



Hinweise des Deutschen Vereins zur Verbesserung der gesundheitlichen Teilhabe¹

1. Einleitung

In den vom Europäischen Rat 2006 angenommenen Sozialschutzziele verpflichten sich die Mitgliedsstaaten u.a. dem Ziel einer „zugänglichen, hochwertigen und nachhaltigen Gesundheitsversorgung durch Gewährleistung des Zugangs für alle zu angemessener Gesundheitsversorgung“ und statuieren, „dass Ungleichheiten beim Zugang zu Pflege und Gesundheitsdienstleistungen angegangen werden“². Der Deutsche Verein unterstützt diese Ziele nachdrücklich – nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund der Anforderungen aus Art. 25 der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen³. Er möchte durch diese Empfehlung an seine vorangehenden Stellungnahmen⁴ anknüpfen und einen aktuellen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Teilhabe leisten. Er ist sich dabei dessen bewusst, dass diese Empfehlungen keine umfassende Auseinandersetzung leisten, sondern lediglich eine Auswahl der aktuell besonders gravierenden Defizite gesundheitlicher Teilhabe behandeln.

Im Mittelpunkt der Überlegungen stehen Menschen mit Behinderungen sowie chronisch kranke und hilfebedürftiger Menschen i.S.d. SGB II/SGB XII. Von großer Bedeutung für eine gleichberechtigte Teilhabe an angemessener gesundheitlicher Versorgung sind – neben anderen – stets auch die rechtlichen Rahmenbedingungen. Hier hat es in den

¹ Verantwortliche Referentin im Deutschen Verein: Dr. Edna Rasch. Die Hinweise zur Verbesserung der gesundheitlichen Teilhabe wurden in der Arbeitsgruppe „Gesundheit“ erarbeitet und nach Beratung im Fachausschuss „Rehabilitation und Teilhabe“ sowie im Fachausschuss „Altenhilfe und Pflege“ am 18. März 2009 vom Präsidium des Deutschen Vereins verabschiedet.

² Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Nationaler Strategiebericht Sozialschutz und Soziale Eingliederung 2008–2010, (Stand 30. Juli 2008), S. 6.

³ BGBl. II Nr. 35 vom 31. Dezember 2008, S. 1419 ff.

⁴ Stellungnahme des Deutschen Vereins zur Gesundheitsreform 2006 und zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG), NDV 2006, 502 ff.; Empfehlung des Deutschen Vereins zur sozialverträglichen Umsetzung des GKV-

letzten Jahren erhebliche Veränderungen gegeben. Durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) im Jahr 2004 sind viele Leistungen aus dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) gestrichen beziehungsweise für die Versicherten zuzahlungspflichtig geworden. Menschen mit einer chronischen Erkrankung oder erheblichen Behinderung sind hiervon besonders betroffen. Die ehemalige Härtefallregelung des § 61 SGB V, die eine vollständige Befreiung von Zuzahlungen vorsah, wenn diese die Versicherten unzumutbar belasteten, wurde mit dem GMG zum 1. Januar 2004 aufgehoben. Parallel dazu wurde das SGB XII ebenfalls geändert: Bis dahin musste der Träger der Sozialhilfe in Krankheitsfällen den notwendigen Bedarf in voller Höhe befriedigen, wenn finanzielle Eigenleistungen von Versicherten, insbesondere die Zahlung von Zuschüssen, die Übernahme nur eines Teils der Kosten oder eine Zuzahlung vorgesehen waren und nach den §§ 61, 62 SGB V eine vollständige oder teilweise Befreiung durch die GKV nicht erfolgte. Nunmehr sind Sozialhilfeleistungen zur Gesundheit nach §§ 47–52 SGB XII vollständig auf den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt.

Um die zusätzlichen finanziellen Belastungen der Krankenversicherten zu begrenzen, sieht das SGB V seit 2004 nur noch Regelungen in § 62 SGB V vor. Hiernach dürfen Zuzahlungen nur bis zur Belastungsgrenze von 2 % und bei chronisch kranken Menschen von 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt erhoben werden. Diese Regelung ist durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) zum 1. April 2007 mit der Einführung einer neuen Pflicht zu Vorsorgeuntersuchungen und zu therapiegerechtem Verhalten verschärft worden (§ 62 Abs. 1 SGB V).

Relevant für das Erreichen der Belastungsgrenze sind jedoch nur die im Gesetz als Zuzahlungen benannten finanziellen Eigenleistungen. Unberücksichtigt bleiben insbesondere folgende Kosten: die Kostenanteile beim Zahnersatz; Kosten für ausgeschlossene Arznei-, Heil- und Hilfsmittel (§§ 33 Abs. 2, 34 SGB V); zusätzliche Kosten für Arznei- und Hilfsmittel, soweit deren Abgabepreis über dem Festpreis liegt (§§ 31 Abs. 2, 33 Abs. 7 SGB V); Kosten für den Anteil „Gebrauchsgegenstand“ bei Hilfsmitteln (§ 33 Abs. 1 SGB V); Kosten für empfängnisverhütende Mittel nach Vollendung des 20. Lebensjahres (§ 24 a Abs. 2 SGB V); Fahrtkosten über § 60 Abs. 1 SGB V hinaus und Kosten für Leistungen, die ohne ärztliche Verordnung bezogen werden.

Insbesondere eine Kumulation dieser Eigenbeteiligungen kann bei Menschen mit geringem Einkommen zu besonderen Härten führen. Diese können durch die jeweiligen Regelsätze kaum aufgefangen werden, weil bei chronisch kranken und behinderten Menschen erheblich über dem Durchschnitt liegende Kostenbelastungen kumulieren, die für diese Ausnahmefälle von den Regelsätzen nicht abgebildet werden können. Dies gilt in besonderem Maße für die derzeitigen, noch auf der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) aus dem Jahre 2003 basierenden Regelsätze, denn die Verbrauchsstatistik aus dem Jahr 2003 konnte die Auswirkungen des GMG von 2004 auf den privaten Verbrauch unterer Einkommensschichten nicht erfassen.

Daher sieht der Deutsche Verein – neben den seit Langem von ihm geforderten verstärkten gesamtgesellschaftlichen Anstrengungen zur Prävention⁵ – drei vordringliche Herausforderungen auf dem Weg zur Verbesserung der Situation von gesundheitlich besonders benachteiligten Personengruppen:

- (Weiter-)Entwicklung zielgruppenspezifischer Lösungsansätze zur Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen (dazu nachfolgend 2.),
- Vermeidung von sozial benachteiligenden Zugangshindernissen (dazu unten 3.),
- sozialstaatliche Bewältigung besonderer finanzieller Härten (dazu unten 4.).

2. Versorgung von chronisch kranken Menschen und Menschen mit Behinderungen

Der Deutsche Verein sieht Versorgungsdefizite insbesondere bei erwachsenen Menschen mit Behinderungen sowie bei chronisch kranken Menschen. Diese „erhalten oft nicht die erforderliche kurative, präventive und rehabilitative Versorgung“, denn „das Deutsche Gesundheitssystem ist strukturell wie organisatorisch nicht auf die Versorgung schwer behinderter Erwachsener eingerichtet.“⁶

⁵ Erste Überlegungen des Deutschen Vereins für ein Gesamtkonzept der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen und ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, NDV 2006, S. 306–310; Stellungnahme des Deutschen Vereins zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention – Präventionsgesetz, NDV 2005, S. 150–153.

⁶ Beschluss des 111. Deutschen Ärztetages, 2008, zur Medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderungen, Beschlussprotokoll, S. 74 ff., nachzulesen unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/111DAETBeschlussprotokoll200808251.pdf>.

a) Anpassung des medizinischen Vergütungssystems

Die medizinische Behandlung behinderter Menschen stellt in der Regel in unterschiedlicher Hinsicht erhöhte Anforderungen an die behandelnden Personen und erfordert von diesen einen besonderen Mehraufwand sowie oftmals auch besondere Kenntnisse. In Abhängigkeit von der Art der Behinderung kann ein erheblich höheres Maß an Zeit für Diagnose, Behandlung sowie auch zur Bildung der für eine erfolgreiche Behandlung nötigen Vertrauensgrundlage erforderlich sein. Zudem sind oftmals spezifische medizinische Kenntnisse und Erfahrungen wichtig, die eine gewisse Schwerpunktbildung einzelner Praxen sinnvoll machen können und entsprechende Qualifikationen bzw. Fortbildungen voraussetzen. Im bestehenden System wird eine solche Ausrichtung jedoch bislang nicht hinlänglich honoriert. Hinzu kommt, dass Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen in überdurchschnittlicher Weise medizinischer Leistungen bedürfen. Schließlich spielt auch die barrierefreie Gestaltung einer Praxis sowie deren Zugang eine wichtige Rolle für die Versorgung von Menschen mit Behinderungen im Regelsystem.⁷

Der Deutsche Verein hält es daher für zwingend erforderlich, diese erhöhten Anforderungen im medizinischen Vergütungssystem angemessen als Mehraufwand zu berücksichtigen und zusätzlich die Aus- und Fortbildung mit Blick auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen zu fördern und auszubauen, um eine bedarfsgerechte und diskriminierungsfreie Behandlung von Menschen mit Behinderungen im allgemeinen Versorgungssystem zu ermöglichen.

b) Ausdehnung der Ermächtigung sozialpädiatrischer Zentren

Ein besonderer Versorgungsmangel liegt darin, dass nach derzeitiger gesetzlicher Regelung sich die Ermächtigung von sozialpädiatrischen Zentren (§ 119 SGB V) nur auf die Behandlung von Kindern erstreckt und somit bei Erreichen des 18. Lebensjahres in jedem Fall endet.⁸

Nach Ansicht des Deutschen Vereins ist hier eine Übergangsregelung erforderlich, die je nach medizinischer Notwendigkeit eine Verlängerung einer begonnenen

⁷ Vgl. auch den Beschluss des 111. Deutschen Ärztetages, Fn. 6.

⁸ Siehe dazu auch den Beschluss des 111. Deutschen Ärztetages, Fn. 7.

Behandlung auch über das 18. Lebensjahr hinaus bis längstens zur Vollendung des 21. Lebensjahrs ermöglicht.

c) Interdisziplinäre Behandlungszentren

In Ergänzung zum System der Regelversorgung sieht der Deutsche Verein zur effektiven und bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung von chronisch kranken und erwachsenen Menschen mit Behinderungen einen Bedarf an niedrigschwelligen, interdisziplinären Behandlungszentren mit zielgruppenspezifischer Ausrichtung (analog zu den Sozialpädiatrischen Zentren). Einige komplexe gesundheitliche Probleme von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen können in der Regelversorgung, die darauf nicht ausgerichtet ist, oftmals nicht in der erforderlichen Art und Weise behandelt werden, so dass es zu Zeitverzug, Fehlversorgung und entsprechenden Folgebelastungen für die Betroffenen sowie die Sozialsysteme kommen kann. Behandlungszentren ermöglichen aufgrund ihrer spezifischen, interdisziplinären Ausrichtung eine gezieltere Behandlung und können dadurch nicht zuletzt auch den Aufwand insgesamt reduzieren, indem durch die spezifische Konzentration eine Vielzahl von Arztbesuchen ersetzt werden kann. Eventuell längere Anfahrtswege zu derartigen Behandlungszentren führen daher meist nicht zu Mehraufwand und Mehrkosten. Im Übrigen können und sollen interdisziplinäre Behandlungszentren nach Überzeugung des Deutschen Vereins die Versorgung von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen im Regelsystem nicht ersetzen, sondern ergänzen.⁹

Der Deutsche Verein regt daher eine Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen durch Ausbau der interdisziplinären Behandlungszentren an.

3. Zugangsbarrieren

Eine generelle staatliche Verantwortung sieht der Deutsche Verein in der Überprüfung und Evaluation des Gesundheitssystems hinsichtlich sozial benachteiligender Zugangsbarrieren.

a) Stärkung aufsuchender medizinischer Hilfen

⁹ Vgl. dazu auch Art. 25 a), b) der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen.

Zu finanziellen und bürokratischen Barrieren kommen insbesondere bei Menschen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten, wie etwa wohnungslosen Menschen und Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus, oftmals noch weitere sozial bedingte Hemmnisse hinzu, die die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen erschweren. Um auch diesen Menschen zumindest die notwendige medizinische Grundversorgung zu bieten, sind daher zielgruppensensible, aufsuchende medizinische Hilfen unerlässlich.¹⁰ Aus dem Kreise der Mitglieder des Deutschen Vereins wird zunehmend berichtet, dass sich der Gesundheitszustand wohnungs- und mittelloser Menschen durch die vermehrten Zuzahlungspflichten verschlechtert habe.

Eine Fülle von besonderen Schwierigkeiten wirft die Situation von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus auf, die lediglich eine eingeschränkte medizinische Behandlung auf der Grundlage des Asylbewerberleistungsgesetzes erhalten. Aufgrund der behördlichen Übermittlungspflichten nach dem Aufenthaltsgesetz, die jedenfalls bei Abrechnung gegenüber den zuständigen Kostenträgern greifen, nehmen Betroffene aus Furcht vor einer Statusaufdeckung selbst die eingeschränkte Behandlung außer in besonderen Notfällen kaum in Anspruch. Dies kann zu schwerwiegenden Gesundheitsgefährdungen führen, insbesondere auch bei betroffenen Kindern. Hier müssen besondere Lösungsmöglichkeiten gefunden werden.

Der Deutsche Verein fordert den Ausbau aufsuchender Hilfen und weiterer niedrighschwelliger zielgruppenspezifischer Angebote, solange und soweit das primäre Ziel, durch Abbau bzw. Verringerung der beschriebenen Barrieren die Integration und den Zugang aller Menschen zur Regelversorgung zu gewährleisten, nicht zu erreichen ist.

b) Fahrtkostenerstattung

Die derzeitigen Regelungen zur Fahrtkostenerstattung, wonach die Fahrt „aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig“ sein muss (§ 60 SGB V i.V.m. der Krankentransportrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses), sowie deren Auslegung und Anwendung erachtet der Deutsche Verein für zu restriktiv. Aus medizinischer Sicht darf dabei nicht nur die physische oder psychische Unmöglichkeit, ein öffentliches Verkehrs-

¹⁰ Siehe dazu zum Beispiel das Umsetzungskonzept in Nordrhein-Westfalen: http://www.mags.nrw.de/08_PDF/002/konzept-und-zielsetzung.pdf.

mittel zu benutzen, entscheidend sein. Zu berücksichtigen ist auch die Sicherung der Behandlungskontinuität, die erheblich beeinträchtigt werden kann, wenn häufig wiederkehrende Fahrten zur Behandlung zwar mit öffentlichen Verkehrsmitteln generell möglich, jedoch sehr kosten- und zeitaufwendig sind. Neben der medizinischen Notwendigkeit müssen daher gleichermaßen auch die in den persönlichen Lebensumständen liegenden Kontextfaktoren, wie z.B. Wohnort, finanzielle und familiäre Situation sowie der allgemeine Gesundheitszustand, beachtet werden.

Der Deutsche Verein empfiehlt daher eine Ausweitung der Regelungen zur Fahrtkostenerstattung in besonderen Ausnahmefällen, wenn die Behandlungskontinuität aufgrund von Kontextfaktoren gefährdet ist.

c) Aufzahlungen bei Festbeträgen

Bei Arznei- und Hilfsmitteln, für die ein Festbetrag festgesetzt ist (§§ 31 Abs. 2, 33 Abs. 7 SGB V), besteht das Problem, dass angebotene Leistungen aufgrund der Vielzahl der Produkte und deren Preisgestaltung für die Patienten nicht überschaubar sind. Entsprechendes gilt für die befundorientierten Festzuschüsse beim Zahnersatz. Insgesamt kann es aufgrund fehlender Beratung und mangelnder Transparenz des Leistungssystems und entsprechend unzureichendem Urteils- und Entscheidungsvermögen der Patienten zu einer Fehlversorgung und überhöhten Eigenbeteiligungen kommen.

Der Deutsche Verein appelliert daher an Krankenkassen und Leistungserbringer, die Festbeträge so zu gestalten, dass dadurch die notwendige Versorgung aller Versicherten hinreichend gewährleistet ist. Von Seiten der Leistungserbringer sollten die Standardleistungen stets vorgehalten und den Versicherten bei Bedarf auch angeboten werden.

d) Sehhilfen

Einen Anspruch auf die Versorgung mit einer Sehhilfe haben nach § 33 Abs. 2 Satz 1 SGB V Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Ältere Versicherte haben nur Anspruch auf Sehhilfen, wenn sie auf Grund ihrer Sehschwäche oder Blindheit auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 (WHO-Klassifikation) aufweisen (§ 33 Abs. 2 Satz 2 SGB V). Diese sehr enge Formulierung des

§ 33 Abs. 2 Satz 2 SGB V führt dazu, dass in der Praxis immer wieder Fälle auftauchen, bei denen schwer sehbehinderten Menschen, deren Sehhilfen besonders teuer sind, der Anspruch auf Sehhilfen abgesprochen wird, da sie keine Sehbeeinträchtigung im Sinne der WHO-Klassifikation aufweisen. Dies führt zu einer besonderen Kostenbelastung der Betroffenen.

Der Deutsche Verein begrüßt daher grundsätzlich die jüngste Neufassung der Hilfsmittelrichtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss vom 16. Oktober 2008, die diesbezüglich einige Anpassungen vornimmt, spricht sich aber weiterhin wie bereits in seinen Empfehlungen zum GMG¹¹ dafür aus, dass die Kosten für Sehhilfen für schwer sehbehinderte Menschen wieder in den Leistungskatalog des SGB V aufgenommen werden und auch die Regelung des § 33 Abs. 2 Satz 2 SGB V insoweit nachgebessert wird.

4. Besondere finanzielle Belastungen

In bestimmten Situationen besonderer finanzieller Belastungen sieht der Deutsche Verein ergänzenden gesetzlichen Korrekturbedarf.

Aufgrund entsprechender Meldungen seiner Mitglieder weist er nachdrücklich darauf hin, dass es Fälle gibt, in denen besondere gesundheitliche Bedarfe zu erheblichen, individuell abweichenden finanziellen Belastungen führen, die nach der derzeitigen Rechtslage bei hilfebedürftigen Menschen nicht hinreichend abgedeckt sind. Dies können besonders hohe Kostenbelastungen sein, beispielsweise für ausgeschlossene Arzneimittel bei chronischen Krankheiten, etwa Neurodermitis; vergleichsweise teure, empfängnisverhütende Mittel, wie etwa eine Spirale o.ä., für Frauen, bei denen aufgrund ihrer Behinderung keine preiswertere alternative Verhütungsmethode in Betracht kommt; festen Zahnersatz für Menschen mit einer schweren spastischen Lähmung, für die die herausnehmbaren Alternativen der Regelversorgung aufgrund der Behinderung ungeeignet sind. In derartigen Fällen, sowie noch verstärkt bei zusätzlichen Kumulationen von weiteren möglichen Belastungen – wie oben aufgezählt – die weder über das SGB V noch über die Regelsätze aufgefangen werden,¹² scheiden Darlehen, die für dauerhafte Kostenbelastungen ohnehin nicht in Frage kommen, auch bei einmaligen oder unregelmäßigen Ei-

¹¹ Stellungnahme des Deutschen Vereins zu den Auswirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) auf Personen, die Leistungen nach SGB II und SGB XII (BSHG) erhalten, NDV 2004, S. 265.

¹² Die Regelungstechnik des SGB II aufgrund der verfassungsrechtlichen Anforderungen im Spannungsfeld zwischen Generalisierung und Individualisierung kritisierend Wallerath, Zur Dogmatik eines Rechts auf

genbeteiligungen zu Gesundheitsleistungen oftmals aufgrund der auch bei solchen einmaligen Leistungen nicht geringen Kosten und den im Verhältnis dazu extrem begrenzten finanziellen Möglichkeiten der betreffenden Personen von vornherein aus. Auch über die Regelsätze werden diese besonderen Belastungen nicht abgedeckt.

Vereinzelt werden Gesundheitsleistungen unter Hinweis auf die verfassungsrechtlich geschützte Gesundheit (Art. 2 Abs. 2 GG) nach § 73 SGB XII übernommen. Aus rechtssystematischen Gründen stellt dieser Ansatz jedoch keine dauerhaft zufriedenstellende Lösung dar. Daher bedarf es nach Ansicht des Deutschen Vereins einer gesetzgeberischen Lösung für die aufgezeigten besonderen Belastungen.

Eine solche ist sowohl über das SGB V wie auch über das SGB II/SGB XII denkbar. Im SGB V kommt neben der (Wieder-)Einführung einer besonderen Härtefallregelung auch eine Ausdehnung der Regelung zur Belastungsgrenze, § 62 SGB V, im Sinne einer erweiterten Einbeziehung der oben aufgezählten, bislang nicht berücksichtigten Aufwendungen in Betracht. Im SGB II/SGB XII bieten sich etwa besondere Regelungstatbestände für notwendige und nicht auf sonstige Weise zu deckende einmalige Leistungen durch Ergänzung des § 23 Abs. 3 SGB II bzw. des § 31 Abs. 1 SGB XII an und entsprechend für dauerhafte besondere Belastungen etwa besondere Mehrbedarfsregelungen vergleichbar der für Krankenkost.

Obwohl eine Lösung im SGB V von den Mitgliedern des Deutschen Vereins überwiegend für systemisch näher liegend angesehen wird und durch die bei den Krankenkassen vorhandene besondere Kompetenz in Gesundheitsfragen eine einheitliche Anwendung besser gewährleistet werden kann, findet eine solche Lösung unter den Mitgliedern des Deutschen Vereins aufgrund der unzureichend gestalteten Finanzierungsbasis der GKV keine ungeteilte Zustimmung. Gegen die benannten Lösungsmöglichkeiten im SGB II/SGB XII bestehen demgegenüber grundsätzliche Vorbehalte aufgrund einer weiteren Kostenverschiebung zu Lasten der Träger der Grundsicherung bzw. der Sozialhilfe.

Der Deutsche Verein fordert daher alle politisch Verantwortlichen dazu auf, die Finanzierung der GKV zukunftsweisend auf breiter Basis auszugestalten, um langfristig eine hochwertige, solidarische Gesundheitsversorgung zu gewährleisten und den Zugang aller – auch der hilfebedürftigen, gesundheitlich besonders be-

nachteiligten Menschen – zu allen notwendigen Gesundheitsleistungen zu ermöglichen.

5. Schlussbemerkung

Der Deutsche Verein ist der Ansicht, dass durch die vorgeschlagenen Verbesserungen des Zugangs zu gesundheitlicher Versorgung und damit der gesundheitlichen Teilhabe langfristig viele negative Folgewirkungen und gesundheitlichen Folgekosten für den Einzelnen und die Gemeinschaft vermieden werden können und dass sich eine verbesserte gesundheitliche Teilhabe gesamtgesellschaftlich positiv auswirken wird. Der Deutsche Verein hält die hier vorgeschlagenen Änderungen sowie eine zukunftsweisend breite Ausgestaltung der Finanzierungsbasis der GKV für dringend erforderlich, um zur Erreichung der einleitend zitierten Sozialschutzziele beizutragen, den gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsleistungen zu gewähren und die gesundheitliche Teilhabe zu verwirklichen bzw. zu verbessern.