



Die Beauftragte der Bundesregierung
für die Belange der
Patientinnen und Patienten

Helga Kühn-Mengel

Mitglied des Deutschen Bundestages

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin

POSTANSCHRIFT 11055 Berlin

TEL +49 (0)30 18 441-3420

FAX +49 (0)30 18 441-3422

E-MAIL patientenbeauftragte@bmg.bund.de

Berlin, 16. November 2006

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV
(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, GKV-WSG)

Wie bereits angekündigt, möchte ich zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, GKV-WSG) auch schriftlich Stellung nehmen.

Für Patientinnen und Patienten zählt vor allem die Frage, ob die geplanten Maßnahmen die **gesundheitliche Versorgung auch in Zukunft sichern und verbessern**. Ein wichtiger Aspekt ist, dass jeder und jede einzelne die dem jeweiligen medizinischen Bedarf entsprechende Versorgung erhält. Dabei müssen auch geschlechtsspezifische Aspekte und die Bedürfnisse von Kindern Berücksichtigung finden.

Der Gesetzentwurf sollte außerdem dem Ziel des Koalitionsvertrags entsprechen: "Den begonnenen Weg zu einer **stärkeren Patientenpartizipation** setzen wir mit dem Ziel fort, die Informations- und Beteiligungsrechte der Patientinnen und Patienten auszubauen und die Transparenz zu erhöhen."

Vor dem Hintergrund zahlreicher Gespräche mit Patientinnen, Patienten und Verbänden begrüße ich die folgenden Regelungen des Gesetzentwurfs:

Versicherungsschutz für alle

Nicht über den Schutz einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung zu verfügen, stellt für Patientinnen und Patienten eine große Belastung dar. Ich begrüße daher, dass Nicht-Versicherte eine **Rückkehrmöglichkeit** in ihre letzte Versicherung erhalten. Dass zudem die private Krankenversicherung einen Basistarif mit Kontrahierungszwang zu bezahlbaren Prämien anbieten muss, wird die Lage vieler Patientinnen und Patienten entscheidend verbessern.

Fristsetzung für die Beschlussfassung des Gemeinsamen Bundesausschusses

Für Patientinnen und Patienten ist im Rahmen der Krankenversicherung entscheidend, dass sie **Zugang zu allen medizinisch notwendigen Leistungen unter Einbeziehung medizinischen evidenzbasierten Fortschritts** haben. Entscheidungen über die Aufnahme einer Leistung in den Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung müssen zeitnah getroffen werden. Ich befürworte deshalb ausdrücklich die Fristsetzung für die Beschlussfassung des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Ausweitung der Leistungsrechte der Versicherten

Positiv bewerte ich auch die Ausweitung der Leistungsrechte der Versicherten in den Bereichen der **häuslichen Krankenpflege**, empfohlener **Schutzimpfungen** und **Mutter-/Vater-Kind-Kuren** sowie der **ambulanten Palliativversorgung** und der **geriatrischen Rehabilitation**. Von der geriatrischen Rehabilitation erwarte ich dabei insbesondere eine Verbesserung der Rehabilitation psychisch kranker alter Menschen und Demenzkranker (gerontopsychiatrische Rehabilitation). Mit diesen Maßnahmen werden Versorgungslücken in wichtigen Bereichen geschlossen.

Maßnahmen zur Überwindung von Schnittstellenproblemen

Der Sechs-Länder-Vergleich des Commonwealth Fund (CWF) hat neben positiven Aspekten unter anderem Handlungsbedarf bei der Überwindung der starren Sektoren aufgezeigt. Vor allem das Entlassungsmanagement deutscher Kliniken wurde kritisiert: Nur 39 % der deutschen Patienten wurden vor der Entlassung darüber aufgeklärt, auf welche Symptome sie nach der Entlassung besonders achten sollen, erhielten einen Termin für eine Anschlussbehandlung und bekamen einen Ansprechpartner benannt. Diese Zahlen decken sich mit den Erfahrungen meiner Geschäftsstelle.

Für die Patientinnen und Patienten bedeuten Schnittstellenprobleme nicht nur unangenehme Wartezeiten, sondern häufig auch gesundheitliche Risiken. Daher begrüße ich die im Gesetz verankerte Pflicht der Leistungserbringer, eine **sachgerechte Anschlussver-**

sorgung zu gewährleisten. Sie wird sich vor allem im stationären Sektor positiv auswirken.

Integrierte Versorgung

Aus dem gleichen Grund halte ich es auch für richtig, dass durch die Verlängerung der **Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung** bis zum Inkrafttreten eines neuen Vergütungssystems sichergestellt wird, dass diese wichtige Versorgungsform flächendeckend ausgebaut und verbessert werden kann. Dabei sollte im Gesetz aber auch verankert werden, dass die Angebote der integrierten Versorgung für bestimmte Patientengruppen, z. B. für **Kinder und psychisch erkrankte Menschen**, zur Verfügung stehen sollen.

Selbsthilfeförderung

Ich begrüße schließlich die Neufassung der Regelung zur Förderung der Selbsthilfe. Die Unterstützung durch Selbsthilfegruppen stellt für Patientinnen und Patienten einen wichtigen Faktor bei der Krankheitsbewältigung dar. Die Klarstellung, dass die Förderung sich auf **alle Ebenen der Selbsthilfearbeit** erstreckt, und die **Übertragung der nicht verausgabten Fördermittel auf das Folgejahr** stellen hier wichtige Verbesserungen dar.

Im Einzelnen möchte ich auch auf folgende Punkte hinweisen, die ich **kritisch sehe**:

Chronikerregelung, § 62 SGB V

Die Chronikerregelung ist in dem Gesetzentwurf beibehalten worden. Das ist zu begrüßen, da eine finanzielle Überforderung chronisch kranker Menschen unbedingt verhindert werden muss. **Die Bindung der Chronikerregelung an therapiegerechtes Verhalten lehne ich jedoch ab.**

Selbstverständlich tragen auch die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung Verantwortung für ihre Gesundheit und sollten diese nach Kräften erhalten und wiederherstellen. Die im Entwurf enthaltene Regelung läuft aber der bisherigen Absicht der Politik zuwider, **Patienten und Ärzte auf mehr Augenhöhe** zu bringen.

Gerade das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Projekt "**Der Patient als Partner**" hat eindrucksvoll gezeigt, wie wichtig und gesundheitsfördernd es ist, dass Patientinnen und Patienten in den Entscheidungsprozess über ihre Behandlung einbezogen sind.

Der Sechs-Länder-Vergleich des Commonwealth Fund (CWF) hat die Kommunikation zwischen Arzt und Patient als eine der Schwachstellen im deutschen Gesundheitswesen beschrieben: 61 % der Befragten gibt an, dass ihr Arzt sie nicht immer über Behandlungsalternativen aufklärt und nach ihrer Meinung befragt; in 46 % der Fälle werden Behandlungsziele selten oder nie erklärt. 42 % der Patientinnen und Patienten vermissen klare Informationen, auf welche möglichen Warnsymptome sie achten sollen.

Eine Malus-Regelung halte ich grundsätzlich, vor allem aber vor dem Hintergrund der oben dargestellten Informationsdefizite, nicht für zielführend.

Das gleiche gilt für die Bindung der Chronikerregelung an die **Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen. Auch diese lehne ich ab.**

Leider nutzen nur etwa jeder fünfte Mann und jede zweite Frau in Deutschland die Angebote der gesetzlichen **Krebsfrüherkennungsuntersuchungen**. Dies belegt die Auswertung des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung Deutschlands. Im Jahr 2004 nahmen demnach 18,3 % der Männer und 46,8 % der Frauen die gesetzlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Anspruch.

Ich bin der Meinung, dass sich aus diesen Zahlen ein Handlungsbedarf ergibt. Bisher ist es nicht gelungen, die Versicherten zur stärkeren Teilnahme an Früherkennungsprogrammen zu motivieren. Ich unterstütze deshalb die Zielsetzung der Regelung, die Teilnehmerate zu erhöhen.

Die im Gesetzentwurf vorgelegte Regelung, nach der nur jene von der reduzierten Belastungsgrenze profitieren, "die vor ihrer Erkrankung regelmäßig die für sie relevanten, vom Gemeinsamen Bundesausschuss näher zu bestimmenden Vorsorguntersuchungen in Anspruch genommen haben" halte ich aber für den falschen Weg. Zielführender wären: **Information, gezielte Ansprache von Risikogruppen, Kampagnen, Einladesysteme, aufsuchende Prävention und eine Lösung, die die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen** belohnt. Dies würde den seit 1998 begonnenen Weg der Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung, der Setting-Ansätze und der Stärkung der Patientenbeteiligung fortsetzen.

Solange das System der gesetzlichen Krankenversicherung seine "Bringschuld" in den Bereichen Prävention und Information noch nicht erfüllt hat, dürfen die Patientinnen und Patienten nicht einseitig belastet werden.

Kassenindividueller Zusatzbeitrag, § 242 SGB V

Der Entwurf eröffnet die Möglichkeit, einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag zu erheben. Um Versicherte mit geringem Einkommen nicht unzumutbar zu belasten, ist der Zusatzbeitrag auf 1 % des beitragspflichtigen Einkommens begrenzt. Das gilt jedoch dann nicht, wenn der Zusatzbeitrag bis zu maximal 8 € beträgt. Denn bis zu dieser Grenze ist keine Einkommensprüfung vorgesehen. Die Regelung ist mit Nachdruck abzulehnen.

Der Beitrag würde nicht nur eine **erhebliche Zusatzbelastung für Patientinnen und Patienten mit geringem Einkommen** mit sich bringen. Bei chronisch Kranken und auch Menschen mit Behinderungen führen bereits die jetzt geltenden Regelungen z.T. zu einer **Anhäufung der Belastungen** in Form von Zuzahlungen, Aufzahlungen über Festbeträge und Eigenleistungen wie z. B. für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel. Für diese Personengruppe wird der Zusatzbeitrag eine besondere Härte darstellen.

Der Verzicht auf eine Einkommensprüfung bei einem Zusatzbeitrag von bis zu 8 € läuft zudem dem **Solidargedanken** zuwider. Er führt bei Versicherten mit einem beitragspflichtigen Einkommen unter 800 € zu einer Belastung über die 1 %-Grenze hinaus. Das ist vor dem Hintergrund, dass besonders für die Absicherung des Risikos Krankheit gelten muss: "breite Schultern müssen mehr und schwache weniger tragen" nicht haltbar.

Darüber hinaus ist bereits jetzt absehbar, dass die mit dem Zusatzbeitrag intendierte **Wettbewerbsorientierung der Kassenlandschaft nicht funktionieren kann**. Das künftige Leistungsgeschehen wird verstärkt durch Einzelverträge zwischen gesetzlichen Krankenkassen und Leistungserbringern gekennzeichnet sein. Der Wettbewerb der Krankenkassen soll also nicht mehr allein über den Beitragssatz sondern auch über das Leistungsangebot erfolgen. Dies wird viele chronisch kranke Menschen vor die Problematik stellen, dass mit einem Wechsel von einer Kasse zur anderen auch der Zugang zu bestimmten Leistungserbringern verhindert wird. Letztendlich werden viele chronisch kranke Menschen daher nicht einfach aufgrund unterschiedlicher Zusatzbeiträge die Krankenkasse wechseln können oder wollen, sondern sich auch am Leistungsangebot bei der Auswahl der Kasse orientieren müssen.

Patientenbeteiligung

Im **Koalitionsvertrag** wurde die **Stärkung der Patientenpartizipation** vereinbart. Durch die im Entwurf vorgelegten Regelungen könnte aber im Gegenteil das zwischen den Mitgliedern des Gemeinsamen Bundesausschusses und den Patientenvertretern ohnehin bestehende **Verhandlungsungleichgewicht** verstärkt werden.

Die geplante **Reduzierung der Zahl der Vertreter** wird es den Patienten- und Selbsthilfeorganisationen durch den noch einmal erhöhten Aufwand erheblich erschweren, die Patientenbelange angemessen zu repräsentieren. Ich befürchte überdies, dass mit der Umsetzung der geplanten Regelungen eine **Abnahme der inhaltlichen Diskussion** in den Gremien verbunden sein wird, dass auch insofern also die Möglichkeiten der Patientenvertreterinnen und -vertreter, ihre Argumente einzubringen, vermindert wären.

Der den Regelungen des Entwurfs zugrunde liegende Wunsch, die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschuss zu straffen und transparenter zu gestalten, ist berechtigt. Dies darf jedoch nicht auf Kosten der Qualität der Beschlussfassung gehen. Es sollte daher dem Verhandlungsungleichgewicht durch die Einrichtung einer **Stabsstelle für die Patientenvertreter** beim Gemeinsamen Bundesausschuss gegengesteuert werden.

Die im Gemeinsamen Bundesausschuss vertretenen Patientenorganisationen leisten die Vertretung der Patientenbelange in diesem für die Leistungsansprüche der Versicherten überaus wichtigen Gremium seit fast drei Jahren mit ganz **erheblichem zeitlichem und sachlichem Aufwand**. Ihre Arbeit dort hat sich bewährt.

Die im Verhältnis zu den Mitgliedern des Gemeinsamen Bundesausschuss **unzureichenden Ressourcen** stellen für sie jedoch immer wieder ein Hindernis dar. Mit der im Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vorgesehenen Aufwandsentschädigung wurde bereits ein wichtiger Schritt getan, um für einen Ausgleich zu sorgen. Eine **eigenständige Stabsstelle** ist der nächste notwendige Punkt. Mit ihr wäre eine Professionalisierung und damit eine Stärkung der Patientenbeteiligung verbunden. Eine Finanzierung aus Mitteln des Gemeinsamen Bundesausschusses wäre zu begrüßen.

Ich möchte auch erneut darauf hinweisen, dass die **Beteiligung der Patienten** in weiteren wichtigen **versorgungsrelevanten Bereichen auf Bundes- wie auf Landesebene** noch aussteht. Als Beispiele sind Strukturverträge und Verträge zur integrierten Versorgung oder zur Umsetzung von DMPs zu nennen. Auch im gesamten Bereich der Qualitätssicherung können die Erfahrungen der Patienten nutzbar gemacht werden.

Transparenz / Information der Versicherten, § 13 SGB V

Den Versicherten werden im Rahmen der Reform **erweiterte Tarifwahlrechte** zugestanden. Ich halte es für problematisch, dass den Wahlmöglichkeiten keine entsprechenden ausdrücklichen **Beratungspflichten** gegenüberstehen.

Unzweifelhaft ist die Souveränität der Patientinnen und Patienten in den letzten Jahren durch die von der Politik installierten Instrumente gestärkt worden. Meine Erfahrung ist aber auch, dass die Informationsdefizite immer noch erheblich sind. Das bezieht sich nicht nur auf **bildungsferne Bevölkerungsgruppen**. Und auf Seiten der Leistungserbringer fehlen häufig die Fähigkeit oder Bereitschaft zur umfassenden Beratung, so dass kompetente und souveräne Entscheidungen nicht immer möglich sind.

Hier sehe ich die **Krankenkassen** in der Pflicht. Das gilt ganz besonders vor dem Hintergrund der im Entwurf vorgesehenen Möglichkeiten zu einer weiteren Differenzierung des Leistungsangebots verschiedener Kassen. Angesichts dieser Situation halte ich auch die **Aufhebung der Informationspflicht der Krankenkassen bei der Wahl der Kostenerstattung** statt der Sachleistung (§ 13 SGB V) für ein Signal in die falsche Richtung und nicht tragbar.

Darüber hinaus ist ein weiterer **Ausbau der Transparenz** angezeigt. So würde zum Beispiel eine Veröffentlichung der Verträge über eine integrierte Versorgung die Möglichkeiten der Patientinnen und Patienten, von dieser Versorgungsform Gebrauch zu machen, deutlich verbessern.

Steuerung der Hilfsmittelversorgung

Der Entwurf sieht vor, die Hilfsmittelversorgung stärker über Ausschreibungen, Festbeträge und Einzelvereinbarungen von Krankenkassen mit Erbringern zu steuern (§§ 33, 36, 127 SGB V).

Für Patientinnen und Patienten ist vor allem wichtig, dass die Festbeträge im Hilfsmittelbereich so ausgestaltet sind, dass die **Hilfsmittel zum Festbetrag tatsächlich erhältlich** sind. Erforderlich sind hier vor allem eine Verbesserung der **Patientenbeteiligung** und eine hinreichende **Berücksichtigung von Anpassungs- und Beratungsleistungen** sowie eine Erhöhung der Transparenz.

Demgegenüber sieht der Gesetzentwurf eine verstärkte Ausschreibung von Hilfsmitteln vor. Es ist zu befürchten, dass bei solchen Ausschreibungen die individuelle Beratung und Anpassung der Hilfsmittel noch mehr in den Hintergrund treten, als dies bereits jetzt leider der Fall ist.

Weiterhin ist anzunehmen, dass lediglich die reine Lieferung des Gegenstandes in die Kalkulation der Ausschreibungsbeteiligten Eingang findet, und dass letztendlich ein Anbieter das Rennen macht, der gar nicht in der Lage ist, vor Ort eine angemessene Anpassung und Beratung bzw. Reparatur des Hilfsmittels vorzunehmen. Unklar ist ferner, wie sich die Hilfsmittelversorgung in Einrichtungen im Kontext der geplanten Neuregelungen darstellen wird.

Im Gesetzentwurf ist ferner vorgesehen, die vertraglichen Preisvereinbarungen für Heil- und Hilfsmittel umzugestalten. Auch hier ist zu befürchten, dass die Einführung von Einzelverträgen letztendlich zu einer Erhöhung der finanziellen Belastungen der Versicherten und zu einer Einschränkung der freien Wahl des Therapeuten bzw. des Hilfsmittels führen werden.

Leistungseinschränkung bei Krankheit infolge medizinisch nicht indizierter Maßnahmen, § 52 Absatz 2 SGB V

Der Entwurf sieht die Möglichkeit der Leistungseinschränkung bei Krankheiten, die durch medizinisch nicht indizierte Maßnahmen verursacht wurden, vor. Er führt damit – in einem zugegebenermaßen noch begrenzten Bereich – eine Form des **Verschuldensprinzips** ein. Ich bin der Auffassung, dass es in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zu einem Paradigmenwechsel in diese Richtung kommen darf.

Fraglos muss die Verantwortung der Versicherten für die eigene Gesundheit und auch in Bezug auf die Belastbarkeit der Solidargemeinschaft gestärkt werden. Das gilt für den Bereich der Prävention ebenso wie für die in der Regelung erfassten medizinisch nicht indizierten Maßnahmen wie Schönheitsoperationen. **Der richtige Weg: Information, Aufklärung und Belohnung für gesundheitsbewusstes Verhalten.**

Ich lehne daher den Ausschluss bzw. die Begrenzung von Leistungsansprüchen, wenn der Grund für eine Erkrankung durch eine nicht indizierte Maßnahme gesetzt wurde, ab.

Neuordnung der Vergütung in der ambulanten Versorgung, §§ 85 a ff. SGB V

Ich befürworte die Neuordnung der Vergütung in der ambulanten Versorgung. Mit der Abkehr von Budgets und floatenden Punktwerten wird für die Ärzte weitgehende **Kalkulations-sicherheit** geschaffen. Das wird der Versorgung der Patientinnen und Patienten zugute kommen.

Damit die von Pauschalvergütungen geprägte Honorarsystematik aber nicht einzelne Arzt- und damit auch einzelne Patientengruppen benachteiligt, wird aber darauf zu achten sein, dass Möglichkeiten vorgesehen werden, die im Einzelfall notwendigen Leistungen auch gerecht über **Einzelleistungsvergütungen und Honorarzuschläge** zu vergüten.

Darüber hinaus halte ich den Wegfall der Bestimmung, dass der Verteilungsmaßstab Regelungen enthalten muss, die eine angemessene Vergütung **psychotherapeutischer Leistungen je Zeiteinheit** gewährleisten, für nicht sachgerecht. Psychotherapeutische Leistungen unterscheiden sich strukturell von den überwiegenden ärztlichen Leistungen und lassen sich daher über das für diese ärztlichen Leistungen geltende Vergütungssystem nicht angemessen abbilden. Dieser Besonderheit muss auch gesetzlich Rechnung getragen werden.

Aufhebung der Beteiligung der Psych-PV-Kliniken am allgemeinen Sanierungsbeitrag, § 14 Abs 7 Bundespflegesatzverordnung

Psychische Erkrankungen einschließlich der Suchterkrankungen nehmen eine immer größer werdende Bedeutung im Gesundheitswesen ein. Die Beeinträchtigung der Lebensqualität für die betroffenen Personen ist ebenso hoch wie die beispielsweise durch Frühverrentungen oder Arbeitsunfähigkeitstage verursachten Folgekosten.

Gleichzeitig sind aber die durch die Behandlung in Psych-PV-Kliniken unmittelbaren Kosten in der Vergangenheit – im Gegensatz zu anderen Bereichen der stationären Versorgung – nicht angestiegen. Die Zahl der Pfl egetage und Pfl egebetten hat sich trotz gesteigerter Fallzahlen kontinuierlich vermindert.

Hierdurch werden schon jetzt in den Psych-PV-Kliniken Probleme bei der Aufrechterhaltung der notwendigen Behandlungsqualität verursacht. Denn Rationalisierungen sind in einem Bereich, in dem die therapeutische Zeit das entscheidende Behandlungsmedium ist, nur schwer zu erzielen. Eine Beteiligung der Psych-PV-Kliniken an dem Sanierungsbeitrag würde die Behandlungsqualität ernsthaft in Frage stellen. Sie sollte daher aus dem Entwurf gestrichen werden.