



Verband der
Krankenversicherten
Deutschlands e.V.

Postanschrift

VKVD
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.

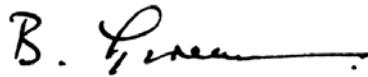
6. Gesetzestexte:

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