überhaupt noch finanziell leisten können. Auch die im Gesetzentwurf vorgesehenen Grenzen für Eigenleistungen ändern daran wenig. **In besonderem Maße treffen diese zusätzlichen Belastungen die Rentnerinnen und Rentner sowie die rentennahen Jahrgänge in den neuen Bundesländern<sup>2</sup>.**

Zu befürchten ist ferner, dass die Frage der Kosten noch mehr als bisher Defizite bei der gesundheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen, älteren Menschen, chronisch Kranken und Menschen mit Behinderungen erzeugt oder weiter verschärft. Hier driften gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die krank machen, und Möglichkeiten der Hochleistungsmedizin immer mehr auseinander.

---

<sup>2</sup> Wir verweisen auf die fehlende Rentenangleichung (Rentenwert Ost liegt 12 Prozent unter dem Rentenwert West), weitaus geringere Möglichkeiten zum Ausgleich der Belastungen durch Vermögensrücklagen sowie seit Jahren stagnierende Renten durch das „Abschmelzen“ von Auffüllbeträgen. Für die rentennahen Jahrgänge wirkt sich besonders negativ aus, dass sie überdurchschnittlich von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen sind. Hinzu kommen die drastischen Maßnahmen zur Umsetzung des Hartz-Konzepts, die in Ostdeutschland massiv Verarmung erzeugen werden.

3. Die Volkssolidarität erachtet die im Gesetzentwurf vorgesehenen strukturellen Änderungen im Gesundheitsbereich als unzureichend. Neben durchaus positiven Einzelschritten, z. B. für eine integrierte Versorgung und zur Stärkung der Patientenautonomie, verzichtet der Gesetzgeber weitgehend auf tiefere Änderungen in den Organisationsstrukturen. Im Vergleich zu den drastischen Auswirkungen für die Mehrzahl der Versicherten sind die Kassen, Kassenärztlichen Vereinigungen, Arzneimittel- und Medizingerätehersteller relativ wenig von Änderungen betroffen. Die früher geplante Einführung einer Positivliste für Arzneimittel und die Aufhebung des kostentreibenden Verhandlungsmonopols der Kassenärztlichen Vereinigungen sind nicht mehr vorgesehen. Kritisch sehen wir auch, dass die dringend erforderliche Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs mit dem Gesetzentwurf nicht begonnen bzw. erst ab 2004 verhandelt werden soll. Strukturelle Nachteile in der gesundheitlichen Versorgung in den neuen Bundesländern werden somit fortgeschrieben. **Notwendig wären dagegen dringend Maßnahmen, die es ermöglichen, die sich entwickelnden Versorgungsdefizite in einigen Regionen der neuen Bundesländer – speziell in der hausärztlichen Versorgung – abzubauen bzw. ihre weitere Ausbreitung zu verhindern.**

Durch diese „Leerstellen“ bleibt die Gesundheitsreform in der mit dem Gesetzentwurf vorgelegten Fassung nicht nur hinter den Erwartungen zurück. Vielmehr werden auch Wirtschaftlichkeitsreserven nicht oder nur ungenügend erschlossen. Auch von daher werden mit diesem Gesetzentwurf zu lösende Strukturfragen einer nachhaltigen und zukunftsfähigen gesundheitlichen Versorgung nicht angegangen.

4. Die beabsichtigte Stärkung der Patientensouveränität im Sinne von Demokratisierung und Verbraucherschutz ist begrüßenswert. Die Volkssolidarität hat aber Bedenken gegen die auch im Gesetzentwurf deutliche Tendenz, Patienten mehr und mehr zu „Kunden“ im Rahmen einer Ware – Geld – Beziehung zu machen (z. B. durch die Abschwächung des Sachleistungsprinzips). Im Gegenzug werden Ärzte mehr und mehr in die Position gewöhnlicher Unternehmer gebracht. Eine solche Entwicklung droht, die ethische Dimension des Heilens gegenüber der Kostendimension in den Hintergrund zu drängen. Auch die zunehmende Technisierung der modernen Medizin, neue Möglichkeiten der Hochleistungsmedizin und die Orientierung auf Prozessqualität dürfen nicht dazu führen, dass in der gesundheitlichen Versorgung der Mensch selbst zunehmend in eine Randposition gebracht oder nur noch als Objekt einer möglichst kostengünstigen Leistungserbringung behandelt wird.
5. Die Volkssolidarität bewertet es positiv, dass die Stärkung der Prävention als wichtiges Ziel der Gesundheitspolitik einen höheren Stellenwert erhalten und durch konkrete Maßnahmen ausgebaut werden soll. Sie unterstützt alle Regelungen, die zur Stärkung der Prävention im Rahmen einer ganzheitlichen Gesundheitsversorgung (Einheit von Prävention, Heilung, Rehabilitation und Pflege) beitragen. Deshalb befürwortet sie seit längerer Zeit die Vorlage eines umfassenden Präventionsgesetzes. Eine klarere Koordinierung zwischen Prävention und Selbsthilfeförderung, wie sie mit dem Gesetzentwurf auf den Weg gebracht werden soll, ist dringend notwendig und zu befürworten. Diese Koordinierung wird dann wirksam funktionieren, wenn für Prävention und

Selbsthilfeförderung die entsprechend erforderlichen finanziellen Mittel zur Verfügung gestellt werden. In dieser Hinsicht bestehen jedoch noch erhebliche Zweifel, ob die politisch Verantwortlichen dazu bereit sind.

### **III. Stellungnahme zu wesentlichen Inhalten des Gesetzentwurfs**

#### **1. Maßnahmen zur Stärkung der Patientensouveränität**

- Die vorgesehenen Schritte zur Verbesserung, Stärkung und Vergrößerung der Patientensouveränität werden von der Volkssolidarität begrüßt. Mehr Transparenz über Angebote, Leistungen, Kosten und Qualität sind dringend notwendig. Zugleich sind erhebliche Zweifel an der praktischen Umsetzbarkeit bzw. Wirksamkeit anzumelden. (So ist z. B. fraglich, ob nicht viele Patienten auf ihr Recht auf eine Kosten- und Leistungsinformation verzichten werden, weil für sie die medizinische bzw. ärztliche Leistung als solche im Vordergrund steht und sie daher zusätzliche Belastungen für die Leistungserbringer eher vermeiden möchten. Eine verbindliche Kosten- und Leistungsinformation wäre hier sicher wirksamer, würde aber auch den dafür erforderlichen Aufwand entsprechend erhöhen.)
- Die ab 2006 geplante Einführung einer intelligenten Gesundheitskarte ist zu begrüßen, sofern sie fälschungssicher ist und den datenschutzrechtlichen Anforderungen genügt. Eine grundlegende Voraussetzung, die bisher der Öffentlichkeit hinsichtlich ihrer Umsetzbarkeit noch nicht vermittelt werden konnte, ist der Missbrauchsausschluss durch Dritte und die Wahrung der alleinigen Entscheidungshoheit über die Verwendung der Daten durch die/den Versicherte(n).
- Die Schaffung eines Amtes der/des Beauftragten für die Belange der Patienten sowie das vorgesehene Beteiligungsrecht für eine Verbesserung der Patientenvertretung im „Gemeinsamen Bundesausschuss“ ist zu begrüßen. Dabei ist aber nicht zu übersehen, dass diese Schritte Momente institutionalisierter Demokratie verkörpern. Ob dadurch tatsächlich etwas für die Patienten bewirkt werden kann, erscheint fragwürdig. Unklar bleibt vor allem die Frage der Ausstattung mit Entscheidungskompetenzen. Ob das geplante „Mitberatungsrecht“ in den Steuerungs- und Entscheidungsgremien ausreicht, erscheint zweifelhaft.
- Die Definition bzw. Festlegung, was denn „Patientenorganisationen“ sind und wer die Auswahl trifft, ist aus Sicht der Volkssolidarität ebenfalls unklar. Dies birgt die Gefahr undemokratischer Vorgehensweisen und erneuter Ausgrenzungen in sich. Die Volkssolidarität wendet sich gegen ein zu enges Verständnis des Begriffs „Patientenorganisation“, der in der Praxis offenbar nur dann zum Ansatz kommt, wenn es sich um chronisch Kranke oder Menschen mit Behinderungen handelt. Für die Volkssolidarität ist dies nicht nachvollziehbar, da wir uns sowohl als Mitgliederverband, als Träger von sozialen Diensten (für unterschiedliche Altersstufen, einschließlich Kinder- und Jugendeinrichtungen) sowie in der sozialen Interessenvertretung in großem Umfang mit der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Sozialen Pflegeversicherung befassen und befassen müssen. Sowohl als Mitgliederverband als auch als Dienstleister im sozialen Bereich hat es die Volkssolidarität tagtäglich mit Patienteninteressen zu tun, vorrangig als Vertreterin dieser Interessen. Es kommt hinzu, dass die Volkssolidarität sich – wie auch einige andere Organisationen – spezieller mit Problemen der geriatrischen und

gerontopsychiatrischen Versorgung befasst, aber dennoch oft ausgeschlossen bleibt, weil ihr nicht der Status einer „Patientenorganisation“ zuerkannt wird.

- Es ist kritisch anzumerken, dass der Gesetzentwurf keine Aussagen zur Verbesserung der Patientensouveränität und Patientenrechte älterer Menschen beinhaltet, was angesichts der demografischen Entwicklung und den damit verbundenen Herausforderungen und Chancen als deutliches Defizit des Gesetzentwurfs anzusehen ist. Die Volkssolidarität verweist in diesem Zusammenhang auf ihre Initiative zur Schaffung eines „Bundesseniorenvertretungsgesetzes“, dessen Textentwurf der Bundesregierung vorliegt.
- Hinsichtlich der Selbsthilfeförderung schließt sich die Volkssolidarität den Positionen an, die vom Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband (Gesamtverband) in seinen Stellungnahme zum Gesetzentwurf für ein Gesundheitsstrukturmodernisierungsgesetz(GMG) und zu den Eckpunkten der Konsensverhandlungen zur Gesundheitsreform(August 2003) dargestellt wurden.
- Die Volkssolidarität spricht sich dafür aus, im Gesetz die Selbsthilfe bzw. Selbsthilfeförderung um den Begriff der „Seniorenselbsthilfe“ zu erweitern bzw. zu ergänzen. Gerade für gesundheitliche Aufklärung und Prävention hat die Seniorenselbsthilfe eine erhebliche und anwachsende Bedeutung. Dem sollte auch im Gesetz entsprechend Rechnung getragen werden.
- Bonusmodelle, wie sie das Gesetz vorsieht, werden von der Volkssolidarität begrüßt, sofern sie praktisch handhabbar sind, chronisch Kranke dadurch nicht benachteiligt werden und sich der Verwaltungsaufwand eingrenzen lässt, so dass ein Kostendämpfungseffekt auch tatsächlich eintritt. Hervorzuheben und zu unterstützen ist die Schaffung von Anreizen für die Teilnahme an Präventionsprogrammen und Vorsorgeuntersuchungen.

## **2. Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung**

- Die Einführung eines Qualitätsmanagements in der medizinischen Versorgung, auch in der ambulanten ärztlichen Versorgung, ist ein notwendiger und richtiger Schritt. Was mit dem Pflegeversicherungsgesetz bei der pflegerischen Versorgung hinsichtlich der Qualitätssicherung und –entwicklung gesetzlich festgeschrieben wurde, muss im übertragenen Sinne auch für die ärztliche Versorgung in allen Leistungsbereichen durchgesetzt werden. Zu beachten ist dabei allerdings, dass es nicht wie beim Pflegeversicherungsgesetz zu einem völlig überdimensionierten bürokratischen Aufwand kommen darf.
- Die Schaffung eines unabhängigen wissenschaftlichen Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen kann bei der Erarbeitung von Behandlungsleitlinien und Pflegestandards für ausgewählte Krankheitsbilder im Sinne der Qualitätsentwicklung medizinischer und pflegerischer Versorgung ebenso hilfreich sein wie bei der Beschleunigung der Implementierung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die ärztliche Praxis.
- Die vorgesehene Fortbildungspflicht für Vertragsärzte wird begrüßt, insbesondere mit Blick auf die wachsenden fachlichen Anforderungen bei der Versorgung



chronisch Kranker im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme. Es sollte unbedingt gesichert werden, dass der Fortbildungskatalog entsprechend den wachsenden Anforderungen die fachliche Befassung mit **Alterserkrankungen**, ihre Erkennung (z. B. Alzheimer), Vorbeugung und Behandlung sowie Rehabilitation umfassend einschließt.

### 3. Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

- Die Maßnahmen zum Auf- und Ausbau einer integrierten gesundheitlichen Versorgung, zur Überwindung der strengen sektoralen Trennung bzw. zur besseren Verzahnung des ambulanten und des stationären Bereichs werden begrüßt. Die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung und die Gestaltung patientenorientierter Behandlungsabläufe („Versorgung aus einer Hand“ u. a.) sind Schritte in die richtige Richtung, die durch geeignete Maßnahmen weiter verstärkt werden sollte. Die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung bei allen wesentlichen medizinischen Leistungen ist sowohl unter strukturellen als auch unter finanziellen Aspekten geboten. **Zusätzliche Bedeutung gewinnt dieses Modell in den neuen Bundesländern, um rechtzeitig und wirksam drohende Versorgungsdefizite zu verhindern.**
  
- Die Zulassung und Förderung von Gesundheitszentren zur vertragsärztlichen Leistungserbringung ist ein bedeutender Fortschritt auf dem Weg zur Überwindung isolierten haus- und fachärztlichen Arbeitens und zur besseren Auslastung von Versorgungskapazitäten. Eine rechtliche und wirtschaftliche Stärkung von Gesundheitszentren birgt ein erhebliches Erneuerungspotenzial für eine patientenfreundliche Gesundheitsversorgung in sich, für Qualitätsverbesserungen in der Versorgung bis hin zu deutlichen Möglichkeiten einer integrierten Versorgung innerhalb ambulanter Versorgungsleistungen. Schnittstellen zwischen der medizinischen und pflegerischen Versorgung können dadurch transparenter und ggf. besser beherrschbar werden. Darüber hinaus bieten Gesundheitszentren jüngeren Ärztinnen und Ärzten gute Möglichkeiten des Berufseinstiegs und nicht zuletzt können sie ärztliches Handeln von übermäßiger Bürokratie zum Nutzen der Patienten befreien.  
Die im Gesetzentwurf vorgesehenen wirtschaftlichen Anreize für die Gesundheitszentren erscheinen unzureichend – hier sollten zumindest in der Anfangsphase noch deutlichere Akzente gesetzt werden.
  
- Eine besondere Herausforderung stellt für die Volkssolidarität die Sicherung der Versorgungsqualität bei chronischen und Alterserkrankungen dar. Die Qualität der gerontopsychiatrischen und geriatrischen Versorgung sollte im Gesetz aus unserer Sicht stärker verankert werden. Für erforderlich halten wir
  - den Ausbau der Früherkennung und Frühbehandlung von Alterserkrankungen durch eine stärkere medizinische Beachtung altersspezifischer Risikofaktoren,
  - die altersgerechte Ausrichtung von Behandlungsmethoden in der akuten, präventiven und rehabilitativen Medizin und in der pflegerischen Betreuung,
  - Angebote zur integrativen Rehabilitation Älterer als Kombination verschiedener Therapien, mit ärztlicher Begleitung und der Koordination der Pflegeleistungen, weitestgehend als ambulante Leistungsangebote,
  - altersgerechte Programme zum Erhalt lebenspraktischer Fähigkeiten und Fertigkeiten zur möglichst langen selbständigen Lebensführung,

- die besondere Berücksichtigung der sozialen und geistig-seelischen Betreuung sowie
- eine altersgerechte Gesundheitsinformation und –beratung.

#### **4. Neugestaltung der Vergütung im ambulanten Bereich**

- Die Volkssolidarität teilt den im Gesetzentwurf zum Ausdruck gebrachten Ansatz für eine gute Patientenversorgung, dass sich die ärztliche Vergütung nicht primär nach ökonomischen Rahmenbedingungen richtet, sondern sich an der Morbidität der Patienten orientiert. Allerdings ist es fraglich, ob diesem Ansatz mit der stärkeren Ausrichtung der ärztlichen Vergütung auf Leistungskomplexe und Fallpauschalen in der Praxis tatsächlich entsprochen werden kann. Bedenken ruft die Einführung von Fallpauschalen in der ambulanten Versorgung insbesondere deshalb hervor, weil sich die „Einpassung“ von geriatrischen bzw. gerontopsychiatrischen Krankheitsbildern in das Fallpauschalensystem bereits jetzt als außerordentlich kompliziert darstellbar erweist und in der Umsetzung im stationären Bereich sofort die diesbezüglichen Grenzen erkennbar wurden.
- Die im Gesetzentwurf vorgesehene Steuerung des Verordnungsverhaltens kann im Sinne von Effektivität und Wirtschaftlichkeit sinnvoll sein. Die Volkssolidarität hat jedoch Bedenken, dass eine zu enge Bindung der Honorare an veranlasste Leistungen bei Arznei- und Heilmitteln negative Rückwirkungen für die Patienten haben kann, insbesondere bei chronisch Kranken, bei älteren Patienten und bei Menschen mit Behinderungen. Unklar bleibt, ob und wie ggf. Patienten ausreichend gegen nicht auszuschließende negative Rückwirkungen veränderter Vergütungsmechanismen geschützt werden.
- Die Volkssolidarität begrüßt die vorgesehene Angleichung der ärztlichen Vergütung in den neuen und alten Bundesländern. Allerdings ist es zweifelhaft, ob der dafür im Gesetzentwurf angelegte Bewertungsmaßstab („Einkünfte je Vertragsarzt in den neuen Ländern durchschnittlich bei ca. 96 % des Westniveaus“) eine geeignete bzw. ausreichende Ausgangsbasis darstellt.

#### **5. Neuordnung der Versorgung mit Arznei- und Hilfsmitteln**

- Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Maßnahmen zur Neuordnung der Arznei- und Hilfsmittelversorgung können bei entsprechender Ausgestaltung ein Schritt zur Kostendämpfung sein. Eine Verbesserung der Versorgungsqualität dürfte davon nicht zu erwarten sein.
- Die Volkssolidarität bedauert den Verzicht auf die Einführung einer Positivliste für wirksame Arzneimittel. Sie müsste endlich wirksam werden, um die finanziellen Belastungen im Arzneimittelbereich besser steuern zu können und nachhaltige Einspareffekte zu erzielen. Die Volkssolidarität teilt die Position des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes (Gesamtverband), dass die dauerhafte Kostenerstattung für Arzneimittel durch die GKV an einen klaren Wirksamkeitsnachweis und eine positive Kosten-Nutzen-Relation gebunden sein muss, die wirkliche Innovation im Sinne von Lebensqualität der Patienten fördert.
- Auch die Preisbildung bei Arzneimitteln, medizinischen Geräten sowie Heil- und Hilfsmitteln und Handelsspannen gehört auf den Prüfstand, ohne dass dabei der

Leistungskatalog eingeschränkt wird. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Festbetragsregelungen können den Preisanstieg bei Arzneimitteln – zumindest zeitweilig – begrenzen.

- Wir fordern eine schnelle Halbierung der Mehrwertsteuer für Arznei- sowie für Heil- und Hilfsmittel. Dies würde die GKV und die Patienten direkt in Milliardenhöhe entlasten und der Praxis in anderen Ländern der Europäischen Union entsprechen.
- Die Volkssolidarität wendet sich nachdrücklich gegen die Streichung nicht-verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus der Leistungspflicht der GKV. Die vorgesehenen Ausnahmen für Kinder bis zum 12. Lebensjahr, bei Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen sowie bei bestimmten Indikationen sind eng begrenzt. Auch hier ist zu befürchten, dass diese Einschränkungen zulasten der Patienten gehen, insbesondere chronisch Kranker.
- Eine Zulassung des Versandhandels für Arzneimittel stößt bei der Volkssolidarität auf Bedenken, insbesondere solange die Gewährleistung der Arzneimittelsicherheit nicht zweifelsfrei nachgewiesen werden kann.

## **6. Reform der Organisationsstrukturen**

- Die Volkssolidarität befürwortet Maßnahmen zum Abbau von Bürokratie und unwirtschaftlichen Strukturen in der gesundheitlichen Versorgung – sowohl bei Leistungserbringern als auch bei den Krankenkassen. Die vorgesehenen Maßnahmen sind jedoch eng begrenzt und unzureichend auf den tatsächlichen Reformbedarf ausgerichtet. Die Strukturen bleiben weitestgehend unangetastet. Insofern bestehen Zweifel, ob über diesen Weg durch die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen tatsächlich vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven im erforderlichen Umfang erschlossen werden können. Dies gilt sowohl für die Kassenärztlichen Vereinigungen als auch für die Krankenkassen.
- Die im Gesetzentwurf vorgesehene Begrenzung der Verwaltungskosten bei den Krankenkassen ist grundsätzlich zu begrüßen.

## **7. Neuordnung der Versicherung für und der Versorgung mit Zahnersatz**

- Die Volkssolidarität lehnt die im Gesetzentwurf vorgesehene Neuordnung der Versicherung für und der Versorgung mit Zahnersatz als sozial ungerecht und gesundheitspolitisch bedenklich entschieden ab (siehe unsere Ausführungen unter II). Es handelt sich hier ausschließlich um eine Maßnahme zur Kostendämpfung, die für die Versicherten eher zu Verschlechterungen in der zahnärztlichen Versorgung führt.
- Besonders kritisch sehen wir die Streichung des Zahnersatzes aus dem Leistungskatalog auch deshalb, weil hier ein wichtiger Bereich der medizinischen Grundversorgung aus der solidarischen Krankenversicherung herausgeschnitten wird. Dabei werden nicht einmal Morbiditätsfaktoren berücksichtigt bzw. Härtefallregelungen vorgesehen, um besondere Härten aufzufangen, z. B. für chronisch Kranke, Menschen mit Behinderungen u. a. Eine besondere Härte ergibt sich auch für die Generationen der über 50-jährigen Bürgerinnen und Bürger, die in ihrer Jugend auf Grund der schwierigen

Lebenssituation in der Kriegs- und Nachkriegszeit weit weniger Gelegenheit hatten, gesundheitliche Vorsorge zu betreiben. Die Streichung des Zahnersatzes ist auch kontraproduktiv für viele jüngere Menschen, da die systematische zahnärztliche Vorsorge in Kindereinrichtungen und Schulen noch nicht den Erfordernissen genügt.

- Die Volkssolidarität hält die vorgesehene Regelung, dass der Abschluss einer privaten Zusatzversicherung keine Rückkehr zu einer entsprechenden Zusatzversicherung im Bereich der GKV ermöglichen soll, für bedenklich. Grundsätzlich sollte eine solche Regelung nicht auf jene angewendet werden, die ansonsten als Mitglieder in der GKV versichert sind.

## 8. Neuordnung der Finanzierung

- Die Neuordnung der Finanzen setzt einseitig auf der Ausgabenseite an, während Alternativen zur Verbesserung der Einnahmesituation nicht in Betracht gezogen werden. Die Hauptlast bei der Neuordnung der Finanzierung haben die gesetzlich Versicherten zu tragen. Die Volkssolidarität lehnt die Kürzungen im Leistungskatalog der GKV sowie die Herausnahme des Krankengeldes aus der paritätischen Finanzierung zu Lasten der Versicherten nachdrücklich ab (siehe Abschnitt II.).
- Die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen aus Steuermitteln ist vom Grundsatz her zu begrüßen. Dies darf aber nicht dazu führen, dass diese Leistungen entsprechend der Haushaltslage generell weggekürzt werden können (z. B. bei Leistungen für Frauen / Mütter). Auch die Streichung des Sterbegeldes verlagert die Kosten auf die Versicherten bzw. auf die Sozialhaushalte der Städte und Gemeinden.
- Die Erhöhung der Tabaksteuer zur Finanzierung bisheriger Leistungen der GKV ist unterstützenswert, solange gesichert wird, dass die Mehreinnahmen tatsächlich zweckgebunden verwendet werden. Sinnvoller wäre es jedoch, Erhöhungen der *Tabak- und der Branntweinsteuer* systematisch für Gesundheitsvorsorge / Prävention zu verwenden. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Finanzierung der GKV, die sich auf Beiträge der Versicherten entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit gründet, nicht in ähnlichem Umfang wie die gesetzliche Rentenversicherung von Steuereinnahmen abhängig werden sollte.
- Die Volkssolidarität lehnt die Neuordnung der Zuzahlungsregelungen sowie die Einführung von Praxisgebühren ab. Diese Regelungen erhöhen die Belastungen für die Versicherten in einem Ausmaß, das trotz der „Befreiungs- und Überforderungsregelungen“ nicht vertretbar ist. So können bei einem monatlichen Bruttoarbeitslohn von 2.500 € jährlich Mehrkosten von bis zu 600 € anfallen, denen ggf. eine Entlastung von lediglich 100 € gegenübersteht.
- Rentnerinnen und Rentner werden durch die generellen Belastungen für die Versicherten überproportional in Anspruch genommen. Im Unterschied zu den Erwerbstätigen profitieren sie nicht von anderen Entlastungen, z. B. durch das Vorziehen der Steuerreform auf den 01.01.2004. Hinzu kommt, dass dieser Personenkreis in stärkerem Maße Leistungen der GKV in Anspruch nehmen muss und daher auch wesentlich öfter und beständiger Zuzahlungen leisten muss. Daher

ist die Befürchtung nicht von der Hand zu weisen, dass Rentnerinnen und Rentner künftig von sich aus auf ärztliche Hilfe oder Arznei-, Hilfs- und Heilmittel verzichten könnten, weil sie mit zu hohen finanziellen Belastungen verbunden sind.

- Die Volkssolidarität lehnt die Erhebung des vollen Beitragssatzes auf Versorgungsbezüge und Alterseinkünfte aus selbständiger Tätigkeit bei Rentnerinnen und Rentnern in der geplanten Form ab. In den meisten Fällen sind diese Versorgungsbezüge oder Nebeneinkünfte lediglich eine Aufbesserung von Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung. Daher sollten zumindest Freibeträge (zumindest im Rahmen der Geringfügigkeit bis 400 €) gelten, um diesen Personenkreis nicht härter zu belasten.
- Die vorgesehene Neudefinition des Status „chronisch Kranke“ bzw. die Einschränkung auf dauerhafte Erkrankungen ist aus Sicht der Volkssolidarität bedenklich und abzulehnen, wenn sie zu weiteren Leistungskürzungen führen sollte. Eine solche Gefahr könnte sich für psychisch Kranke, aber auch für andere Gruppen ergeben, bei denen Krankheitsbilder starken Schwankungen unterliegen.
- Die Volkssolidarität begrüßt die vorgesehene Einbeziehung der Sozialhilfeempfänger in die GKV. Die beabsichtigte Zuzahlungsregelung macht aber aus unserer Sicht wenig Sinn, da der Regelsatz der Sozialhilfe bereits unterhalb des Existenzminimums liegt.

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0274(16)  
vom 19.09.03  
  
15. Wahlperiode**

Stellungnahme der AWMF zur Umsetzung des „Eckpunktepapiers“ der  
Bundestagsfraktionen von SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen  
zur Gesundheitsreform

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) nimmt Stellung zu folgenden vorgesehenen gesetzlichen Regelungen zur Umsetzung der „Eckpunkte zur Gesundheitsreform“, bezieht sich dabei jedoch nur auf die für die wissenschaftliche Medizin relevanten Sachverhalte:

**zu „I. Ziele und Handlungsbedarf“**

**- Ziffer 4. „Stärkung der Prävention“**

Die AWMF unterstützt alle Bemühungen zur Erhaltung der Gesundheit durch wissenschaftlich hinsichtlich ihres Nutzens gesicherte Maßnahmen der Prävention. Dabei sind alle Präventionsmaßnahmen sorgfältig zu unterscheiden in

- **Primärprävention**, der Vorbeugung gegen die Entstehung einer Krankheit,
- **Sekundärprävention**, der Begrenzung der Schwere einer bestehenden Krankheit und Verhinderung von Komplikationen und Folgeschäden.

**zu „II. Inhalte und Maßnahmen des Gesetzes“**

**- Ziffer 2. „Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung“:**

Die Qualität der medizinischen Versorgung kann insbesondere durch die Umsetzung gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse verbessert werden. Die systematische Verbesse-

Die Sicherung der Qualität der Krankenversorgung ist deshalb auch eine ständige Aufgabe der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften.

Die AWMF begrüßt alle Maßnahmen, die eine zeitnahe Umsetzung neuer, gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse, die z.B. in den systematisch entwickelten, wissenschaftlich basierten Leitlinien der Fachgesellschaften in der AWMF zum Ausdruck kommen, in die Praxis der Krankenversorgung fördern.

Die AWMF geht davon aus, dass dieses Ziel nicht durch die Einrichtung eines „Zentralinstituts“ zu erreichen ist, wohl aber über die systematische Implementierung von neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Praxis im Zuge eines kontinuierlichen Qualitätsmanagements („Continuous Quality Improvement“). Herkömmliche Fortbildungsmaßnahmen haben sich bisher als allein wenig effektiv erwiesen, dieses Ziel zu erreichen. Die

AWMF schlägt daher vor, innovative Fortbildungsverfahren mit geeigneten Prüfmechanismen zum Kompetenzerhalt (Continuous Professional Development, „Rezertifizierung“) unter Berücksichtigung der Erfahrungen aus den USA, Kanada und anderen europäischen Ländern zu entwickeln und nach Prüfung ihrer Praktikabilität einzusetzen.

### **Stiftung und Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen:**

Die AWMF begrüßt, dass das Institut nicht mehr als staatliche Einrichtung konzipiert ist. Die jetzt vorgeschlagene Konstruktion ist jedoch eher als „*Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung*“ zu bezeichnen.

Die AWMF kann nicht erkennen, dass das Institut in der geplanten Form eine wesentliche Rolle bei der Verbesserung der Versorgungsqualität spielen kann, insbesondere weil die medizinische Wissenschaft in diesem Institut nicht vertreten ist. Die AWMF wünscht dennoch, im Rahmen des Instituts mit zu arbeiten (z.B. in einem Kuratorium) und ist bereit, dort die Vertretung der Wissenschaft in der Medizin zu organisieren und das Institut bei der Formulierung der zu vergebenden Forschungsaufträge zu unterstützen. Für die im Gesetz vorgesehene Auftragsvergabe zu wissenschaftlichen Stellungnahmen an externe Sachverständige verstehen sich die in der AWMF vereinigten wissenschaftlichen Fachgesellschaften als wichtige Partner.

### **Bewertung von „evidenzbasierten“ Leitlinien:**

Die AWMF begrüßt, dass das Institut keine eigenen Leitlinien erstellen soll. Die Erstellung von Leitlinien muss in der Hand der dafür kompetenten wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften bleiben. Das international angesehene Leitlinienkonzept der AWMF<sup>1</sup> fördert die systematische Erarbeitung von wissenschafts- und zugleich konsensbasierten Leitlinien. Die AWMF benutzt dafür bewusst nicht die falsche Übersetzung „evidenzbasiert“ (= auf Augenschein beruhend) für „evidence based“ (= auf wissenschaftlichen Aussagen und Belegen beruhend) und rät dringend dazu, den fehlerhaften Begriff in einem Gesetzestext nicht zu verwenden, auch wenn er derzeit in der wissenschafts- und gesundheitspolitischen Diskussion oft benutzt wird.

Das Konzept der „evidence based medicine“ benutzt die externe „evidence“ aus Recherchen in der wissenschaftlichen Literatur (z.B. Cochrane) als einen wichtigen, aber nicht alleinigen Pfeiler für die gemeinsame individuelle Entscheidungsfindung von Arzt und Patient.

Leitlinien bedürfen einer Evaluation in der Praxis (Versorgungsforschung) und einer periodischen Überarbeitung (Aktualisierung).

### **Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln:**

Die AWMF begrüßt zwar den Wegfall der bisher vorgelegten „Positivliste“, bedauert jedoch, dass kein qualitativ besserer Ersatz geschaffen werden soll. Aus wissenschaftlicher Sicht ist es sinnvoll und möglich, eine Liste von Arzneimitteln mit wissenschaftlichem Nachweis von Wirksamkeit und Nutzen zu erstellen<sup>2</sup>. Dabei ist der Nutzen von Arzneimitteln nicht nur finanziell im Sinne der Wirtschaftlichkeit (Kosteneffektivität) zu bewerten, sondern auch an den von Patienten selbst erlebten Behandlungsergebnissen, z.B. der Ver-

---

<sup>1</sup> siehe: **Das Leitlinien-Manual von AWMF und ÄZQ**. Z. ärztl. Fortbild. Qual.sich (ZaeFQ) 95(2001) Suppl. I und **I. Kopp, A. Encke, W. Lorenz: Das Leitlinienprogramm der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF)** in: Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 45 (2002) 3, 223-233

<sup>2</sup> siehe: **Resolution der AWMF zur „Positivliste“** vom November 2001, <http://awmf.org/res/res-poli.htm>



besserung der krankheitsbezogenen Lebensqualität („outcome“). Hierzu ist eine Verstärkung der klinischen Forschung unter besonderer Berücksichtigung von klinischen Studien im stationären **und** ambulanten Bereich unbedingt notwendig.

### **- Ziffer 3. „Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen“:**

Die AWMF begrüßt die Weiterentwicklung der „integrierten Versorgung“ und die teilweise Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung. Hierzu gehört auch die Möglichkeit, ambulante Behandlungszentren zu errichten, die in Form der bisherigen Schwerpunktpraxen zukunftssträftig erscheinen und von der AWMF begrüßt werden. Die Festlegung des Zulassungsbedarfs von Klinikambulanzen, insbesondere der Hochschulambulanzen, mit speziellen Aufgaben und Fragestellungen in Forschung, Lehre **und** Krankenversorgung bedarf einer größeren Flexibilität und Transparenz als bisher. In diesem Zusammenhang hält die AWMF die Begründung mit Begriffen wie „Unterversorgung“, „Übersversorgung“ oder „Fehlversorgung“ ebenso wie die Begriffe selbst für falsch. Die Einführung dieser Begriffe durch ein Gutachten des „Sachverständigenrats für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen“ hat zu irreführenden Interpretationen und zu falschen Konsequenzen geführt. Daher sollten diese Begriffe keinesfalls in einem Gesetzestext verwendet, sondern durch den Begriff der „angemessenen Krankenversorgung“ ersetzt werden.

Nur eine wissenschaftliche Versorgungsforschung kann Kriterien für die Beurteilung einer angemessenen Krankenversorgung (z.B. Steigerung der Transparenz durch Qualitätsindikatoren) entwickeln. Dieser Forschungsbereich ist aus Sicht der AWMF dringend auszubauen, auch um die Auswirkungen neuer Versorgungsstrukturen und von veränderten gesetzlichen Regelungen wissenschaftlich zu evaluieren.

### **Arbeitszeitproblematik:**

Ohne eine Lösung dieses Problems, das durch den geplanten Wegfall der „Ärzte im Praktikum“ und das EuGH-Urteil vom 9. 9. 2003 noch erheblich verschärft wird, ist die Zukunft einer qualitativ hochwertigen (stationären) Krankenversorgung und der wissenschaftlichen klinischen Forschung in Deutschland nicht mehr gesichert. Eine Konzentration der ärztlichen Tätigkeit auf ärztliche Aufgaben, z.B. durch drastische Reduktion der administrativen Dokumentationsleistung durch Ärzte<sup>3</sup>, kann die Situation entschärfen, aber nicht lösen. Eine angemessene Krankenversorgung kann in Zukunft nur durch entsprechende Personalbemessung und Änderungen der Tarifstruktur bei angestellten Ärzten gewährleistet werden.

Nachdem aufgrund der schlechten Arbeitsbedingungen in Deutschland immer weniger voll ausgebildete Ärztinnen und Ärzte den Arztberuf im Rahmen der Krankenversorgung ergreifen, sind geeignete Maßnahmen zur Erhöhung der Attraktivität dieser Aufgaben und Anreize für eigene wissenschaftliche Tätigkeit dringend notwendig. Hierzu gehören auch ein klares Bekenntnis zur Weiterbildungsverpflichtung der Krankenhäuser und die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhausärzte.

**Das Präsidium der AWMF steht für eine detaillierte Erläuterung der Stellungnahme im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens und zur weiteren Zusammenarbeit zur Verfügung.**

---

<sup>3</sup> nach einer neuen Studie des Deutschen Krankenhausinstituts arbeitstäglich 40 Minuten pro Arzt bei einer Gesamtdokumentationszeit von 3 Stunden einschließlich patientenbezogener Dokumentation

## **Stellungnahme des Bundesverbandes Ambulante Dienste e.V.**

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0274(17)  
vom 19.09.03  
  
15. Wahlperiode**

### **zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)**

#### **Zusammenfassung**

Der Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung birgt nach unserer Ansicht – trotz den zwischenzeitlich vorgenommenen Nachbesserungen und teilweise begrüßenswerten Zielsetzungen – so schwerwiegende Nachteile für Patienten und Pflegeeinrichtungen, dass er mit diesem Inhalt abzulehnen ist. Hauptkritikpunkt ist die geplante Zuzahlungsverpflichtung der Patienten für häusliche Krankenpflege.

Die häusliche Krankenpflege ist einen falscher Ansatzpunkt zum Sparen. Der Entwurf würde in ihr einen Leistungsbereich treffen, den es nicht zu beschränken, sondern zu fördern gilt. Zwar herrscht – angesichts des beachtlichen Defizits der gesetzlichen Krankenkassen – diesseits Verständnis für die Notwendigkeit von Einsparungen. Die Frage drängt sich jedoch auf, warum diese gerade im Bereich der häuslichen Krankenpflege vorgenommen werden?

Strukturprobleme gibt es hier keine zu beheben, weshalb ein diesbezüglicher Handlungsbedarf nicht besteht. Grundsätzlich gilt es festzustellen, dass gerade der Bereich der häuslichen Krankenpflege nicht für die Finanzmisere der gesetzlichen Krankenkassen verantwortlich ist. Vielmehr arbeitet dieser Leistungsbereich ohnehin schon sehr kostengünstig und machte im letzten Jahr nur ca. 1% der Krankenkassenausgaben aus.

Das deutsche Gesundheitswesen verursacht in vielen Bereichen enorme Kosten. Die kostenintensiven Leistungsbereiche haben ein viel größeres Einsparpotential als die vergleichsweise kostengünstige häuslichen Krankenpflege. Einsparungen in diesen Bereichen versprechen somit nicht nur eine kurzzeitig höhere Effizienz, sie würden auch zu nachhaltigeren strukturellen Wirkungen führen. Mit dem aktuellen Entwurf - und den derzeitigen Zuzahlungsplänen im Bereich der häuslichen Krankenpflege im Speziellen – ist keine langfristig andauernde Entlastung der gesetzlichen Krankenkassen zu erreichen. So der Entwurf in seiner Einleitung für sich in Anspruch nimmt, „vorhandene Mittel effizienter“ einzusetzen und eine „strukturelle Reform“ darzustellen, erfüllt er diesen Anspruch im Bereich der häuslichen Krankenpflege offensichtlich nicht.

Der bad. e.V. sieht die Notwendigkeit und begrüßt die Schaffung eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, weil die wirtschaftliche Situation der Krankenkassen und die zukünftig wachsende Zahl pflegebedürftiger Patienten dies gebietet. Der Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung in seiner jetzigen Fassung ist aber keine Gewähr für eine nachhaltige Verbesserung. Vielmehr steigert er den Verwaltungsaufwand und die damit einhergehenden Kosten. Fraglich bleibt das Erreichen der angestrebten Entlastung des Gesundheitswesens, da zweifelhaft ist, inwiefern die nicht besonders hoch einzuschätzenden Mehreinnahmen im Bereich der häuslichen Krankenpflege in einem angemessenen Verhältnis zu den wachsenden Verwaltungskosten stehen würden.

### **Weiteres zu den wichtigsten Punkte im Einzelnen:**

- **§ 37 SGB V**

Wenn man – entgegen der Vorstellung des bad e.V. – auf die Einführung der Zuzahlung beharrt, so muss man den Entwurf zumindest in der Weise überarbeiten, dass der maximale Zuzahlungszeitraum sowohl für die häusliche Krankenpflege, als auch für Krankenhausleistungen, stationäre Vorsorge und Rehabilitationsleistungen *zusammen insgesamt* 28 Tage beträgt. Dies wäre systematisch insofern konsequent, als dass man schon eine gemeinsame Kappungsgrenze von 2% bzw. 1% des Bruttojahreseinkommens für diese Bereiche vorgesehen hat. Hinzu kommt, dass der aktuelle Entwurf dazu ermutigt, aus finanziellen Gründen nur Leistungen aus einem Bereich zu beziehen, in dem man bereits 28 Tage zugezahlt hat. Ein medizinisch indizierter Krankenhausaufenthalt könnte so z.B. von einem Patienten verweigert werden, damit im Krankenhaus keine neuerlichen 28 Tage Zuzahlung beginnen.

- **§ 61 SGB V**

Weiterhin ist die Regelung der Zuzahlungsabwicklung kritikwürdig. Zunächst sollte das Gesetz die Einzugsmodalitäten konkret regeln. Ausschließlich die Kostenlosigkeit von Quittungen festzulegen reicht hierzu nicht.

Auch die „zum Einzug Verpflichteten“ gilt es konkret im Gesetz zu benennen. Soweit im Entwurf nur aus der *Begründung* zu entnehmen ist, dass die Abwicklung über die Leistungserbringer – hier also regelmäßig die Pflegeeinrichtungen – erfolgen soll, ist dies aus regelungstechnischen und inhaltlichen Gründen abzulehnen. Denn einerseits würde man den Einrichtungen damit eine ureigene Aufgabe der gesetzlichen Kassen aufbürden, die betriebsintern zusätzlichen Verwaltungsaufwand, Schulungsbedarf, finanzielle Verantwortung und Regressrisiken mit sich bringen würde, ohne dass ein angemessener Gegenwert hierfür vorgesehen ist. Zum anderen bedingt die geplante Praxis, dass die Pflegeeinrichtungen Informationen über das Einkommen ihrer Patienten, ihre Lebenspartner und der in ihrem Haushalt lebenden Angehörigen erheben und verarbeiten müssten, um die Erreichung der Kappungsgrenze nachvollziehen zu können. Natürlich müsste das Gleiche für die Recherche gelten, welcher Mitbewohner des Versicherten ein Angehöriger bzw. Lebenspartner und nicht nur Zimmernachbar ist. Die Abwendung einer solchen Konstellation, in der persönliche bis intime Patientendaten eingeholt werden müssten, ist aus unserer Sicht bereits aus Gründen des Datenschutzes geboten. Zumindest aber müsste das Gesetz eine eindeutige Regelung

enthalten, die die Leistungserbringer von jeder Verantwortung entbindet, sollten die Patienten bzw. deren Mitbewohner keine Auskunft geben. Ansonsten müssten Pfleger fürchten, für etwas sanktioniert zu werden, was nicht ihrem Einfluss unterliegt.

Wenn man schon eine Zuzahlungsverpflichtung einführt, dann muss diese auch vollständig über die gesetzlichen Krankenkassen abgewickelt werden, die bereits tiefgreifende Informationen über die Patienten besitzt.

Abzulehnen ist auch die Erhebung einer 10 €- Pauschale für jede ärztliche Verordnung. Hiermit würde man ansonsten den Ärzten einen Wettbewerbsvorteil verschaffen, die langfristige Verordnungen ausschreiben und für den Patienten so Geld sparen. Die Förderung unnötig langer Verordnungen wäre ebenso die Folge, wie der Versuch der Ärzte, sich in der Verordnungsdauer gegenseitig zu überbieten. Das kann nicht im Sinne des Gesetzgebers sein.

- **§ 62 SGB V**

Die Umsetzung des Entwurfs würde für viele Patienten den sicheren Verlust von mindestens 2 % des Jahreseinkommens bedeuten, da die Kappungsgrenze häufig erreicht werden würde. Tatsächlich könnte der Prozentsatz deutlich höher liegen, da Lebenspartner und im Haushalt des Versicherten lebende Angehörige die Berechnungsgrundlage beeinflussen würden. Dies würde einer verdeckten Beitragserhöhung in beträchtlichem Umfang gleichkommen und ausschließlich auf Kosten derjenigen gehen, die in besonderem Maße der Pflege bedürfen. Den Solidaritätsgedanken vermisst der bad e.V. hierbei.

- **§ 132a SGB V**

Ausdrücklich begrüßt wird vom bad e.V. demgegenüber die Normierung einer Schiedsperson im Rahmen des § 132a SGB V. Dies fördert in einschlägigen Härtefällen die Erzielung schneller und sachgerechter Lösungen.

Sebastian A. Froese, Ass. jur.  
Justitiar bad e.V.



**Ressort 9**  
**Bereich Gesundheitspolitik**

**Vereinte  
Dienstleistungs-  
gewerkschaft**

ver.di e. V. • Potsdamer Platz 10 • 10785 Berlin

**DEUTSCHER BUNDESTAG**  
Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung - Sekretariat -  
Platz der Republik 1

11011 Berlin

**Bundesverwaltung**

Potsdamer Platz 10  
10785 Berlin

**Herbert Weisbrod-Frey**

Telefon: 030 6956 0  
Durchwahl: - 1810  
Telefax: - 3410

herbert.weisbrod-frey@verdi.de  
www.verdi.de

Datum  
Ihre Zeichen  
Unsere Zeichen

19. September 2003

wf

**Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes der Fraktionen  
SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen zur Modernisierung  
der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-  
Modernisierungsgesetz – GMG) Drucksache 15/1525**

Sehr geehrte Damen und Herren,

beigefügt senden wir Ihnen die Stellungnahme der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di zum Entwurf eines Gesetzes der Fraktionen SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)

Mit freundlichen Grüßen

Herbert Weisbrod-Frey

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0274(18)  
vom 19.09.03  
  
15. Wahlperiode**



Ressort 9  
Bereich Gesundheitspolitik

Vereinte  
Dienstleistungs-  
gewerkschaft

Bundesverwaltung

## Stellungnahme der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft ver.di

- zum Entwurf eines Gesetzes  
der Fraktionen SPD, CDU/CSU  
und Bündnis 90/Die Grünen  
zur Modernisierung der  
Gesetzlichen Krankenversicherung  
(GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)
- Drucksache 15/1525

Berlin, den 19. September 2003



Der vorliegende Gesetzentwurf verzichtet weitgehend auf die noch im Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen enthaltenen strukturellen Reformen. Statt dessen werden Zuzahlungen, Leistungsausgrenzungen und weitere Belastungen vor allem der kranken Versicherten gegenüber dem Vorentwurf noch verstärkt. Die Solidarität, die ein Kernelement der bisherigen gesetzlichen Krankenversicherung ist, wird in eine bedrohliche Schieflage gebracht.

Die beabsichtigte Senkung des Beitragssatzes von derzeit 14,3 Prozent auf unter 13 Prozent im Jahr 2007 soll überwiegend von Versicherten und Patienten bezahlt werden. Ab 2005 sollen die Versicherten den Zahnersatz allein finanzieren, ab 2006 auch noch das Krankengeld. Hinzu kommen massive Erhöhungen der Zuzahlungen im Krankenhaus, bei der häuslichen Krankenpflege, Medikamenten, Heilmitteln und die Einführung einer Eintrittsgebühr beim Arzt. Die vorgesehene Begrenzung dieser Zuzahlungen auf 2% des Haushaltseinkommens kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass aufgrund der Leistungsausgrenzungen vor allem kranke Menschen in den unteren Einkommensgruppen und in strukturschwachen Gebieten die eigentlichen Verlierer dieser Reform sein werden.

Trotz der Verschiebung der Lasten auf die Schwachen ist Skepsis gegenüber all zu hohen Erwartungen an die Beschäftigungswirksamkeit und der Senkung des Beitragssatzes angebracht. Es fehlt nämlich an Verbesserungen in der Leistungsstruktur. Dagegen wird insbesondere die ausnahmslose Begrenzung der Verwaltungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen auf die Grundlohnentwicklung bis zum Jahr 2007 zu einem massiven Abbau von Arbeitsplätzen bei den Krankenkassen führen.

Die Ziele des Entwurfs, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern werden mit den vorgesehenen Maßnahmen nicht erreicht. Der erforderliche Einstieg in die integrierte Versorgung, mit aufeinander abgestimmten Behandlungen aus einer Hand und der Wettbewerb um Qualität fehlen weitgehend. Die Öffnung leistungsfähiger Abteilungen der Krankenhäuser für ambulante Dienstleistungen ist allenfalls in einer homöopathischen Dosis vorhanden. Es ist zwar gut, wenn die Krankenhäuser für hochspezialisierte Leistungen geöffnet und Versor-



gungszentren an Krankenhäusern aufgebaut werden. Eine integrierte Versorgung als Regelversorgung entsteht aber daraus noch nicht.

Neben diesen inhaltlichen Mängeln muss auch das Verfahren zur Behandlung des Gesetzentwurfs kritisiert werden. Obwohl durch die Konsensgespräche zwischen den Parteien nunmehr ein in Inhalt und Wirkung völlig neuer Gesetzentwurf vorliegt, tragen die zu engen Zeitabläufe nur noch formal einem demokratischen Verfahren Rechnung.

In unserer Stellungnahme zu den einzelnen Vorschriften beziehen wir uns weitgehend auf den Vortrag des DGB, in dem die Bewertung der Einzelgewerkschaften aufgegriffen wurden. Zu einzelnen Sachverhalten möchten wir jedoch ergänzend Stellung nehmen.

### **Verwaltungskosten der Krankenkassen**

(§ 4 SGB V)

Ver.di lehnt die vorgesehene Deckelung der Verwaltungskosten ab, weil sie gesetzlich vorgegebene Aufgabenstellungen der Krankenkassen behindert und tariflich vereinbarte Leistungen an Beschäftigte beschneidet.

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf sind weitere Aufgaben vorgesehen, die das Aufgabenspektrum der GKV erheblich erweitern. Um diese bewältigen zu können, müssen die Kassen entsprechende organisatorische und personelle Kapazitäten bereithalten. Stattdessen wird die harte Budgetierung der Verwaltungsausgaben den bereits in Gang gesetzten Personalabbau beschleunigen. Die qualifizierte Aufgabenwahrnehmung zugunsten der Versicherten wird zusätzlich gefährdet. Den Krankenkassen werden damit die Mittel genommen für neue Beratungsangebote zur Verbesserung der Transparenz und Versorgungsqualität Personal weiterzuqualifizieren oder qualifiziertes Personal für diese Aufgaben zu gewinnen. Es werden falsche Anreize gesetzt, die eine Abwanderung zu Kassen fördert, die mit geringem Verwaltungsaufwand auskommen, weil sie junge und gesunde Mitglieder anwerben. Kassen mit einer guten Infrastruktur für ihre kranken Versicherten werden benachteiligt. Dies trägt zu weiterer Risikoentmischung und zum Abbau von Solidarität bei.





Im Gesetzentwurf findet sich noch nicht einmal eine Regelung, wie sie teilweise bei Leistungserbringern im Gesundheitswesen vorgesehen ist, die Ausnahmen bei der strikten Bindung an die Veränderungsrate im Fall von Tarifsteigerungen bei den Beschäftigten der Krankenkassen zulässt.

Im Ergebnis wird somit in die Tarifautonomie eingegriffen, weil die Befugnis der Tarifvertragsparteien, die Arbeitsbedingungen autonom zu regeln, unter einen erheblichen Sachzwang gestellt werden.

Es ist daher unumgänglich, die Deckelung der Verwaltungskosten entfallen zu lassen. Auf jeden Fall müssen tarifliche Regelungen ungehindert möglich sein, die den Aufgabenstellungen der Krankenkassen entsprechen.

### **Beitragssatz aus Versorgungsbezügen und Arbeitseinkommen**

(§ 248 SGB V)

Die vorgesehene Maßnahme will auf der Grundlage des Prinzips der Leistungsfähigkeit bei der Beitragsbelastung insbesondere Rentner mit hohen Versorgungsbezügen und weiteren Arbeitseinkommen stärker belasten. Sie stellt eine grundlegende Änderung der Beitragsbelastung der Rentner dar. Die Maßnahme wird im Vorgriff auf die anstehende Modifikation der Finanzierungsgrundlagen der GKV als singuläre Maßnahme realisiert.

ver.di lehnt diese Neuregelung ab. Sie ist insgesamt nicht angemessen. Sie führt zudem bei einer nicht unerheblichen Anzahl von Versorgungsempfängern zu erheblichen Beitragssatzsteigerungen. So führt beispielsweise die Besonderheit der Altersversorgung freiberuflich tätiger Journalisten für diese Berufsgruppe zu zweistelligen Beitragssatzsteigerungen, in Einzelfällen bis zur Verdoppelung des bisherigen Beitrags. In vielen Redaktionen werden zu einem großen Teil nur noch freie Journalisten beschäftigt. Bereits vor rund 15 Jahren hielt daher die „Ich AG“ in dieser Berufsgruppe Einzug. Um eine entsprechende Alters- und Sozialabsicherung zu erreichen wurde in Eigeninitiative ein eigenes Versorgungswerk aufgebaut. Den größten Teil ihrer Altersversorgung erhalten diese Journalisten nicht vom Rentenversicherungsträger, sondern vom „Versorgungswerk der Presse“.



Die vorgesehene Gesetzesänderung greift hier ganz erheblich in den Bestand dieser Versorgungsbezüge ein. Für Journalisten, die über lange Zeit in gutem Glauben für eine ausreichende Alterssicherung gesorgt haben, lässt die geplante Neuregelung keinerlei Möglichkeit an dieser Situation noch etwas zu verändern. Betroffen sind dort vor allem „kleine Versorgungsbezüge.“

Wegen der Vielzahl unterschiedlicher Versorgungseinrichtungen dürfte dieses Beispiel kein Einzelfall sein. Wir bitten daher dringend im vorliegenden Gesetzentwurf auf diese Regelung zu verzichten und im Rahmen der vorgesehenen Neuordnung der Finanzierung tragfähige Gesetzesänderungen auch für Versorgungsempfänger und Selbständige zu entwickeln.

### **Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung**

Auf die eingangs gemachten Bemerkungen nehmen wir Bezug. Trotz der im Ergebnis insgesamt unbefriedigenden Verzahnung ambulanter und stationärer Leistungen sind durchaus in Einzelfragen Veränderungen vorgenommen worden, die zu Verbesserungen führen können. Diese sind wie folgt zu bewerten:

### **Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung**

(§ 116a SGB V)

Die vorgesehene Regelung ist grundsätzlich zu begrüßen, dürfte jedoch kaum eine praktische Bedeutung haben. Voraussetzung für die ambulante Tätigkeit des Krankenhauses ist die Feststellung der Unterversorgung in einem oder mehreren Fachgebieten. Die Zulassung des Krankenhauses erfolgt durch den Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung (KV). Sie wird begrenzt soweit und solange dies zur Deckung der Unterversorgung erforderlich ist. Die KV ist verpflichtet die Versorgungslücke zu schließen, ansonsten drohen Vergütungsabschläge. Es werden sich aber kaum Krankenhäuser finden, die ambulante Versorgung unter diesen Bedingungen anbieten. Sie müssten Investitionen tätigen und hätten das Risiko des Zulassungsentzugs bei Besetzung des Facharztsitzes

durch die KV. Ohne die Neuregelung des Versorgungsauftrags für die ambulante Versorgung, wie er beispielsweise im Vorgängerentwurf vorgesehen war, greift die Maßnahme nicht. Es wird damit die Chance vertan wirksam regionale Unterversorgung zu verhindern und damit die Versorgungsqualität dort zu verbessern.

### **Teilnahme der Krankenhäuser an Chronikerbehandlungsprogrammen (DMP)**

(§ 116b Abs. 1 SGB V)

Es ist vorgesehen, dass die Krankenkassen mit zugelassenen Krankenhäusern, die an der Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms teilnehmen, Verträge über ambulante ärztliche Behandlung abschließen können. ver.di begrüßt, dass die Verträge direkt zwischen Krankenkassen und Krankenhaus ohne Beteiligung der KV erfolgen. Es ist jetzt erforderlich, dass aktiv weitere Behandlungsprogramme erarbeitet und durch Verträge praktisch ausgestaltet werden.

### **Hochspezialisierte Leistungen**

(§ 116b Abs. 2ff SGB V)

verdi begrüßt diese Regelung. Die Krankenkassen können mit zugelassenen Krankenhäusern Verträge über die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen sowie zur Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen schließen. Diese Leistungen werden in einem Katalog aufgeführt, der später durch die gemeinsame Selbstverwaltung ergänzt wird. Im Katalog sind u.a. enthalten:

- spezielle schmerztherapeutische Behandlungen,
- Krebserkrankungen,
- AIDS
- schweres Rheuma
- schwere Herzschwäche
- angeborene Skelett- und Muskelerkrankungen
- Anfallsleiden



- Folgeschäden Frühgeborener

Positiv bewertet ver.di, dass die Verträge direkt zwischen Krankenkassen und Krankenhaus ohne Beteiligung der KV erfolgen. Die erbrachten Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet – also nicht aus den Krankenhausbudgets. Da die Vergütung vergleichbaren vertragsärztlichen Leistungen entspricht, wird damit eine gute Grundlage für Verträge über hochspezialisierte Leistungen geschaffen. Sie kann sich allerdings in der Praxis nur bewähren, wenn diese Verträge tatsächlich zustande kommen.

### **Integrierte Versorgung**

(§ 140a-c SGB V)

ver.di hat sich für eine integrierte Versorgung als Regelversorgung ausgesprochen. Dies wird mit der vorgesehenen Neuregelung nicht realisiert. Aber es ist vorgesehen, dass Krankenkassen Verträge für eine verschiedene Leistungssektoren oder Fachdisziplinen übergreifende Versorgung der Versicherten schließen können. Deren Versorgung richtet sich dann nach diesen Verträgen. Der Sicherstellungsauftrag der KV wird entsprechend eingeschränkt. Das Versorgungsangebot und die Voraussetzungen seiner Inanspruchnahme ergeben sich aus dem Vertrag zur integrierten Versorgung.

Die Sicherstellung erfolgt dann abweichend über dieses Angebot und nicht über den Versorgungsauftrag der KV.

Die Krankenkassen können die Verträge mit einzelnen Vertragsärzten, sonstigen, Leistungserbringern, zugelassenen Krankenhäusern und Trägern von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen abschließen.

Um diese Versorgung zu fördern soll der Grundsatz der Beitragssatzstabilität für Verträge, die bis zum 31. Dezember 2006 abgeschlossen werden nicht gelten. Zur Anschubfinanzierung hat jede Krankenkasse in den Jahren 2004 bis 2006 jeweils Mittel bis zu 1 % der Gesamtvergütung an die Kassenärztliche Vereinigung und von den Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung einzubehalten. ver.di hält es für erforderlich, dass diese Mittel genutzt werden und nicht zu einer versteckten Budgetkürzung führen.



Als sehr wichtig betrachtet ver.di die Tatsache, dass integrierte Versorgungsformen unter Einschluss von ambulanten und stationären Leistungserbringern und Rehabilitationseinrichtungen ohne KV vereinbart werden können. Die Anschubfinanzierung von bis zu 700 Millionen € in den Jahren 2004 bis 2006 stellt einen Anreiz dar, diese Versorgungsform zu fördern, ohne dass das Budget der Kasse zusätzlich belastet wird. Es ist daher zu erwarten, dass in dem Zeitraum integrierte Versorgungsangebote unter Einschluss aller Versorgungssektoren in nennenswertem Umfang entstehen. Die Bewährung der Neuregelung in der Praxis steht allerdings noch aus.

### **Medizinische Versorgungszentren (mVz)**

(§ 95 SGB V)

Die mVz werden als Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung neu aufgenommen. Es handelt sich dabei um fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen. Im mVz können Ärzte als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sein. Die medizinischen Versorgungszentren können von den Leistungserbringern, die auf Grund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen, gegründet werden – also auch von Krankenhäusern. Die bisherigen Polikliniken werden den mVz gleichgestellt. ver.di begrüßt diese zusätzliche Versorgungsform. Kritisch bewerten wir allerdings, dass die Zulassung dem Zulassungsausschuss der KV obliegt.

Zwar ermöglicht die Regelung grundsätzlich auch Krankenhäusern die Einrichtungen medizinischer Versorgungszentren. Allerdings hat bereits die Vergangenheit gezeigt, dass solche Versorgungsformen kaum zustande kommen, wenn sie der Zulassung durch den Zulassungsausschuss der KV unterliegen.

## **Stellungnahme der Deutschen ILCO zu den Regelungen bezüglich der Hilfsmittelversorgung im Entwurf des GKV-Modernisierungsgesetzes**

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0274(19)  
vom 22.09.03**

**15. Wahlperiode**

Die Deutsche ILCO begrüßt, dass Festbeträge für Hilfsmittel zukünftig bundesweit einheitlich festgesetzt werden sollen. Wegen der vorgesehenen Zuzahlungen und der Einschränkungen in der Wahl der Leistungserbringer befürchten wir jedoch eine nachhaltige Verschlechterung in der Hilfsmittelversorgung und Beratung der Stomaträger.

### **Zu den Zuzahlungen**

Die im GMG-Entwurf enthaltenen Zuzahlungen bei der Versorgung mit Stomaartikeln werden nicht wenige Stomaträger (die meisten Betroffenen sind Rentner mit oft nur kleiner Rente) finanziell überfordern.

Die Deutsche ILCO begrüßt zwar, dass in dem Gesetzentwurf zum ersten Mal zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel gesondert behandelt werden und dass hier mit der Begrenzung auf einen monatlichen Zuzahlungs-Höchstbetrag von 10 EUR versucht wurde, auf die Besonderheit dieser Hilfsmittelgruppe einzugehen. Diese 120 EUR pro Jahr wird jedoch jeder Stomaträger erreichen, da diese Summe auch bei optimal angepasster Versorgung und sachgerechtem Gebrauch nicht unterschritten werden kann. Wir können dem Gesetzentwurf keine Regelung entnehmen, die eine bei nicht wenigen Betroffenen mögliche finanzielle Überforderung ausschließt.

Die Zuzahlungsregelung hat im übrigen nach unserer Überzeugung weder hinsichtlich Qualitätsverbesserung noch hinsichtlich wirklicher Kostenverminderung irgendeine Steuerungsfunktion. Sie stellt damit lediglich eine Zusatzleistung des Betroffenen und damit eine indirekte Beitragserhöhung dar.

### **Zur Versorgung**

Trotz der Festsetzung von Festbeträgen sollen Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, Verträge mit einzeln zugelassenen Leistungserbringern abzuschließen, die zu niedrigeren Preisen als den Festbeträgen liefern. Das hat zur Folge, dass Stomaträger, die einen Leistungserbringer (weiterhin) wählen, der nicht zu dem niedrigen Preis anbietet, die Kostendifferenz zum „Fest“betrag selbst tragen müssen.

Die Festbetragsregelung wird damit konterkariert. Sie ist damit eigentlich eine Höchstbetragsregelung. Der freie Wettbewerb, der ja auch Wettbewerb um die beste Qualität sein sollte, wird reduziert auf einen Wettbewerb um den niedrigsten Preis („Preis-Dumping“). Folge dieser Entwicklung wird nicht nur eine Verringerung der Zahl der Leistungserbringer, sondern auch eine starke Einschränkung der jetzt noch mit dem Festbetrag vergüteten Beratungsangebote in der Auswahl und im Gebrauch der Stomaartikel sein.

Die Deutsche ILCO befürchtet, dass damit die jetzt gute Versorgung der Stomaträger nachhaltig verschlechtert wird, dies umso mehr, da der Gesetzentwurf keinerlei Aussagen enthält, wie die Qualität der Leistungserbringer und der Leistungserbringung gesichert und kontrolliert werden soll. Das System der Hilfsmittelversorgung wird damit keineswegs zu Wohle der betroffenen Menschen weiterentwickelt.

Wir fordern, dass die neuen Regelungen überdacht und dass neue Versorgungsformen erst nach einer gründlichen Überprüfung ihrer Realisierbarkeit und Wirksamkeit flächendeckend per Gesetz eingeführt werden. Es ist unzumutbar, dass vom Schicksal schwer getroffene Menschen zum Versuchsobjekt für neue Maßnahmen der Kosteneinsparung werden.

Die Deutsche ILCO ist nach wie vor gerne bereit, an einer Fortentwicklung der Hilfsmittelversorgung im Bereich Stomaartikel konstruktiv mitzuarbeiten. Wir haben dazu schon seit vielen Jahren Vorschläge gemacht. So erfordert es eine allein auf die Bedürfnisse der Stomaträger ausgerichtete Hilfsmittelversorgung nach unserer Überzeugung, Produkt und Beratung getrennt zu vergüten und Angebote einer ortsnahen unabhängigen Beratung zu schaffen.

12.09.2003

apl. Prof. Dr. Gerhard Englert  
Deutsche ILCO e.V., Postfach 1265, 85312 Freising  
Tel. 08161-93 43 01, Fax 08161-93 43 04, E-Mail: [info@ilco.de](mailto:info@ilco.de)

# ***Kloster-Apotheke***

**Erich Dorfner**  
**Bahnhofstraße 2a, 92318 Neumarkt**  
Amtsgericht Nürnberg, HRA 7219  
Steuer-Nr. 11 235 212 00 502 57 9508  
Apotheker für Offizinpharmazie  
Tel. 09181/259922  
Fax 09181/22260 + 259923  
Email: info@klosterapo.de/ Internet: www.apotheke.neumarkt.de

## **Deutscher Bundestag**

*An die Damen und Herren des  
Gesundheitsausschusses des Deutschen Bun-  
destages*

**Platz der Republik 1**

**11011 Berlin**



Ihre Zeichen/Ihre Nachricht vom

unsere Zeichen  
do-gu

Datum  
01.10.2003

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0274(20)  
vom 22.09.03**

**15. Wahlperiode**

## **Gefährdung der Versorgung mit Spezialrezepturen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Mitgliedsapotheken unserer Vereinigung betreuen in ihrer täglichen Arbeit intensiv Patienten mit Tumor-, HIV- und anderen schweren Erkrankungen.

Mit modernen Sterillaboren sichern wir die zeitnahe, individuelle und wohnortnahe Herstellung von Infusionslösungen zur ambulanten

- Zytostatikatherapie
- Schmerztherapie
- Antibiotika- / Virustatika
- Parenteralen Ernährungstherapie
- Allgemeine Infusionstherapien



# ***Kloster-Apotheke***

Erich Dorfner

Bahnhofstraße 2a, 92318 Neumarkt

Amtsgericht Nürnberg, HRA 7219

Steuer-Nr. 11 235 212 00 502 57 9508

Apotheker für Offizinpharmazie

Tel. 09181/259922

Fax 09181/22260 + 259923

Email: info@klosterapo.de/ Internet: www.apotheke.neumarkt.de

Um den Patienten derartige Therapien ambulant zu ermöglichen, arbeiten wir eng mit den behandelnden Ärzten, spezialisierten Pflegediensten, Sanitätshäusern und Hospiz- bzw. Palliativdiensten in regionalen Netzwerken zusammen.

Unser Aufgabenbereich erstreckt sich hierbei insbesondere auf

- Intensive Schulungen der Patienten und Angehörigen
- Intensive Schulungen der Pflegedienste
- Rufbereitschaftsdienste
- Akutversorgung
- Engmaschige Herstellungen zur Vermeidung von Überversorgung
- Ausnutzung von Wirtschaftlichkeitsreserven
- Komplette Logistik

Im Rahmen unserer täglichen Arbeit ist die Herstellung von Spezialrezepturen notwendig. Diese Herstellung erfordert nicht nur einen hohen Spezialisierungsgrad, sondern hat auch hohe Kosten im Herstellungsverfahren und in der Logistik zur Folge.

Abweichend von der Arzneimittelpreisverordnung wurde ein separates Abrechnungssystem geschaffen. Für die Kostenträger wurde dadurch eine wirtschaftliche Versorgung ihrer Versicherten gewährleistet, andererseits die spezialisierte Tätigkeit angemessen vergütet. Diese sog. Hilfstaxe, die nach den gesetzlichen Vorgaben zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem DAV vereinbart wurde, berücksichtigt dabei die Versorgung mit den Spezialrezepturen genau so wie den Aufwand der Herstellung.

Durch die Aufschläge in der jetzigen Höhe sind die geforderten Dienstleistungen für unsere Patienten sowie die mit hohen Kosten verbundenen Herstellungsverfahren gut durchzuführen.

Durch die gesetzlich vorgesehenen Änderungen zum 01.01.2004 ist weder die Herstellung der Spezialrezepturen noch eine angemessene Patientenbetreuung zu leisten.

# ***Kloster-Apotheke***

Erich Dorfner

Bahnhofstraße 2a, 92318 Neumarkt

Amtsgericht Nürnberg, HRA 7219

Steuer-Nr. 11 235 212 00 502 57 9508

Apotheker für Offizinpharmazie

Tel. 09181/259922

Fax 09181/22260 + 259923

Email: info@klosterapo.de/ Internet: www.apotheke.neumarkt.de

Die Kopplung der Hilfstaxe an die Arzneimittelpreisverordnung führt dazu, dass auch die Spezialrezepturen nach der Systematik des 3%igen Aufschlags sowie € 6,20 zzgl. des Arbeitspreises vergütet werden. Dies liegt daran, dass die Vergütung nach der Hilfstaxe in der Höhe den Zuschlag nach der AmPVO nicht überschreiten darf. Nur betrug unter den Bedingungen der alten AmPVO der Zuschlag 30% bis zur Kap-  
pfungsgrenze von 543,11 € und nicht 3 % (!) plus 6,20 €

**Nur in der Kombination aus dem bisherigen Aufschlag und dem unter den tatsächlichen Kosten liegenden Arbeitspreis ist eine ordnungsgemä-  
ße Versorgung unserer Patienten möglich.**

Bei einer Kostenrechnung nur für Personal- und Sachkosten sind mindesten 50€ für die Zytostatikaherstellung und bei der betreuungsintensiven Ernährungstherapie mindestens 50-100€ pro Zubereitung notwendig. Damit wird deutlich, dass durch die (ungewollte) Übernahme der neuen AmPVO in die Hilfstaxe eine flächendeckende, ambulante Versorgung dieser schwerkranken Patienten zu Hause nicht mehr möglich sein wird.

**Wir bitten Sie daher eindringlich, diese Systematik nicht in Gang zu set-  
zen.**

Notwendig ist eine gesetzliche Klarstellung, dass die neue Systematik der AmPVO **keine Gültigkeit für Rezepturen** hat. Die Systematik ist auf Fertigarzneimittel zu beschränken.

Mit freundlichen Grüßen

**Dr. JOACHIM JACOB**  
BUNDESBEAUFTRAGTER  
FÜR DEN DATENSCHUTZ

Friedrich-Ebert-Straße 1  
53173 Bonn  
Telefon: (0228) 8 19 95 100  
Telefax: (0228) 8 19 95 550  
Poststelle@bfd,bund.de

den 19.09.2003

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0274(21)  
vom 23.09.03  
  
15. Wahlperiode**

An den Vorsitzenden  
des Ausschusses für Gesundheit  
und Soziale Sicherung des Deutschen Bundestages  
Herrn Klaus Kirschner, MdB  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

Frau Helga Kühn-Mengel, MdB  
Deutscher Bundestag  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

Frau Anette Widmann-Mauz, MdB  
Deutscher Bundestag  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

Frau Birgitt Bender, MdB  
Deutscher Bundestag  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

Herr Dr. Dieter Thomae, MdB  
Deutscher Bundestag  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

nachrichtlich:

Herrn Staatssekretär  
Dr. Klaus Schröder  
Bundesministerium für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
53108 Bonn

Sekretariat des Ausschusses  
für Gesundheit und Soziale Sicherung  
des Deutschen Bundestages  
z.H. Frau MR'n Angelika Pendzich-von-Winter  
Platz der Republik 1

11011 Berlin

Betr.: Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) - BT-Drs. 15/1525

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,  
sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete,

durch den Entwurf für ein GKV-Modernisierungsgesetz (BT-Drs. 15/1525) der Fraktionen SPD, CDU/CSD und Bündnis 90/Die Grünen soll das bisherige Vergütungssystem grundlegend geändert werden (Einführung von Regelleistungsvolumina).  
Zugleich soll auch das bisherige Abrechnungsverfahren zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen grundlegend reformiert werden. Entsprechend der Neufassung des § 295 Abs. 2 Satz 1 SGB V-E sollen die ärztlichen Abrechnungen **nicht mehr nur fallbezogen, sondern versichertenbezogen** von den Kassenärztlichen Vereinigungen an die Krankenkassen übermittelt und dann gemäß § 106a Abs. 3 SGB V-E auch von den Krankenkassen umfassend geprüft werden.

Die versichertenbezogene Übermittlung der ärztlichen Abrechnungsdaten (inkl. ärztlicher Diagnose) stellt aus meiner Sicht einen **Paradigmenwechsel** des Abrechnungsverfahrens der ambulanten Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung dar: Das bisherige, datenschutzfreundliche Abrechnungsverfahren soll zugunsten eines Abrechnungsverfahrens aufgegeben werden, das sehr viel tiefer in das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung der Versicherten eingreift. Die Krankenkassen sollen erheblich mehr Daten erhalten als bisher. Rein tatsächlich wären damit große Datenbestände mit versichertenbezogenen Gesundheitsdaten möglich, was erhebliche datenschutzrechtliche Risiken in sich bergen würde.

Obgleich diese weit reichenden datenschutzrechtlichen Bedenken bestehen, habe ich angesichts des verbleibenden, sehr knapp bemessenen Zeitrahmens für das weitere Gesetzgebungsverfahren in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit

und Soziale Sicherung an einem Formulierungsvorschlag für den Ausschussbericht und einen Entschließungsentwurf für den Deutschen Bundestag mitgearbeitet, um einen Weg zu öffnen, das Informationelle Selbstbestimmungsrecht der Versicherten im Rahmen der Neuregelung des Abrechnungsverfahrens ohne Änderungsantrag zum GMG zu gewährleisten. Ich möchte Sie daher bitten, diese Formulierungsvorschläge, die ich Ihnen hiermit - soweit sie die datenschutzrechtlichen Intentionen betreffen - vorab zuleite, in den Ausschussbericht aufzunehmen bzw. als Vorschlag für das Plenum zu übernehmen. Die in diesem Vorschlag angesprochene Evaluierung der Auswirkungen des neu geregelten Abrechnungsverfahrens durch die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen soll Erkenntnisse über die datenschutzrechtliche Erforderlichkeit und Verhältnismäßigkeit der Maßnahmen ermöglichen. Gleichzeitig sollen mit Blick auf den Grundsatz der Datenvermeidung und Datensparsamkeit Informationen im Hinblick auf die Möglichkeiten der Nutzung von Pseudonymisierungsverfahren gewonnen werden.

Abschließend möchte ich Sie noch auf ein Problem in Zusammenhang mit der Regelung in § 106 Abs. 4d SGB V-E aufmerksam machen. Nach dieser Vorschrift sollen die Geschäftsstellen, die den Prüfungs- und Beschwerdeausschuss in der Wahrnehmung ihrer Aufgaben unterstützen und die Prüfungen nach § 106 Abs. 1 SGB V-E vornehmen, mit Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörde unabhängige Sachverständige oder private Dritte mit der Erfüllung ihrer Aufgaben beauftragen können. Bei der vorgesehenen Aufgabenübertragung ist jedoch u.a. die Frage der Befugnis zur Datenerhebung durch diese private Stelle bzw. die Frage der Übermittlungspflicht der Krankenkassen und Leistungserbringer (z.B. in § 296 SGB V-E) offen geblieben.

Mit freundlichen Grüßen

## Formulierungsvorschläge zum GKV-Modernisierungsgesetz

### 1. Ausschussbericht

#### Stichwort Regelleistungsvolumina - Auswirkungen auf das Abrechnungssystem

„Im Hinblick auf die Auswirkungen von Regelleistungsvolumina auf das Abrechnungssystem wurde folgendes klargestellt: Die Vergütung der ärztlichen Leistungen nach Kopfpauschalen wird durch das System der morbiditätsorientierten Regelleistungsvolumina abgelöst. Die Neuregelung sieht vor, dass die Krankenkassen künftig auch im Sektor der ambulanten ärztlichen Versorgung versichertenbezogene Abrechnungs- und Leistungsdaten erheben (vgl. Begründung zu §§ 85 a und b SGB V-E, § 106a Abs. 3 SGB V-E und §§ 284 Abs. 1 Nr. 12 und 295 Abs. 2 SGB V-E).

Für die Verarbeitung und Nutzung der versichertenbezogenen Daten in der Krankenkasse gilt nach wie vor:

- Mit der Änderung des Vergütungssystems ist der Aufbau einer Datenbank, in der für jeden Versicherten die Abrechnungs- und Leistungsdaten über alle Leistungssektoren zusammengeführt werden, nicht zulässig. Die Prüfung der Abrechnung erfolgt für jeden Leistungssektor getrennt.
- Die Krankenkassen dürfen die ihnen nach § 295 Abs. 2 SGB V-E übermittelten Abrechnungs- und Leistungsdaten nur in dem Umfang für die gesetzlich in § 284 Abs. 1 Nr. 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 und § 305 Abs. 1 geregelten Zwecke versichertenbezogen verarbeiten und nutzen, soweit dies für diese Zwecke erforderlich ist. Für die Verarbeitung und Nutzung dieser Daten für andere Zwecke ist der Versichertenbezug vorher zu löschen. Im Rahmen ihrer Verpflichtungen nach § 78a des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch hat die Krankenkasse die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen.“

#### Stichwort: Kriterien für Plausibilitätsprüfung

„Hinsichtlich der Kriterien für Plausibilitätsprüfungen wurde erläutert, dass mit der Neuregelung des ärztlichen Honorarsystems die Verantwortung für die Abrechnungs- und Plausibilitätsprüfung der ärztlichen Leistungsabrechnungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen neu ausgestaltet wird. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen werden verpflichtet, in Richtlinien bundesweit abgestimmte Kriterien zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen zu vereinbaren. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung prüft diese Richtlinien und ist befugt, sie zu beanstanden bzw. ersatzweise zu erlassen. Im Rahmen der Überprüfung der Richtlinien wird der Bundesbeauftragte für den Datenschutz durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung frühzeitig beteiligt.“

## 2. Entschließungsantrag der Fraktionen der SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

„Im Hinblick auf den Wegfall der bisherigen fallbezogenen Datenübermittlungen bei Abrechnungen ambulanter ärztlicher Leistungen sind Erkenntnisse über die datenschutzrechtliche Erforderlichkeit und Verhältnismäßigkeit der Maßnahmen besonders wichtig. Der Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung des Deutschen Bundestages erwartet mit Blick auf die Bedeutung des Grundrechts auf informationelle Selbstbestimmung der Versicherten, dass die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen die Umsetzung dieser Neuregelung in Bezug auf den datenschutzrechtlichen Grundsatz der Datenvermeidung und Datensparsamkeit evaluieren und hierbei auch die Möglichkeit von Pseudonymisierungsverfahren einbeziehen. Auf der Grundlage der Evaluationserfahrungen der Spitzenverbände der Krankenkassen wird das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung gebeten, dem Deutschen Bundestag bis Ende 2008 zu berichten.“

## **Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V.**

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0274(22)  
vom 23.09.03  
  
15. Wahlperiode**

Herrn  
Klaus Kirschner  
Vorsitzender des Ausschusses für  
Gesundheit und Soziale Sicherung im Deutschen Bundestag  
Paul-Löbe-Haus  
Platz der Republik 1

11011 Berlin

01.10.2003

### **Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen "Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG)" / Ihr Schreiben vom 10.9.2003**

Sehr geehrter Herr Kirschner,

im Hinblick auf die am 22. September 2003 terminierte Anhörung im Gesundheitsausschuss ist uns Ihr Anschreiben mit dem o.a. Gesetzentwurf am 18. September 2003 zugegangen. Aufgrund der engen Zeitschiene beschränkt sich der Freie Verband Deutscher Zahnärzte auf eine grundsätzliche Stellungnahme zu dem fraktionsübergreifenden Gesetzentwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG).

1. Grundsätzlich sind wir der Auffassung, dass der vorliegende Gesetzentwurf mit seinen Regelungen zur ärztlichen und zahnärztlichen Zwangsfortbildung, der Einführung von Ambulatorien, verschärften Wirtschaftlichkeitsprüfungen, der Ermöglichung von umfangreichen Sammlungen von intimen Patientendaten und der faktischen Zerstörung der zahnärztlichen Selbstverwaltung in eine ordnungspolitisch verfehlte Richtung geht und zu einer enormen Regelungsdichte und überbordenden Bürokratisierung des deutschen Gesundheitswesens führt. Positive Ansätze wie eine Verbesserung der Möglichkeit für den Patienten, Kostenerstattung statt Sachleistung zu wählen, werden durch den Aufbau von bürokratischen Hürden gleichzeitig faktisch wieder zunichte gemacht. Statt des von den mittlerweile unzähligen Ex-



perten-Kommissionen geforderten grundsätzlichen Wandels hin zu einem modernen Gesundheitswesen in Deutschland wird in den alten Kategorien weitergedacht und versucht, das bisherige System der Gesetzlichen Krankenversicherung am Leben zu erhalten. In dem vorliegenden Gesetzentwurf wird deutlich, dass offensichtlich immer noch die Meinung vorherrscht, dass mit verschärften Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Budgetierungen und Kontrollen die Probleme der Gesetzlichen Krankenversicherung in Griff zu bekommen sind. Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte vertritt entschieden die Auffassung, dass die massiven Probleme in der Finanzierung des Gesundheitswesens (u.a. Überalterung der Bevölkerung mit steigender Morbidität, schwindende Einnahmen) nur durch einen Wandel hin zu mehr Eigenverantwortung und Markt gelöst werden können. Nur durch eine radikale Reform wird unsere Bevölkerung auch zukünftig am wünschenswerten aber nicht kostenlos zu habenden medizinischen Fortschritt teilhaben.

2. Im Folgenden möchten wir an einigen Beispielen unsere grundsätzliche Kritik am Gesetzentwurf begründen, wobei wir uns im Wesentlichen auf den ambulanten zahnärztlichen Bereich beschränken:

- **Kostenerstattung**

Auf den ersten Blick positiv ist die vorgesehene Regelung, wonach Versicherte anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen können. Positiv deshalb, da die bisherige Diskriminierung der Pflichtversicherten entfällt und zudem ein erster Ansatz gemacht wird, dass Patienten einen Nichtvertragszahnarzt konsultieren können, ohne ihren Anspruch auf Kostenerstattung zu verlieren.

Verbunden wird diese Regelung aber mit immensen Hürden. Zum einen ist es für den Versicherten nicht möglich, beispielsweise nur für eine konkret anstehende Zahnbehandlung Kostenerstattung zu wählen. Für ihn besteht vielmehr nur die Möglichkeit, für den gesamten ambulanten Bereich Kostenerstattung zu wählen, womit er also auch bei dem Besuch eines Internisten oder HNO-Arztes an die Wahl der Kostenerstattung für mindestens ein Jahr gebunden ist. Diese unflexible Regelung beschränkt den Versicherten unseres Erachtens über Gebühr. Auch die Regelung, dass der Versicherte bei der Konsultation eines Nichtvertragszahnarztes zunächst einer Zustimmung der Krankenkasse bedarf, ohne dass der Versicherte einen Rechtsanspruch auf Zustimmung der Krankenkasse erhält, beinhaltet eine unerträgliche Inländerdiskriminierung des Patienten. Dieser könnte nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs problemlos in das benachbarte Ausland gehen und dort ohne Zustimmung einen Nichtvertragszahnarzt konsultieren.

Für uns stellt sich die Frage, warum nicht zumindest im ambulanten zahnärztlichen Bereich die Möglichkeit der Kostenerstattung ohne bürokratische Hürden geschaffen wird.

- **Einführung von befundorientierten Festzuschüssen**

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Einführung von befundorientierten Festzuschüssen führt die bisherige GKV-Systematik unverändert fort, da die Abrechnung wie bisher nach dem BEMA unter einem generellen Budget erfolgt. Für einen Systemwandel wäre ein befundorientiertes Festzuschusssystem erforderlich, indem einheitliche Festzuschüsse sowohl für zahnärztliche als auch für zahntechnische Leistungen befundorientiert festgelegt werden. Für deren Ermittlung würde dann nicht mehr der BEMA oder die GOZ Grundlage sein, sondern eine von einem Gremium von Zahnärzteschaft und privater Krankenversicherung anhand von Referenzleistungen erstellte Preisliste. Alles darüber Hinausgehende bliebe wie bisher in der Mehrkostenregelung privat Zahnärztlich und daher nach der GOZ abzurechnen. Das im Gesetzentwurf vorgesehene Festzuschusssystem belässt aber die Zahnprothetische Versorgung im Bereich der Vertrags Zahnärztlichen Versorgung. Die jetzt im Gesetzesent-

wurf formulierte Regelung für den Zahnersatz vergrößert die Intransparenz betreffend des Leistungsanspruchs und der Behandlungskosten (insbesondere des sog. Eigenanteils) für den Versicherten. Die o.g. Festzuschuss-Systematik zeichnet sich dagegen durch große Transparenz für den Versicherten aus.

Nach unserer Auffassung wäre es der richtige Weg, die Zahnmedizin - bis auf medizinisch eng umgrenzte Ausnahmefälle - aus dem Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung auszugliedern und dem Patienten die Möglichkeit einer privaten Absicherung zu bieten. Als positiv wird es in diesem Zusammenhang gesehen, dass es dem Patienten zumindest ermöglicht wird, sich alternativ zur gesetzlichen Krankenversicherung im Bereich Zahnersatz - verbunden mit einer Beitragsreduzierung - privat zu versichern. Das jetzt vorgesehene System eines Nebeneinander von PKV und GKV im Bereich Zahnersatz ist unseres Erachtens aber nicht befriedigend, da insbesondere die gesetzlichen Krankenversicherungen die Möglichkeit einer Quersubventionierung im Bereich Zahnersatz haben, da nicht klar ausgeschlossen wird, dass am Ende des Jahres aufgrund von falschen Kalkulationen entstehende Defizite im Zahnersatzbereich durch Gelder aus der GKV ausgeglichen werden.

Darüberhinaus haben wir in doppelter Hinsicht Zweifel an der Rechtssicherheit dieser dualen Pflichtabsicherung der Zahnersatzes:

Die Wettbewerbsbedingungen zwischen GKV und PKV sind grundsätzlich different. Damit wird faktisch europäischen Versicherungsunternehmen kein freier Zugang zum Markt der Zahnersatzabsicherung gewährt. Dies kollidiert nach unserer Sicht mit dem europäischen Wettbewerbsrecht.

Des weiteren erscheint uns zweifelhaft, ob diese Regelung verfassungskonform ist. Der Versicherungszwang ist im Rahmen der GKV unter anderem dadurch legitimiert, dass eine paritätische Finanzierung erfolgt. Wenn jetzt die Zahnersatzabsicherung allein durch den Arbeitnehmer zu finanzieren ist und diese separate Regelung sich auf nur auf einen relativ kleinen und nicht essentiellen Teil der Krankenversorgung bezieht, bestehen Zweifel an der Verfassungsmäßigkeit einer solchen Regelung.

- **Faktische Beseitigung der Selbstverwaltung**

Die Einführung hauptamtlicher Vorstände bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) widerspricht den Grundvorstellungen einer zahnärztlichen Selbstverwaltung. Die Übertragung der Organisationsstrukturen der Krankenkassen und deren Verbände auf die KZVen berücksichtigt nicht

die Besonderheiten der Aufgaben- und Organisationsstrukturen der KZV. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen haben auf der einen Seite eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche vertragszahnärztliche Versorgung sicherzustellen und auf der anderen Seite die Interessen der Vertragszahnärzte wahrzunehmen. Dies setzt zwingend voraus, dass deren Organe mit Personen besetzt werden, die unmittelbare Kenntnisse über die Verhältnisse in der vertragszahnärztlichen Praxis haben, also selber an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmen. Die zwangsweise Besetzung der Vorstände mit Berufsfremden und daher zwangsläufig praxisfernen Managern würde das Bild einer technokratischen Verwaltungsorganisation der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, die nicht mehr ausreichend in der Lage sind, die Interessen ihrer Mitglieder wirklichkeitsnah zu vertreten, begründen. An dieser Bewertung ändert auch die theoretische Möglichkeit nichts, dass Vertragszahnärzte als hauptamtliches Mitglied in einem KZV-Vorstand tätig werden können. Die vorgesehenen Regelungen zur Bildung hauptamtlicher Vorstände führen zu einem faktischen Ausschluss von Vertragszahnärzten aus den Vorständen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, da die Gewählten nur eine Nebentätigkeit in der Praxis ausüben könnten und bei der Annahme ihrer Wahl ihre Praxis und damit ihre Existenz ruinieren würden. Durch die vorgesehene Neuregelung wäre es auch nicht mehr möglich, dass ein Mitglied des Vorstandes einer Länder-KZV Mitglied des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung sein kann. Diese Konsequenz wäre aus den gemachten Erfahrungen der letzten Jahre fatal, denn Bundesregelungen müssen regelmäßig in landesweiten Verträgen berücksichtigt werden und erfordern ein koordiniertes Vorgehen in beiden Richtungen. Im Übrigen ist vorgesehen, dass die Vorsitzenden der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen geborene Mitglieder des KZBV-Verwaltungsrates sein sollen. Durch die entstehenden Mehrheitsverhältnisse würde der KZBV-Verwaltungsrat durch die hauptamtlichen KZBV-Vorsitzenden der Länder majorisiert, womit die KZBV unabhängig vom Votum der niedergelassenen Kollegen arbeiten und entscheiden würde.

- **Ersatzvornahmen**

Neben dieser faktischen Abschaffung der zahnärztlichen Selbstverwaltung werden die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen in wesentlichen Bereichen geschwächt. Gravierend ist beispielsweise die Regelung, wonach das Bundesministerium für Gesundheit und Soziales anstelle der Selbstverwaltung Vereinbarungen festsetzen kann, wenn der Bewertungsausschuss innerhalb einer gesetzten Frist keinen Beschluss fasst. Ein anderes Beispiel dafür, dass das BMGS mit dem Recht ausgestattet wird, anstelle der eigentlich zuständigen Selbstverwaltung zu handeln, ist die Regelung, wonach Richtlinien zur Abrechnungsprüfung

in der vertragsärztlichen Versorgung vom BMGS erlassen werden können, wenn das zuständige Selbstverwaltungsgremium eine entsprechende Richtlinie nicht erlässt. Ein weiteres Beispiel für die Schwächung der zahnärztlichen Selbstverwaltung ist, dass das bisherige Recht, eigenständig Honorarverteilungsmaßstäbe zu erlassen, entfallen soll. In Zukunft ist vielmehr eine vertragliche Vereinbarung des Honorarverteilungsmaßstabes zwischen Krankenkasse und Kassenzahnärztlicher Vereinigung vorgesehen.

- **Zwangsf Fortbildung**

Obwohl die Pflicht der Zahnärzte zur Fortbildung bereits durch Kammergesetze und Berufsordnungen umfassend geregelt und sichergestellt wird, ist eine "Zwangsf Fortbildung" für Vertragszahnärzte vorgesehen. Bei fehlenden Fortbildungsnachweisen muss der Zahnarzt mit massiven Konsequenzen - von Vergütungsabschlägen bis zum Entzug der Zulassung - rechnen. Diese Eingriffe sind absolut überflüssig, da es ein umfangreiches fachlich hochstehendes Fortbildungsangebot verschiedener Träger im Bereich der Selbstverwaltung und privater Unternehmen gibt, das nachweislich von den Zahnärzten umfassend genutzt wird. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die deutsche Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde im internationalen Qualitätsvergleich entsprechend den deutschen Mundgesundheitsstudien eine Spitzenposition belegt, sodass es insgesamt keinerlei Gründe gibt, einen Berufsstand mit einer Zwangsf Fortbildung zu belegen und auf diese Weise zu gängeln. Selbst die Gesundheitsministerkonferenz stellt fest, dass es keinen wissenschaftlichen Beweis für eine Qualitätssteigerung in der medizinischen Versorgung durch Zwangsf Fortbildungen gibt.

- **Praxisgebühr**

Neben dem für den Zahnarzt mit einer Praxisgebühr verbundenen bürokratischen Aufwand als Inkassostelle stellt sich im zahnärztlichen Bereich die Frage der Umsetzbarkeit. Zwar ist die zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung im jetzigen Gesetzentwurf von der Praxisgebühr ausgenommen. Doch stellt sich die Frage, wie vom Zahnarzt zu verfahren ist, wenn die Untersuchung zur anschließenden Behandlung führt. Würde in einem solchen Fall eine Praxisgebühr erhoben, so widerspricht dies dem Präventionsgedanken, da der Patient durch die Praxisgebühr von einem Zahnarztbesuch abgeschreckt werden kann.

Diese neue bürokratische Regelung belastet zeitlich und wirtschaftlich die zahnärztlichen Praxen, da eine Behandlungsverpflichtung im Notfall auch unabhängig von der Zahlung der Praxisgebühr besteht. Der Zahnarzt wird sich aber bei der Honorarauszahlung durch die KZV Kürzungen in Höhe der pauschalen Summe der Praxisgebühren im Quartal ausgesetzt sehen.

Einen medizinischen Mehrnutzen stiftet diese neue Regelung nicht. Den offensichtlich gewünschten Steuerungseffekt könnte der Gesetzgeber sehr viel effizienter durch die Einführung der Kostenerstattung erzielen.

- **Patientenquittung**

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Verpflichtung des Zahnarztes, die Versicherten auf Verlangen schriftlich in verständlicher Form direkt im Anschluss an die Behandlung oder mindestens quartalsweise über die in Anspruch genommenen Leistungen zu informieren, ist mit einem unglaublichen bürokratischen Aufwand verbunden. Die beste Transparenz hätte der Patient mit dem System der Kostenerstattung, bei dem er eine Rechnung über die in Anspruch genommenen Leistungen erhält.

- **Ambulatorien**

Neben der Einzelpraxis, Praxisgemeinschaft und Gemeinschaftspraxis soll ab 1. Januar 2004 das so genannte "Medizinische Versorgungszentrum" geschaffen werden. Vorbild dieser Konstruktion sind die Polikliniken der ehemaligen DDR. Durch die Wiederbelebung dieser alten Versorgungsstrukturen werden in eigener Praxis tätige freiberufliche Ärzte und Zahnärzte in ihrer Existenz bedroht, da die neuen "Medizinischen Versorgungszentren" insbesondere in Anbetracht ihrer Größe Wettbewerbsvorteile haben. Trotz der seit Jahrzehnten bewährten ambulanten Versorgung der Bevölkerung durch freiberufliche Ärzte und Zahnärzte wird hier ohne Not ein System eingeführt, das sich angesichts seiner Anonymität und Ineffizienz nicht bewährt hat und abgeschafft wurde.

- **Sammlung von Patientendaten**

Nach unserer Auffassung ist es eines der höchsten Güter, dass ein Patient die Hoheit über seine persönlichen Gesundheitsdaten hat. Jede Gefährdung dieses höchstpersönlichen Rechtes ist ohne Wenn und Aber abzulehnen. Bei den jetzt im Gesetzentwurf vorgesehenen umfangreichen Möglichkeiten, Daten über Patienten zu sammeln, ist unseres Erachtens Tür und Tor zum Missbrauch geöffnet, auch wenn man gesetzgeberisch versucht, diesen durch verschärfte strafrechtliche Bestimmungen zu verhindern. Wer garantiert in diesem Zusammenhang, dass beispielsweise zukünftig bei der Einstellung eines Arbeitnehmers indirekt gefordert wird, persönliche Gesundheitsdaten offen zu legen? Unabhängig davon, dass sich die Datenschützer mit diesem Gesetzentwurf im Detail beschäftigen werden, stellt sich auch die Frage, ob der mit dieser "Datensammelwut" verbundene bürokratische Aufwand in irgendeiner Weise zu rechtfertigen ist.

- **Verschärfung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen**

Mit unglaublichem bürokratischen Aufwand sind auch die vorgesehenen Neuregelungen zur Verschärfung der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei "Leistungserbringern" verbunden. So sollen u.a. die Voraussetzungen für die Prüfung nach Tagesprofilen geschaffen werden, das Prüfverfahren verschärft werden und zusätzliche eigenständige Vorprüfungen durch Krankenkassen ermöglicht werden. Statt über ein Kostenerstattungssystem dem Patienten die Möglichkeit zu geben, Inhalt und Kosten mit seinem Zahnarzt direkt zu klären, wird fortgesetzt auf zentralisierte Überwachung und Entscheidungskompetenz gesetzt. Damit geht die GKV den Weg in die Staatsmedizin.

3. Nach unserer Auffassung ist der jetzt vorliegende Gesetzentwurf nicht geeignet, die bestehenden Probleme unseres Gesundheitssystems zu beheben. Dieser Gesetzentwurf, sollte er verabschiedet werden, wird sich nach unserer Auffassung in die Kette der "Jahrhundert-Reformen" mit entsprechendem Verfallsdatum einreihen. Es sollte jetzt die Gelegenheit genutzt werden, unser Gesundheitssystem positiv zu gestalten, anstatt zu versuchen, ein Abbruchhaus zu renovieren. Für den zahnärztlichen ambulanten Bereich, der sich nach unserer Auffassung bestens für innovative Ansätze eignet, sind wir gerne bereit, uns mit unseren Reformvorstellungen aktiv einzubringen.

Mit freundlichen Grüßen

W. Bechme