

(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0248(59)
vom 21.06.03

15. Wahlperiode

Stellungnahme des Weibernetz e.V.

zum Entwurf des Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems
(GMG)
vom 02.06.03

Das Projekt "Politische Interessenvertretung behinderter Frauen" des Weibernetz e.V. begrüßt das mit dem Gesetzesentwurf verbundene Ziel, die Qualität der Gesundheitsversorgung nachhaltig zu verbessern, überkommene Strukturen aufzubrechen und einen gleichen Leistungsanspruch für alle zu gewährleisten. Wir sehen jedoch erhebliche Mängel bezüglich der künftigen Versorgung behinderter und chronisch kranker Menschen, insbesondere von Frauen.

Grundsätzlich ist die inzwischen anerkannten Tatsache zu berücksichtigen, dass Frauen nicht nur anders krank werden, sondern Medikamente bei Ihnen auch anders wirken. Die **Nebenwirkungsrate** bei 20 – 39-jährigen Frauen ist z.B. doppelt so hoch wie bei Männern gleichen Alters. Daher ist es wichtig, dass Medikamente bei beiden Geschlechtern erprobt sein müssen, bevor sie zugelassen werden.

Bei **Frauen** mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen kommt das Problem der **unerforschten Wechselwirkungen** hinzu. Wie z.B. spezielle Medikamente bei chronischen Erkrankungen oder Behinderungen und der Pille oder deren Einfluss bzw. Wechselwirkungen in Bezug auf eine Schwangerschaft wirken, sind nach wie vor völlig ungenügend erforscht.

Entsprechend müssen wissenschaftliche Erkenntnisse und Qualitätssicherungsmaßnahmen **geschlechtsspezifisch** orientiert sein.

Darüber hinaus weisen wir gerade mit Bezug auf das **Bonussystem** oder auf Versorgungsverträge mit Leistungserbringern darauf hin, dass z.B. viele Praxen paradoxerweise gerade für Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen auf Grund von z.B. räumlichen oder kommunikativen Barrieren nicht nutzbar sind. Ergänzend zu dem bestehenden Entwurf ist eine gesetzliche Vorgabe

Politische Interessenvertretung • Öffentlichkeitsarbeit • Koordination • Information

Weibernetz e.V.

Kölnische Str. 99, 34119 Kassel, Tel.: 0561/72885-84, Fax: 0561/72885-53
E-Mail: weibernetz@aol.com

zu einer **barrierefreien Gestaltung** sämtlicher Angebote im Gesundheitssektor wichtig.

Als positiv bewerten wir die Ansätze, **PatientInnen** sowie **Interessenvertretungen behinderter Menschen** als auch die **Selbsthilfe** stärker als bisher als aktive Verhandlungspartner in das Gesundheitssystem einzubinden sowie ein **Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin** zu errichten.

Es reicht jedoch nicht aus, einen **Patientenbeauftragten** zu benennen und das Recht partieller Stellungnahmen von Interessenvertretungen einzuräumen. Notwendig wäre vielmehr die Einrichtung einer **"dritten Bank"** im Gesundheitswesen.

Gerade im Bezug auf den erklärten Willen, das Recht von Patientinnen und Patienten zu stärken sowie die Aussage, dass das Solidarprinzip nicht geopfert werden soll, bewerten wir einige Punkte für Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen und hier zum Teil im Besonderen für Frauen als inakzeptabel. Im Einzelnen bewerten wir Teile des GMG wie folgt:

Artikel 1 Nr. 26, in Kombination mit Nr. 8 b) und 24 Hausarztssystem

Fachärztinnen und Fachärzte verfügen über das zum Teil benötigte Spezialwissen und sind als zuständige Experten und Expertinnen nicht selten mit chronisch kranken oder behinderten Menschen in intensiverem/häufigerem Kontakt als Hausärztinnen oder Hausärzte.

In Bezug auf chronisch kranke oder behinderte Menschen muss diese „Lotsenfunktion“ auch durch Fachärztinnen und Fachärzte wahrgenommen werden können.

Dementsprechend müssen Artikel 1 Nr. 8 b) (Praxisgebühr) und Nr. 24 (Bonus für Versicherte) modifiziert werden.

Artikel 1 Nr. 13

Nicht verschreibungspflichtige Medikamente

Bei einem Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel von der Versorgung besteht die Gefahr, dass sie gerade von Menschen, die sie auf Grund einer chronischen Erkrankung oder einer Behinderung häufiger einnehmen, nicht mehr gekauft werden. Gerade Frauen mit Behinderung oder chronischer Erkrankung, die im Durchschnitt häufiger arbeitslos bzw. nicht erwerbstätig sind und die häufiger von Armut bedroht sind, sind von einer solchen Regelung stärker betroffen.

Die Versorgung mit einem Medikament darf sich nicht an der Verschreibungspflicht orientieren, da diese unter anderem durch Faktoren wie Wirkstärke, die Packungsgröße, die Neuheit einzelner Bestandteile bestimmt wird.

Vielmehr muss die Wirksamkeit des Medikaments im Vordergrund der Versorgung stehen.

Artikel 1 Nr. 43

Fallpauschalen

Fallpauschalen, die eingeführt werden sollen, um ein verbindliches Vergütungssystem zu schaffen, berücksichtigen derzeit nicht die Tatsache, dass es individuelle Unterschiede im Genesungsprozess gibt und dass gerade auch chronische Erkrankungen oder Behinderungen zu einem Mehraufwand oder einer zeitlichen Verzögerung führen können. Sofern diese Umstände per Gesetzesvorgabe keine Berücksichtigung finden, können daraus drastische gesundheitliche Auswirkungen für die Betroffenen resultieren. Dies kann nicht im Sinne eines modernisierten Gesundheitssystems sein.

Darüber hinaus geben wir zu bedenken, dass auch die Versorgungslage im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt nicht unberücksichtigt bleiben darf, wobei sich auch hier die Situation für Frauen und Männer zum Teil unterschiedlich darstellen kann. So sind Frauen mit Familienpflichten in der Regel gleich wieder in die Haushaltsführung und die Kindererziehung eingespannt. Darüber hinaus ist gerade bei einer frühzeitigen Krankenhauserlassung auf Grund der Orientierung an einer Fallpauschale und nicht an den tatsächlichen Verhältnissen zu klären, ob und wie die Pflege im Anschluss zu Hause gewährleistet werden kann.

Der Behandlungs- und Hilfebedarf von chronisch kranken oder behinderten Menschen sowie die spezifische Situation nach der Entlassung aus dem Krankenhaus müssen in die Fallpauschalenregelung als zu berücksichtigende Faktoren aufgenommen werden.

Artikel 1 Nr. 11

Heilmittel

Die bisherigen Erfahrungen im Bereich der Verträge von Krankenkassen mit z.B. Sanitätshäusern lassen den Rückschluss zu, dass bei Versorgungsverträgen mit Heilmittelerbringern die vorrangige Orientierung ebenfalls am möglichst niedrigen Preis und nicht in erster Linie an der Qualität oder der bedarfsgerechten Versorgung mit Heilmitteln erfolgen wird. Im Unterschied zu der Gesetzesbegründung sehen wir die Wahlfreiheit für alle Versicherten dann nicht mehr gewährleistet, wenn die freie Wahl mit Mehrkosten verbunden ist. Wahlfreiheit wird in diesem Moment zu einer Frage der individuellen finanziellen Lage. Hier sind ganz generell Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen und im speziellen wiederum Frauen mit Behinderungen in besonderem Maße benachteiligt. Bei Leistungen mit engem Körperkontakt muss die Wahlfreiheit in Bezug auf das Geschlecht der LeistungserbringerInnen oder in Bezug auf "Vertrauen" gerade für Frauen gegeben sein.

Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern müssen in erster Linie bedarfsgerechte Leistungen zum Gegenstand haben. Darüber hinaus muss die Wahlfreiheit der Versicherten unabhängig von deren finanzieller Situation gewährleistet sein.

Artikel 1 Nr. 16

Hilfsmittel

Für das Vorschlagsrecht der Kassen gilt das bezüglich der Heilmittel Gesagte. Darüber hinaus sehen wir die Chancen weniger in einer weiteren Vereinheitlichung bestehender Reglementierung als vielmehr in einer Öffnung des Marktes. Der Verkauf und die Wartung von Hilfsmittel sollte nicht mehr, wie bisher, durch die Erstattungspraxis der Kassen auf spezialisierte und oftmals übertriebene Fachgeschäfte beschränkt bleiben. Zum Beispiel ist die Reparatur eines Rollstuhls in einem Fahrradgeschäft wesentlich günstiger als in einem Sanitätshaus.

Im Sinne der Wahlfreiheit der Versicherten als auch des Wettbewerbs müssen der Erwerb und die Kostenübernahme bedarfsgerechter Hilfsmittel unabhängig von der Art des anbietenden Geschäftes möglich sein.

Artikel 1, Nr. 21 bb)

Transportleistungen sowie Fahrtkostenübernahme

Bei einer Übernahme von Transportleistungen durch Vertragspartner der Kassen muss gewährleistet sein, dass sich die Leistungserbringer am Bedarf der Versicherten und nicht an ihren eigenen Gegebenheiten und Kapazitäten orientieren. Die gesetzlich verankerte Hinzuziehung von Haushalts- oder Familienangehörigen zu Fahrdiensten steht gerade für Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen, die diese Fahrdienste häufiger benötigen, im Gegensatz zu den auch politisch gewollten Bestrebungen nach Selbstbestimmung. Sie macht die Betroffenen wiederum verstärkt von der Unterstützung durch Bekannte oder Familienangehörige abhängig.

Die Transportleistungen müssen bedarfsgerecht und kundInnenorientiert sein. Die Rückgriffsmöglichkeit der Kassen auf Haushalts- oder Familienangehörige ist zu streichen.

Artikel 1 Nr. 22

Härtefallregelung

Menschen mit chronischen Erkrankungen, insbesondere aber mit bestimmten Behinderungen wie z.B. Mobilitätseinschränkungen oder Kommunikationsproblemen sind heute immer noch aufgrund von Barrieren bei der Wahl und dem Besuch von Ärztinnen und Ärzten eingeschränkt. Inwieweit sie unter diesen Bedingungen an dem Hausarztssystem, einem strukturierten Behandlungsprogramm oder einen integrierten Versorgung teilnehmen können, bleibt erst einmal abzuwarten.

Solange die Praxis nicht gezeigt hat, dass die neu eingeführten Bonusregelungen von allen gleichermaßen genutzt werden können, muss die Härtefallregelung erhalten bleiben.

Kassel, den 20.06.03

Brigitte Faber
Projektkoordinatorin