

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0248(93)
vom 27.06.03

15. Wahlperiode**

Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung

- zum "Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems", Bundestagsdrucksache 15/1170
- zu Anträgen von Abgeordneten sowie der Fraktion der CDU/CSU, Bundestagsdrucksache 15/1174
- zu Anträgen von Abgeordneten sowie der Fraktion der FDP, Bundestagsdrucksache 15/1175

Stellungnahme zum Thema

Stärkung der Patientensouveränität und Ausbau von Rechten, Wahl- und Einflussmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten, Prävention und Selbsthilfe, Verbesserung der Transparenz auf allen Ebenen und Einführung von Patientenquittungen sowie der elektronischen Gesundheitskarte, Datensammlungen, Datenschutz, verstärkte Bekämpfung des Missbrauchs und der Korruption im Gesundheitswesen

1. Stärkung der Patientensouveränität

Patientensouveränität und der Ausbau von Rechten, Wahl- und Einflussmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten ist sowohl im Verhältnis des einzelnen Patienten zu seinem Arzt/Behandler als auch im Verhältnis der Patienten/Versicherten zu den Kostenträgern und anderen Akteuren des Gesundheitswesens dringend erforderlich. Für das Verhältnis zum Arzt/Behandler ist Voraussetzung, dass dem Patienten qualitativ hochwertige, für den medizinischen Laien aufbereitete und - vor allen Dingen - unabhängige Informationen zu seiner Erkrankung und deren Behandlung zur Verfügung stehen. Dieses wird umfassend von Patientenorganisationen gewährleistet, in denen durch Mitwirkung von ehrenamtlich arbeitenden Ärztlichen Beiräten und

Facharbeitsgruppen eine hohe und vor allen Dingen unabhängige Aufbereitung von Informationsmaterial möglich ist. In diesem Zusammenhang zu erwähnen sind auch die Konsensusempfehlungen der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft zur Behandlung der MS, die inzwischen als Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie offiziell übernommen wurden.

Hier wird von Patientenorganisationen zur Qualitätsverbesserung der Behandlung erheblich beigetragen.

Mit der Förderung von Modellprojekten zur Patienten- und Verbraucherberatung nach § 65 b SGB V wurde grundsätzlich ein richtiger Weg beschritten. Hinsichtlich der Fortdauer dieser Projekte ist jedoch zu gewährleisten, dass z. B. Patientenorganisationen bei der Zurverfügungstellung von Informationen eine ausreichende Finanzierung zur Verfügung haben.

Da es immer mehr Informationsportale sowie Serviceleistungen für chronisch Kranke z. B. von Seiten der Pharmaindustrie gibt, ist es wichtig, darauf zu achten, dass der direkte Zugang dieser Firmen zu Patienten im Bereich verschreibungspflichtiger Arzneimittel für werbliche Unternehmen nach wie vor gesetzlich festgelegt ist. Firmen setzen inzwischen vermehrt eigene Informationsdienste und Materialien zur "Kundenbindung" ein.

Auf diesem Wege ist jedoch eine unabhängige Patienteninformation zur Stärkung der Patientensouveränität nicht mehr gegeben.

2. Fachärztliche Versorgung

Die Krankenkassen sollen offensichtlich verpflichtet werden, ihren Versicherten das Hausarztssystem anzubieten. Die Teilnahme an diesem System ist für Patientinnen und Patienten freiwillig, jedoch soll zur Stärkung dieser hausärztlichen Versorgung die vorrangige Inanspruchnahme des Hausarztes durch die Einführung einer Praxisgebühr bei Facharztbesuchen ohne Überweisung des Hausarztes kanalisiert werden.

Hierzu gibt es erhebliche Bedenken, weil chronisch Erkrankte, wie z. B. MS-, Parkinson- und Rheumaerkrankte etc. auf die Versorgung durch den Facharzt angewiesen sind, da die Erkrankung an sich auf Grund ihrer Komplexität und der notwendigen medizinischen Vorkenntnisse einer fachärztlichen Versorgung bedarf.

3. Einflussmöglichkeiten von Patientinnen und Patienten

Hier wurden Beteiligungsrechte bei der Erstellung des Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin in den Bundesausschüssen vorgesehen.

Es bleibt jedoch abzuwarten, ob ein solches Zentrum in der Lage ist, insbesondere die Qualität in der Medizin zu gewährleisten. Ohne Beteiligung der Fachgesellschaften bzw. der in Patientenorganisationen mitarbeitenden

Ärzte und Therapeuten könnte die Alleinverantwortung für Leitlinien eines solchen Systems eher zu einer Qualitätsverschlechterung führen. Gute Beispiele hierfür sind das entsprechende Institut in England - insbesondere im Hinblick auf die medizinische Versorgung von chronisch Kranken.

Auch die Aufgabe der Bereitstellung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Verbesserung der Patienteninformation und Transparenz für die Patientinnen und Patienten sowie zur Beschleunigung der Implementierung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse in die medizinische Versorgung durch ein solches Institut muss kritisch gesehen werden, da zumindest der erste Teil dieser Aufgabe bereits von den Patientenorganisationen und Fachgesellschaften in Form der Verabschiedung von evidenzbasierten Leitlinien erfolgt und dazu genutzt werden könnte, um Qualität in der Versorgung relativ rasch, und vor allen Dingen kostengünstig, zu implementieren.

- Patientenbeauftragte/r / Anhörungsrechte

An den jeweiligen Stellen des GMG-Entwurfes heißt es, die oder der Beauftragte solle "auf die Beachtung der Belange der Patienten in allen relevanten gesellschaftlichen Bereichen hinwirken und die Weiterentwicklung der Patientenrechte fördern. Eine Möglichkeit zur Verbesserung der Patientenrechte (..) sei die Schaffung von Beteiligungsrechten an Entscheidungen im Gesundheitswesen". Hier stellt sich die Frage, ob es zum Erreichen dieser Ziele tatsächlich einer/eines Beauftragten bedarf oder ob nicht die gewonnene Erkenntnis einfach in die Tat umgesetzt und effektive Beteiligungsrechte an Entscheidungen im Gesundheitswesen geschaffen werden sollten.

Die an verschiedener Stelle vorgesehenen Anhörungsrechte für die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen der Patienten, behinderten Menschen und der Selbsthilfe stellen zweifelsohne einen Fortschritt dar. So soll beispielsweise der Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen bei Entscheidungen über seine Richtlinien die entsprechenden Stellungnahmen mit einbeziehen. Es ist aber zu bezweifeln, dass eine solch unverbindliche Formulierung tatsächlich schon zu einer spürbaren Stärkung der Patientenrechte führt. Im Hinblick darauf, dass die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen sich vielfach mehr selbst blockiert als verwaltet, wäre zu erwägen, die genannten auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen direkt in Selbstverwaltungsgremien einzubeziehen, soweit es um die Ausgestaltung des Leistungsumfangs der gesetzlichen Krankenversicherung geht. Wenigstens ist zu fordern, dass dort wo Anhörungsrechte gewährt werden, sich die Selbstverwaltungsgremien qualifiziert mit den Stellungnahmen der Patientenorganisationen auseinandersetzen und dies in ihren Entscheidungen dokumentieren. Besser wären Mitwirkungsrechte mit klarer Beschreibung.

- Wahlmöglichkeiten

Es wird immer wieder gefordert, den Pflichtleistungskatalog der

gesetzlichen Krankenversicherung auf einen "Kernbereich" zu konzentrieren und darüber hinaus gehende Leistungen als Wahlleistungen auszugestalten oder privat abzuschließen. Soweit ersichtlich, ist es aber bis jetzt nicht gelungen, zu identifizieren, was dieser "Kernbereich" eigentlich beinhalten soll. Ein Versuch der Festlegung, was nicht zu diesem Bereich zu rechnen sei, findet sich unter Nr. 5 der Forderungen im Antrag von Abgeordneten sowie der Fraktion der FDP (Bundestagsdrucks. 15/1175). Hier werden Kuren und Fahrtkosten genannt, die die gesetzlichen Krankenkassen als Wahlleistungen anbieten oder auch ersatzlos ausgliedern können sollen.

Dies würde sicher eine interessante Möglichkeit für Versicherte darstellen, die sich in guter gesundheitlicher Verfassung befinden und absehen können, dass dies auch künftig so bleiben wird. Nicht ganz so interessant wäre diese Möglichkeit für Versicherte mit einer fortschreitenden chronischen Erkrankung wie beispielsweise der multiplen Sklerose. In der Bundesrepublik gibt es übrigens circa 120.000 derartige Versicherte. Diese können beispielsweise auf Grund des Krankheitsfortschritts auf sich wiederholende stationäre Rehabilitationsmaßnahmen angewiesen sein. Muss ein Rollstuhl benutzt und können behinderungsbedingt keine Wege mit öffentlichen Verkehrsmitteln zurückgelegt werden, wird das Aufsuchen von Arzt und Krankengymnastikpraxis ohne Übernahme der Fahrtkosten zu einem schwer bis gar nicht lösbaeren Problem.

Damit wird die Schwierigkeit der so genannten "Wahlmöglichkeiten" deutlich. Bei den bislang kursierenden Modellen besteht die Möglichkeit der Wahl des Leistungsumfangs faktisch nur für gesunde Versicherte. Es widerspräche aber dem Prinzip der Solidarversicherung, wenn chronisch Kranke dadurch benachteiligt würden, dass Gestaltungsmöglichkeiten zum Umfang des Versicherungsschutzes mit entsprechender Auswirkung auf den Beitragssatz geschaffen würden, die aber tatsächlich nur gesunden Versicherten offen stehen. Dies gilt sinngemäß übrigens auch für die Ausgestaltung von Bonusmodellen. Weiterhin wird deutlich, dass eine einmal vermeintlich als sekundär abgewählte Leistung zu einem späteren Zeitpunkt essenzielle Bedeutung bekommen kann und daher vielleicht doch dem GKV-Kernbereich zuzurechnen ist.

In dem genannten Antrag findet sich an gleicher Stelle übrigens auch die Forderung, private Unfälle künftig auch privat abzuschließen. In diesem Zusammenhang muss auf ein grundsätzliches Problem hingewiesen werden: Die Ausgliederung von Leistungen aus Solidarversicherungen darf nicht dazu führen, dass chronisch Kranke oder Behinderte nachfolgend überhaupt keinen Versicherungsschutz mehr erhalten, weil sie keine Möglichkeit haben, das entsprechende Risiko privat abzuschließen und wenn, dann nur zu horrenden Beiträgen. Bei der genannten privaten Unfallversicherung ergeben sich mehrere Probleme. Wenn diese, wie in der privaten Versicherungswirtschaft üblich, risikoadäquat ausgestaltet ist, würden z. B. Gehbehinderte mit erheblichen Zuschlägen rechnen müssen. Weiterhin dürfte die Differenzierung zwischen Unfall- und Krankheitsfolgen erhebliche Schwierigkeiten bereiten. Die Bedingungen der derzeitigen privaten Unfallversicherungen sehen einen generellen Leistungsausschluss

für Schadensfälle vor, wenn der Versicherte pflegebedürftig geworden ist.

- **Offizielle Beteiligungen von Patientinnen und Patienten**

Patientenorganisationen sollten offizielle Mitwirkungsbefugnisse in den Gremien der Selbstverwaltung und im Bundesausschuss erhalten, um zu gewährleisten, dass international anerkannte Standards in der Therapie und Diagnostik schnellstmöglichst umgesetzt werden können.

4. Patientenquittungen

Im Hinblick auf eine verantwortungsvolle Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sind entsprechende Quittungen sicherlich dazu geeignet, ein Bewusstsein für den wirtschaftlichen Wert der durch das Gesundheitssystem zur Verfügung gestellten Leistungen zu schaffen. Angesichts des damit verbundenen administrativen Aufwands ist zu bedenken, dass nach den Ergebnissen bisheriger Modellprojekte das Interesse an der Patientenquittung im Laufe der Zeit nachzulassen scheint.

Hinsichtlich der erstrebten Förderung der Transparenz dürfte bei einer Vergütung der Leistungen durch Fallpauschalen zunächst im stationären und - wie im GMG geplant - künftig auch im ambulanten Bereich der Patientenquittung allerdings ein eher begrenzter Wert zukommen.

5. Elektronische Gesundheitskarte

Durch die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte soll auch die Patientensouveränität gestärkt werden. Dies kann aber nur dann gelingen, wenn der Patient "Herr seiner Daten" bleibt, was als Mindestvoraussetzung die Kenntnis der auf der Karte gespeicherten Informationen bedingt. In § 291a Abs. 4, S. 6 SGB V-E wird dem Versicherten das Recht eingeräumt, die auf der oder durch die Gesundheitskarte gespeicherten Daten einzusehen. Es bleibt aber offen, wie die Einsichtnahme der möglicherweise recht umfangreichen Informationen, zu der immer auch ein elektronischer Heilberufsausweis erforderlich ist, im Alltag einer Arztpraxis oder Apotheke gewährleistet werden soll.

Die elektronische Gesundheitskarte befördert den Krankenschein, die Überweisung, das Rezept, den Notfallausweis, gegebenenfalls auch die Patientenakte in die Technik des Informationszeitalters. Es sollte aber auch darauf hingewiesen werden, dass hiermit Gefahren verbunden sind.

Da auf der Karte auch vom Versicherten bereitgestellte Informationen, wie z. B. der Hinweis auf eine Patientenverfügung, gespeichert werden können, sollte unbedingt gewährleistet werden, dass der Patient die Einsicht in seine Daten gegebenenfalls auch nur selektiv ermöglichen kann (z. B. bei

Zahnarztbehandlungen, etc).

6. Datensammlungen

Interessant wäre insbesondere im Hinblick auf Chroniker- und Disease-Managementprogramme die Möglichkeit, dass auf der elektronischen Gesundheitskarte anhand der Patientenakte auch eine entsprechende, abzustimmende Datensammlung erfolgen könnte, die gegebenenfalls vom Patienten für die Zusammenfassung in Registern über einzelne chronische Erkrankungen anonymisiert freigegeben werden könnte.

Hierzu hat z. B. die Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft bereits in einem Modellversuch seit 2001 ein deutschlandweites MS-Register mit über 3.000 Daten von Patienten erhoben, um langfristig Kenntnisse über Verläufe der Erkrankung, Wirkungsweise von Behandlungen und epidemiologischen Zusammenhänge klar analysieren zu können.

Solche Datensammlungen müssten unbedingt von unabhängigen Organisationen (z. B. Patientenorganisationen) koordiniert werden, so dass gewährleistet ist, dass der Zugriff auf Auswertungsdaten in neutraler Hand verbleibt.

Hannover, 27. Juni 2003

Dorothea Pitschnau-Michel
Bundesgeschäftsführerin
Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft, Bundesverband e. V.