

**Gesetzentwurf**  
**der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**  
**Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems**  
**(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz - GMG)**  
Stand 19. Juni 2003

Der vorliegende Gesetzentwurf enthält eine Reihe von zukunftsfähigen Neuerungen im Detail, die zu einer Verbesserung von Qualität und Effizienz der Leistungen beitragen werden. Diese werden jedoch überlagert von zwei tiefgreifenden Veränderungen des Gesamtsystems, die in ihren nachteiligen Wirkungen für Patienten, Versicherte und Beschäftigte so gravierend sind, dass sie für ver.di in der vorliegenden Form nicht akzeptabel sind.

Verbesserungen erwarten wir insbesondere durch

- die Einführung eines unabhängigen „Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin“, das zu einer Verbesserung der Leistungsqualität im Gesundheitswesen und zu mehr Transparenz für die Patienten führen wird
- den Ausbau der Patientenrechte mit dem Patientenbeauftragten und dessen Beteiligung in allen wichtigen Entscheidungsgremien
- die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante hochspezialisierte ärztliche Leistungen, durch die sich Betreuungsqualität für die Patienten verbessern wird,
- die Veränderungen im Organisationsrecht der Krankenkassen, die die Privilegien der Billigkrankenkassen gegenüber den Versorgerkassen beenden wird,
- die Stärkung des Hausarztes als Lotsen und
- die allgemeine Zulassung von Gesundheitszentren.

Mit gravierenden Nachteilen für die Versicherten, Patienten und Beschäftigten verbunden sind jedoch zwei weitreichende Veränderungen, die aus der Sicht von ver.di Systembrüche darstellen:

- Erstens der Ausstieg aus der paritätischen Finanzierung des Gesundheitssystems, der mit der alleinigen Finanzierung des Krankengeldes durch die Arbeitnehmer vollzogen wird. Dieser Weg ist nicht geeignet, die Finanzprobleme der Krankenkassen zu lösen – er entlastet lediglich die Arbeitgeber und belastet die Arbeitnehmer, gleichzeitig wird damit der Weg bereitet für weitere willkürliche Eingriffe in die Beitragsverteilung. Eine zukunftsweisende Sicherung der Finanzierung der GKV läge stattdessen aus der Sicht von ver.di in einer Weiterentwicklung des Systems und in einer

Steuerfinanzierung sowohl der allgemeingesellschaftlichen Aufgaben als auch in der Rückführung der Verschiebebahnhöfe.

- Ein zweiter gravierender Eingriff liegt in den Veränderungen der Versorgungsstrukturen, die mit der ordnungspolitisch nicht ausreichend flankierten Einführung des Vertragswettbewerbs durch Einzelverträge der Krankenkassen mit Fachärzten und der Übertragung des Sicherstellungsauftrages für diese Versorgungsform allein an die Krankenkassen verbunden sind. Der damit drohende nackte Preiswettbewerb in ambulanten und sektorenübergreifenden Versorgungsbereichen wird von ver.di abgelehnt. Wir brauchen Wettbewerb um Qualität und Regelungen, die die freie Arztwahl ausbauen und nicht einschränken. Wir verweisen stattdessen auf das von ver.di vorgelegte Konzept für eine Modernisierung der Versorgungsstrukturen. Dieses zielt auf eine Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung, eine integrierte Versorgung als Regelangebot und auf einen gemeinsamen Sicherstellungsauftrag durch die Ärzteschaft, die Krankenkassen, die Krankenhäuser und die Gesundheitszentren auf der Basis einer regionalen integrierten Bedarfsplanung und einer regionalen Gesundheitsberichterstattung. Ihm müssen definierte Qualitätskriterien zugrunde liegen.

Ver.di spricht sich für Einzelverträge aus, wenn mit ihnen ein Suchprozess zur Verbesserung der Versorgungsqualität und zur Stimulierung von Innovationen angeregt wird. Die freie Zugänglichkeit zu den neuen Versorgungsformen muss für alle GKV-Versicherten gewährleistet sein.

Die Aufgabe der paritätischen Finanzierung und die Wirkungen, die mit den Veränderungen der Versorgungsstrukturen für Patienten, Versicherte und Beschäftigte verbunden sind, bringen gravierende Nachteile mit sich und führen überdies zu so einschneidenden und nachteiligen Veränderungen des Gesamtsystems, dass ver.di den jetzt vorliegenden Entwurf in diesen Teilen ablehnen muss, solange hier keine Abhilfe geschaffen worden ist.

Die Daseinsvorsorge und die nachhaltige Steuerungsfähigkeit des Gesundheitssystems als öffentliche Aufgabe muß dabei gesichert bleiben. Wettbewerbselemente müssen auf eine Verbesserung der Qualität zielen – als Struktursteuerungsinstrument sind sie abzulehnen.

Diesen Maßgaben wird der vorliegende Entwurf noch nicht gerecht.

Zu den einzelnen Regelungen merken wir an:

1. Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung
2. Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen
3. Weiterentwicklung des ärztlichen Vergütungs- und Abrechnungssystems
4. Modernisierung der Steuerung des Systems
5. Verbesserung der Patientensouveränität und der Patientenrechte
6. Bonus für Versicherte
7. Verbesserung der Transparenz
8. Verbesserung der Arzneimittelversorgung
9. Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen
10. Neuordnung der Finanzierung
11. Neugestaltung der Zuzahlungen und Befreiungsmöglichkeiten

## 1. Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung

Maßnahmen	ver.di Bewertung	Gesetzesänderung
<p>Errichtung eines „Deutschen Zentrum für Qualität in der Medizin“ mit den Aufgaben: Bewertung von medizinischem Nutzen und Qualität der Leistungen, Erarbeitung von Empfehlungen für eine zeitgemäße Fortschreibung des Leistungskatalogs der GKV, Nutzen-Kosten-Bewertung von Arzneimitteln, Definition von Leitlinien und pflegerischen Standards für ausgewählte Krankheiten, Erarbeitung von Empfehlungen für die Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen für Ärzte.</p>	<p>Positiv – Erhöhung der Qualität, die Verzahnung mit der Arbeit der Gemeinsamen Selbstverwaltung muss sichergestellt sein. Das Zentrum ist eine Forderung der Gewerkschaften. Es dient auch der stärkeren Einbeziehung von PatientInneninteressen in Entscheidungen der gemeinsamen Selbstverwaltung. Die Durchsetzung dieser Einrichtung ist nachdrücklich zu unterstützen.</p>	<p>§§ 139a bis 139l (neu) S.75 – 83 / Nr. 91</p>
<p>Verpflichtende Fortbildung der Ärzte, Nachweis alle fünf Jahre, ansonsten Ausschluss aus der vertragsärztlichen Versorgung.</p>	<p>Positiv– Erhöhung der Qualität. Fortbildungserfordernisse für weitere Gesundheitsberufe sind noch zu regeln.</p>	<p>§ 95 Abs. 2b und 2c (neu) S. 41 / Nr. 47</p>
<p>Internes Qualitätsmanagement in Arztpraxen und Kassenärztlichen Vereinigungen.</p>	<p>Positiv– Erhöhung der Qualität - insbesondere auch einrichtungsübergreifend.</p>	<p>§ 135 a Abs. 2 (Änderung), S. 72 / Nr. 81 § 136 Abs. 1 (Änderung), S. 72 / Nr. 82</p>
<p>Einführung des elektronischen Rezepts und der elektronischen Gesundheitskarte.</p>	<p>Positiv– Erhöhung der Qualität. Datenschutzrechtliche Anforderungen müssen eingehalten werden. Über den Einsatz muss die Patientin oder der Patient im Rahmen der informationellen Selbstbestimmung verfügen können.</p>	<p>§ 291a (neu) S. 101 / Nr. 143</p>

## 2. Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Maßnahmen	ver.di Bewertung	Gesetzesänderung
<p><b>Vorbemerkung zur Vertragsgestaltung:</b> Die Übertragung des Sicherstellungsauftrages für die ambulante fachärztliche Versorgung auf die Krankenkassen und die langfristige Ablösung des Kollektivvertragssystems durch Einzelverträge.</p>	<p><b>Änderungsbedarf:</b> Einzelverträge führen ohne weitere Regelungen zu Einkaufsmodellen und Vertragswettbewerb. Für die ambulante fachärztliche Versorgung brauchen wir vielmehr einen gemeinsamen Sicherstellungsauftrag von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen für die ambulante Versorgung durch Ärzte, Krankenhäuser und Gesundheitszentren auf der Basis einer integrierten Bedarfsplanung und einer regionalen Gesundheitsberichterstattung. Ihm müssen definierte Qualitätskriterien zugrunde liegen. Die vom Gesetzgeber vorgesehenen Regelungen sind nicht ausreichend, um negative Folgen für Versicherte, Patienten und Beschäftigte zu vermeiden. Vielmehr ist zu gewährleisten, dass der Versorgungsauftrag erfüllt, keine Risikoselektion betrieben und Versorgungsstrukturen für die Etablierung integrierter Versorgungskonzepte geöffnet werden. Dies kann durch die analoge Anwendung der „Rahmenvorgaben für Versorgungsverträge gem. §§109 und 109a“ erreicht werden. Darin sind für den stationären Bereich u.a. Vorgaben für eine leistungsfähige, qualitätsgesicherte, wirtschaftliche und bedarfsgerechte Patientenbehandlung vorgesehen. Ebenso sind Festlegungen zu den notwendigen Leistungsbedarfen und Mindestmengen bei Leistungen sowie Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeit und</p>	

	<p>Leistungsfähigkeit enthalten. Mit einer Rahmenvorgabe zur Sicherstellung der Versorgung, die für Ärzte, Krankenhäuser und Gesundheitszentren gleichermaßen gilt, wird auch die freie Arztwahl gestärkt.</p>	
<p>Aufteilung des Sicherstellungsauftrages: Sicherstellungsverpflichtung der KV'en nur noch für die kollektivvertraglich organisierte hausärztliche (einschließlich kinderärztliche), augenärztliche und gynäkologische Versorgung. Aufgabe der Kassen ist es, Versorgungslücken zu schließen</p>	<p>Positiv – Aufbrechen starrer Vertragsstrukturen. Die regionale Versorgung mit FachärztInnen muss verbessert werden. Die KV leistet bisher diese Aufgabe nicht befriedigend . Negativ – mit der Übertragung der Sicherstellung für die ambulante fachärztliche Versorgung auf die Kassen wird ein Systemwechsel eingeleitet, der unter der derzeitigen Kassenkonkurrenz zu Preiswettbewerb und Risikoselektion führen kann.</p>	<p>§ 73 Abs. 1a, § 95 (Änderung) S. 25, 41 / Nr. 29, 47 § 72 Abs. 1 (Änderung) S. 24 / Nr. 28</p>
<p>Bereits zugelassene Fachärzte und Psychotherapeuten bleiben zunächst im Kollektivvertragssystem, erhalten die Möglichkeit des Ausscheidens, um Einzelverträge abzuschließen; Neuzugänge zur fachärztlichen Versorgung erfolgen grundsätzlich nicht mehr über die Erteilung einer Zulassung, sondern durch Einzelverträge mit den Kassen. Diese sind an sachgerechte Auswahlkriterien und weitere Vorgaben, die ein bundesweit koordiniertes Vorgehen gewährleisten, gebunden. Dazu gehören Vergütungsstrukturen, Erfüllung der Fortbildungspflicht, Eignung und Qualität der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte</p>	<p>Positiv– Erhöhung der Qualität durch Aufbrechen starrer Vertragsstrukturen, die bisher neue Versorgungsformen (integrierte Versorgung, Öffnung der Krankenhäuser für ambulante fachärztliche Behandlung etc.) verhindert haben.  Mit dieser Regelung wird ein sehr langsamer Weg der Ablösung aus dem Kollektivvertragssystem gewählt. Für Fachärztinnen und Fachärzte, die bereits eine Zulassung für die kassenärztliche Versorgung besitzen ist weiterhin die KV zuständig  Negativ – mit der Übertragung der Sicherstellung für die ambulante fachärztliche Versorgung auf die Kassen wird ein Systemwechsel eingeleitet, der unter der derzeitigen Kassenkonkurrenz zu Preiswettbewerb und Risikoselektion führen kann.</p>	<p>§ 106b (neu) S. 52 – 57 / Nr. 55</p>

Krankenhäuser werden für hochspezialisierte Leistungen (z.B. Krebserkrankungen), für Einzelverträge im Rahmen der Integrierten Versorgung und DMP sowie in unterversorgten Regionen für die ambulante Behandlung zugelassen, wobei definierte Qualitätsanforderungen zu erfüllen sind	Positiv – Beitrag zum Abbau von Doppelstrukturen. Eine vollständige Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante fachärztliche Versorgung ist darüber hinaus erforderlich. Die Gleichbehandlung mit niedergelassener Ärztinnen und Ärzte ist herzustellen.	§§ 116a und 116b (neu) S. 63 / Nr. 66
Verpflichtung der Kassen, ihren Versicherten das Hausarztssystem anzubieten. Teilnahme der Versicherten ist freiwillig. Bonusanreiz ist die reduzierte Zuzahlung für Arznei- und Verbandmittel.	Positiv – Stärkung des Hausarztes als Lotse im System, notwendig ist die Sicherstellung entsprechend qualifizierter Hausärzte und deren Ausbildung.	§ 62a (neu) S. 22 / Nr. 24
Einführung einer Praxisgebühr bei Facharztbesuchen ohne Überweisung des Hausarztes (Ausnahme: Kinder-, Frauen und Augenärzte, Psychotherapeuten, Notfälle)	Negativ – Praxisgebühr ist ein Strafzoll für Patienten, die begründet sofort einen Facharzt aufsuchen. Vernünftige Inanspruchnahmen werden bürokratisiert.	§ 28 Abs. 4 (neu) S. 11 / Nr. 8
In der hausärztlichen Versorgung sind Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen nicht ausgeschlossen	Positiv – sofern sie evidenzbasiert sind.	§ 73 Abs. 1 / Nr. 1 (neu) S. 25 / Nr. 29
Zulassung der Gesundheitszentren zur vertragsärztlichen Versorgung mit Einzelverträgen	Positiv – Beitrag zur Förderung der Integrierten Versorgung. Es handelt sich um eine längst überfällige Regelung, die gerade jüngeren Ärzten eine ambulante Tätigkeit ohne die horrenden Investitionen in eine eigene Praxis erlaubt. Negativ – mit der Übertragung der Sicherstellung für die ambulante fachärztliche Versorgung auf die Kassen wird ein Systemwechsel eingeleitet, der unter der derzeitigen Kassenkonkurrenz zu Preiswettbewerb und Risikoselektion führen kann.	§ 95 Abs. 2 (Änderung) S. 41 / Nr. 47
Weiterentwicklung der Integrierten Versorgung durch Abbau bürokratischer Hemmnisse	Positiv – Beitrag zur Förderung der Integrierten Versorgung. Leichtere Ermöglichung von Verträgen ohne Einbeziehung der KV (z.B. auch mit Krankenhäusern). Für die integrierten Versorgung ist ein Wettbewerb um Qualität als Suchprozess und zur Innovation erforderlich.	§§ 140a-d (Änderung) S. 83 – 86 / Nr. 92 - 98

### 3. Weiterentwicklung des ärztlichen Vergütungs- und Abrechnungssystems

Maßnahmen	ver.di Bewertung	Gesetzesänderung
Komplexgebühren und Fallpauschalen für fachärztliche Leistungen und ambulante Operationen, Pauschalvergütungen im Hausarztssystem.	Positiv – stärkere Anreize zur Erbringung höherer Qualität, Ärzte mit einer hohen Zahl betreuungsintensiver Patienten werden nicht länger benachteiligt. Erleichterung zur Gestaltung sektorenübergreifender Fallpauschalen und damit Förderung integrierter Versorgung.	§ 87 Abs. 2a (Änderung) S. 36, 38 / Nr. 43
Verbesserung der Effizienz der Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch eine veränderte Organisationsstruktur der Prüfungsausschüsse.	Positiv – Erhöhung von Effizienz und Wirtschaftlichkeit.	§ 106 Abs. 4 S. 48 / Nr. 53
Stärkere Verantwortung der Krankenkassen für eine leistungsgerechte Honorarverteilung.	Positiv – Erhöhung der Wirtschaftlichkeit durch Kontrolle der Kassen.	§ 85 Abs. 2 (Änderung) S. 36 / Nr. 42
Vergütungsanreize zur Einführung effizienter Versorgungsformen durch spezifizierte Fallpauschalen für kooperative Versorgungsformen.	Positiv – Erleichterung zur Gestaltung sektorenübergreifender Honorierung und damit Förderung der Integrierten Versorgung.	§ 87 Abs. 2a (Änderung) S. 36 / Nr. 43

#### 4. Modernisierung der Steuerung des Systems

Maßnahmen	ver.di Bewertung	Gesetzesänderung
Hauptamtliche Strukturen der KV'en, Zusammenfassung zu größeren Einheiten, Stärkung der Repräsentanz der Hausärzte.	Positiv – Anpassung an erforderliche Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen.	§§ 79, 80 und 81 (Änderung) S. 28 – 31 / Nr. 33 - 37
Abschaffung/Aussetzen organisationsrechtlicher Privilegien einzelner Kassenarten. Ab 2007 kassenartübergreifende Fusionen.	Positiv – Reduzierung der Wettbewerbsnachteile einzelner Kassenarten, Modernisierung der Organisationsstrukturen. Ablehnung – Kassenartenübergreifende Fusionen haben negative Auswirkungen für Beschäftigte, Versicherte und die Strukturen der Selbstverwaltung.	§ 147 Abs. 2 (Änderung), S. 88 / Nr. 100 § 171a (neu) , S. 89 / Nr.-113
Verbesserung der Konfliktlösungsmechanismen in der Gemeinsamen Selbstverwaltung.	Positiv – Verminderung der Blockadehaltung, schnellere Umsetzung gesetzlicher Regelungen, z.B. DMP, integrierte Versorgung.	§ 89 Abs. 1 (Änderung) S. 39 / Nr. 45
Verbesserung der Datengrundlagen und Datentransparenz.	Positiv – unter strenger Einhaltung des Datenschutzes für Versicherte und der Pseudonymisierung der Versichertendaten, Erhöhung der Transparenz des Versorgungsgeschehens.	§§ 303a-f (neu) S. 113, ff / Nr. 157

## 5. Verbesserung der Patientensouveränität und der Patientenrechte

Maßnahmen	ver.di Bewertung	Gesetzesänderung
Beteiligungsrechte von Patientenorganisationen bei der Erstellung der Empfehlungen des ‚Deutschen Zentrum für Qualität in der Medizin‘ und in den Bundesausschüssen.	Positiv – Beitrag zur Verbesserung der Position der Versicherten und Patienten.	§ 92 Abs. 7b (neu) S. 40 / Nr. 46
Einrichtung der/des Patientenbeauftragten.	Positiv – Beitrag zur Verbesserung der Position der Versicherten und Patienten z.B. im Kuratorium des DZQM und den Bundesausschüssen.	Die Beteiligungsrechte sind in den jeweiligen §§ geregelt

## 6. Bonus für Versicherte

Maßnahmen	ver.di Bewertung	Gesetzesänderung
Für Versicherte, die sich freiwillig am Hausarztssystem, an Disease-Management-Programmen oder an integrierten Versorgungsformen beteiligen, gelten reduzierte Zuzahlungen für Arznei- und Verbandmittel.	Positiv – Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten und sektorenübergreifender Versorgung.	§ 62a (neu) S. 22 / Nr. 24
Krankenkassen können ihren Versicherten, die regelmäßig Maßnahmen der Früherkennung und Prävention in Anspruch nehmen, einen Bonus oder weitere Zuzahlungsbefreiungen gewähren.	Positiv - Befreiung von Zuzahlungen Negativ – Bonus: kann zu unterschiedlichen Beitragssätzen innerhalb einer Kasse führen, ohne Berücksichtigung, dass die Inanspruchnahme von Präventionsleistungen sozial ungleich verteilt ist. Gesundheitsförderung z.B. im Rahmen von Verhältnisprävention wird nicht erfasst.	§ 65a Satz 1 (Änderung) S. 23 / Nr. 25
Krankenkassen können bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung Arbeitgebern und Versicherten einen Bonus bieten.	Positiv – konkrete Ausgestaltung ist entscheidend. Dabei sind Erfahrungen der Berufsgenossenschaften einzubeziehen.	§ 65a Satz 2 (neu) S. 24 / Nr. 25

## 7. Verbesserung der Transparenz

Maßnahmen	ver.di Bewertung	Gesetzesänderung
Sicherstellung der Transparenz bei der Erarbeitung der Empfehlungen des ‚Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin‘.	Positiv- Erhöhung der Transparenz.	§ 139b Abs. 1 (neu) S. 75 / Nr. 91
Patientenquittung auf Verlangen der Patienten für ärztliche Behandlungen	Positiv- Erhöhung der Transparenz.	§ 305 Abs. 2 (Änderung) S. 118 / Nr. 159
Einführung der elektronischen Gesundheitskarte flächendeckend bis Januar 2006.	Positiv – Erhöhung der Transparenz und Wirtschaftlichkeit, Erhöhung der Behandlungssicherheit für Patienten. Datenschutzrechtliche Anforderungen müssen beachtet werden. Über den Einsatz muss die Patientin oder der Patient verfügen können.	§ 291 a (neu) S. 102 ff / Nr. 144
Transparenz bei Leistungs- und Abrechnungsdaten.	Positiv- Erhöhung der Transparenz und Kontrollmöglichkeit ärztlichen Handelns.	§ 295 (Änderung), S. 108 / Nr. 148 § 303 a (neu), S. 114 / Nr. 157
Veröffentlichung der Vorstandsvergütungen bei Krankenkassen, KV'en und KZV'en.	Positiv	Art.3 Nr. 4, § 35a Abs. 6 SGB IV § 212 Abs. 5 (Änderung), S. 92 / Nr. 120

## 8. Verbesserung der Arzneimittelversorgung

Maßnahmen	ver.di Bewertung	Gesetzesänderung
Aufhebung des bundeseinheitlichen Apothekenverkaufspreises für nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel.	Positiv – Beitrag zur Kostensenkung Erforderlich – Kassen müssen hierzu eine Verhandlungsermächtigung erhalten.	Art. 16 § 1 Abs. 4 (Änderung) S. 145 / Nr. 1
Ausweitung des gesetzlichen Rahmens für Vereinbarungen zwischen Arzneimittelherstellern und Kassen über Rabatte.	Positiv – Beitrag zur Kostensenkung	§ 130 b (neu) S. 70 / Nr. 78
Zulassung des Mehrbesitzes für Apotheken.	Positiv – Beitrag zur Kostensenkung. Es ist jedoch eine Begrenzung auf 5 Apotheken wie im ersten Arbeitsentwurf vorzusehen.	Art. 13 §2 GAW , S. 135 / Nr. 2
Zulassung des Versandhandels.	Positiv – Beitrag zur Kostensenkung	Art. 12 § 43 AMG , S. 134 / Nr. 1
Einbezug patentgeschützter Arzneimittel in die Festbetragsregelung.	Positiv – Beitrag zur Kostensenkung	§ 34 Abs. 1a (Änderung) S. 17 / Nr. 14

## 9. Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen

Maßnahmen	ver.di Bewertung	Gesetzesänderung
Benennung eines/einer Beauftragten zur Bekämpfung von Missbrauch und Korruption als Ansprechpartner für Bürger, Einrichtungen und Beschäftigte des Gesundheitswesens.	Positiv - wenn Aufgaben des/der Beauftragten sich mit denen der Kassen und KV'en ergänzen. Notwendig - weil Korruption nicht nur bei Ärztinnen und Ärzten nachgegangen werden muss.	§ 274a (neu) S. 97 ff / Nr. 137
Kassen und KV'en werden verpflichtet, Prüf- und Ermittlungseinheiten zur Missbrauchs- und Korruptionsbekämpfung einzurichten.	Positiv – Beitrag zur Effizienzsteigerung.	§ 81a (neu) S. 31 / Nr. 38

## 10. Neuordnung der Finanzierung

Maßnahmen	ver.di Bewertung	Gesetzesänderung
<p>Bundeszuschuss für Leistungen, die keinen Krankheitsbezug haben und gesamtgesellschaftliche Aufgaben darstellen („versicherungsfremde“ Leistungen, wie: Mutterschaftsgeld, sonstige Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft, Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch, Haushaltshilfe, Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes, Beitragsfreiheit beim Bezug von Erziehungsgeld, Mutterschaftsgeld oder Inanspruchnahme von Elternzeit).</p>	<p>Positiv – gesamtgesellschaftliche Leistungen werden durch das Steueraufkommen finanziert.            Negativ – die Höhe des Erstattungsbetrags richtet sich nach den Einnahmen durch die Tabaksteuererhöhung, ist damit begrenzt und wird die notwendige Erstattungsleistung von ca. 3,8 Mrd. € pro Jahr nicht erreichen. Für die Jahre 2004, 2005 und 2006 sind Abschlagszahlungen an die GKV in Höhe von 1 / 1,5 / 2 Mrd. € vorgesehen. Die Höhe der zusätzlichen Einnahmen aus der Tabaksteuer ist ungeeignet als Maßstab für die Erstattung. Die Aufwendungen für gesamtgesellschaftliche Aufgaben entwickeln sich nicht in Abhängigkeit vom Zigarettenkonsum. Der Leistungsanspruch muss erhalten bleiben.</p>	<p>§ 221 (neu)            S. 93 / Nr. 123</p>
<p>Streichung der künstlichen Befruchtung und Sterilisation aus dem Leistungskatalog.</p>	<p>Ablehnung – medizinisch induzierter Behandlungsbedarf</p>	<p>§ 24 b (Änderung), S. 11 / Nr. 6            § 27 a (Aufhebung), S. 11 / Nr. 7</p>
<p>Streichung des Sterbegeldes und Entbindungsgeldes aus dem Leistungskatalog.</p>	<p>Ablehnung bei Entbindungsgeld – finanziell schwach gestellte Versicherte benötigen diese Leistungen.</p>	<p>§§ 58 ,59 (Aufhebung)            S. 21 / Nr. 20</p>

<p>Absicherung des Krankengeldes allein durch die Versicherten, solidarische Absicherung im Rahmen der GKV durch Aufhebung der paritätischen Finanzierung: 53% Versicherte, 47% Arbeitgeber des allgemeinen Beitragssatzes.</p>	<p>Ablehnung – alleinige Maßnahme zur Entlastung der Arbeitgeber, einseitige Belastung der Versicherten. Das Krankengeld muss paritätisch finanziert bleiben. Es ist die erste und ursprüngliche Leistung der Krankenversicherung. Die Maßnahme steuert in eine völlig falsche Richtung. Die Parität wird in eine Schiefelage gebracht aus der weitere Lastenverschiebung auf die Versicherten erleichtert wird. Für die Arbeitgeber wird die Kostenverantwortung verringert. Die Motivation zur betrieblichen Gesundheitsförderung sinkt.</p>	<p>§ 249 Abs. 1 (Änderung) S. 94 / Nr. 129</p>
<p>Herausnahme nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus dem Leistungskatalog.</p>	<p>Ablehnung – Gefahr der Preissteigerung für Arzneimittel, Anstieg der Arzneimittelkosten für Patienten, zusätzliche Belastung für Versicherte.</p>	<p>§ 34 Abs. 1 (Änderung) S. 16 / Nr. 13</p>
<p>Für in der GKV versicherte Rentner werden alle Versorgungsbezüge und Einkommen aus selbständiger Arbeit mit dem vollen Beitragssatz belegt.</p>	<p>Ablehnung – eines Notopfers für Rentner.</p>	<p>§ 248 Abs. a und b (Änderung) S. 94 / Nr. 128</p>

## 11. Neugestaltung der Zuzahlungen und Befreiungsmöglichkeiten

Maßnahmen	ver.di Bewertung	Gesetzesänderung
Erhöhung der Zuzahlung für Arznei- und Verbandmittel auf 4, 6, oder 8 € je nach Packungsgröße. Für Versicherte, die sich am Hausarztssystem, an Disease-Management-Programmen oder integrierten Versorgungsformen beteiligen, sinkt die Zuzahlung auf die Hälfte. Der Zuzahlungsbetrag für Härtefälle beträgt 1 €.	Ablehnung – Erhöhung der Zuzahlungen belastet kranke Menschen einseitig. Versicherte, die sich an neuen Versorgungsformen beteiligen, müssen von Zuzahlungen befreit werden.	§ 31 Abs. 3 (Änderung) S. 14 / Nr. 10
Praxisgebühr von 15 € bei Besuch eines Facharztes ohne Überweisung des Hausarztes.	Ablehnung - Wenn es um Stärkung vernünftigeren Patientenverhaltens gehen soll, darf die Praxisgebühr nicht auf Fälle angewendet werden, in denen Patienten begründet sofort einen Facharzt aufsuchen - unnötige Bürokratisierung.	§ 28 Abs. 4 (neu) S. 11 / Nr. 8
Aufhebung der Zuzahlungsbefreiung für chronisch Kranke mit einer Belastungsgrenze von 1% des Bruttoeinkommens.	Ablehnung - Zuzahlungen belasten einkommensschwache chronisch Kranke einseitig. Belastungsgrenze zu hoch.	§ 62 Abs. 1 (Änderung) S. 22 / Nr. 22
Anhebung der Zuzahlung für Krankenhausaufenthalte von 9 € auf 12 € pro Tag.	Ablehnung – Kranke werden einseitig belastet; keine Steuerungswirkung.	§ 39 Abs. 4 (Änderung) S. 20 / Nr. 18
Einführung eines Festzuschussmodells bei Zahnersatz als Sachleistung, besondere Berücksichtigung von Härtefällen.	Positiv – unter der Bedingung, dass Versicherte nicht finanziell mehr belastet werden.	§ 30 (Änderung) S. 12 / Nr. 9
Streichung der Zuschüsse zu Sehhilfen aus dem Leistungskatalog. Ausnahmen: Kinder, Jugendliche und bei schweren Sehstörungen.	Ablehnung – zusätzliche finanzielle Belastung der Versicherten - vor allem mit niedrigem Einkommen.	§ 33 Abs. 1 (Änderung) S. 15 / Nr. 12