

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0248(49)
vom 21.06.03**

15. Wahlperiode

Stellungnahme des Hartmannbundes -Verband der Ärzte Deutschlands- zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (GMG)

zu 1.: Regelungen zur Verbesserung der Qualität der Versorgung, insbesondere Maßnahmen zur Steigerung der Qualität der medizinischen Versorgung und Einrichtung eines Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin

1. Der Hartmannbund geht von folgender Definition für Qualität in der Medizin aus: Qualität ist die im gegebenen Fall patientenfreundlichste, d.h. am wenigsten belastende und dennoch zielführende Diagnostik und die dem Patienten am ehesten angepasste Therapie mit dem größtmöglich zu erhoffenden Erfolg. Dies setzt umfassende und aktuelle Kenntnisse und Fertigkeiten des Arztes, eine verständliche Aufklärung, Information und Motivation des Patienten zur Mitarbeit und dessen informierten Mitentscheid voraus sowie eine engmaschige Kommunikation unter allen an der Behandlung Beteiligten.
2. Der Hartmannbund hält es für unverzichtbar, dass jeder Arzt und jede Ärztin mit den modernen Mitteln der Informationsrecherche vertraut ist und diese auch anwendet. Die ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung, die wissenschaftlichen Fachgesellschaften, das DIMDI und die Cochrane Collaboration bieten über das Internet neueste Studienergebnisse, Leitlinien und Einzelberichte an.
3. Der Hartmannbund befürwortet eine schnelle Umsetzung gesicherter neuer Erkenntnisse in den Versorgungsalltag.
4. Der Hartmannbund sieht in einer regelmäßigen unbürokratischen Überprüfung von Fortbildung und Qualitätssicherung durch die ärztlichen Körperschaften – auch mit Hilfe der elektronischen Medien - ein geeignetes Mittel zur Sicherung der Qualität.
5. Maßnahmen zur Sicherung der Struktur- und Prozessqualität sind bereits heute integraler Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Sie werden ständig erweitert. Methoden für die Messung der Ergebnisqualität werden derzeit entwickelt und werden nach und nach Eingang in die ärztliche Versorgung finden.
6. Zur Bewertung des medizinischen Nutzens und der Qualität sowie der Wirtschaftlichkeit neuer ärztlicher Leistungen gab es bisher den vom Gesetzgeber eingesetzten Bundesausschuss Ärzte Krankenkassen. Wenn Veränderungen in diesem Gremium gewünscht werden, so müssten sie dort eingefügt werden.

Eine neue öffentlich rechtliche Institution zur Bewertung von Nutzen, Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin ohne Patientenbezug lehnt der Hartmannbund ab.

Ein neues Zentrum ohne Patientenbezug kann keine verpflichtenden Versorgungsstandards für den Einzelfall setzen. Dies ist zuvorderst eine Aufgabe der Ärzteschaft, das heißt der wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Kooperation mit Ärzten aus Klinik und Praxis. Hier im Sinne der Transparenz einzelne Vertreter von Krankenkassen oder Patientengruppen beizuziehen, kann sinnvoll sein.

Zu 2.: Veränderung bei den Versorgungsstrukturen, u.a. Zulassung von Gesundheitszentren zur vertragsärztlichen Versorgung und Einbeziehung in das Einzelvertragssystem, Einbeziehung der fachärztlichen Versorgung in das Einzelvertragssystem, Förderung integrierter Versorgungsformen, Teilöffnung von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung

- Einschränkung der freien Berufsausübung des Arztes und der freien Arztwahl des Patienten durch das Einzelvertragssystem -

Der Hartmannbund lehnt die im GMG-Entwurf vorgesehene Ablösung der kollektivvertraglichen Leistungserbringung in der fachärztlichen ambulanten Versorgung durch einzelvertragliche Regelungen zwischen den Fachärzten und Krankenkassen – ausgenommen hiervon werden zunächst noch die Frauen- und Augenärzte – entschieden ab. Einzelverträge führen zu einer totalen wirtschaftlichen Abhängigkeit des einzelnen Arztes von den Krankenkassen. Eine angemessene und leistungsgerechte Vergütung der ärztlichen Leistungen wird unter dem Diktat der Krankenkassen nicht mehr sichergestellt. In der Folge wird der niedergelassene Arzt zum „Quasi-Angestellten“ der Krankenkassen degradiert und erpressbar. Den Krankenkassen wird zunehmend die Möglichkeit eingeräumt, auch auf die Therapieentscheidung des Arztes Einfluss zu nehmen. Das Einzelvertragssystem gefährdet die Freiheitlichkeit der ärztlichen Berufsausübung nachhaltig und konterkariert damit de facto die durch die Bundesärzteordnung (§1 Abs. 2) bestimmte rechtliche Charakterisierung des Arztberufes als freier Beruf.

Darüber hinaus gefährdet auch die vorgesehene Befristung der Verträge die Grundlage für die freiberufliche Berufsausübung. Der niedergelassene Arzt in freier Praxis verliert jede Planungssicherheit. Bestehende Facharztpraxen verlieren ihren Marktwert, zumal eine erteilte Zulassung keinen Wert mehr beim Praxisverkauf hat. Dies führt im Ergebnis zu einer starken wirtschaftlichen Bedrohung bestehender Praxen, aber auch zu einer rückläufigen Bereitschaft junger Ärzte, sich in freier Praxis niederzulassen. Offensichtlich sind diese Auswirkungen von der Regierungskoalition auch so gewollt, zumal der GMG-Entwurf gleichzeitig die Einrichtung von Gesundheitszentren und eine weit gehende Öffnung der Krankenhäuser zur ambulanten fachärztlichen Versorgung vorsieht. In diesen Versorgungsbereichen sollen Ärzte, die sich aufgrund der erschwerten Niederlassungsbedingungen gegen das Risiko einer freiberuflichen Tätigkeit entscheiden, als angestellte Ärzte aufgefangen werden. Langfristig wird diese Umgestaltungsmaßnahme zu völlig veränderten Versorgungsstrukturen in der ambulanten fachärztlichen Versorgung führen. Der freiberuflich tätige Facharzt in eigener Praxis in Wohnortnähe wird für den Patienten zunehmend seltener. Statt dessen muss sich der Patient mehr und mehr auf weitere Entfernungen und längere Wartezeiten für die ambulante fachärztliche Versorgung einstellen, wie die Erfahrungen in zahlreichen EU-Staaten belegen.

Das Einzelvertragssystem erschwert nicht nur für den Arzt die Rahmenbedingungen seiner eigentlichen ärztlichen Tätigkeit durch eine schier unüberschaubare Landschaft von unterschiedlichen kassenspezifischen Regelungen über die Leistungserbringung und -vergütung, die er bei der Behandlung eines Versicherten in Abhängigkeit von der Zuständigkeit der jeweiligen Krankenkasse, mit der er einen Vertrag abgeschlossen hat, beachten muss. Auch für die Versicherten stellt die Abkehr vom Kollektivvertragssystem eine Erschwernis dar: Sie sind in ihrer freien Arztwahl auf diejenigen Leistungserbringer beschränkt, mit denen ihre Kasse einen Vertrag geschlossen hat. Sollte der bislang konsultierte Facharzt keine Vereinbarung mehr mit der Krankenkasse haben, bleibt dem Versicherten - wenn er weiterhin dort in Behandlung verbleiben möchte –, nur noch die Möglichkeit, entweder die Kosten für die Behandlung selbst zu tragen oder die Krankenversicherung zu wechseln. Das Einzelvertragssystem führt in jedem Fall zu einer Einschränkung der freien Arztwahl des Versicherten, indem es einen Behandlungsanspruch

nur auf diejenigen Ärzte reduziert, die auch mit der jeweiligen Krankenkasse einen Vertrag abgeschlossen haben.

Für den Hartmannbund ist es daher nicht erkennbar, zu welchen Vorteilen diese Neuregelung der ambulanten fachärztlichen Versorgung für die Versorgung der Versicherten führen soll. Im Gegenteil: Eine gleichmäßige, bedarfsgerechte ambulante fachärztliche Versorgung ist unter den Bedingungen eines Einzelvertragssystems nicht mehr gewährleistet.

In einem von Einzelverträgen geprägten Versorgungssystem bleibt für die gemeinsame Selbstverwaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen kein Raum. Abgesehen davon, dass die Krankenkassen für die Übernahme des Sicherstellungsauftrages für die ambulante fachärztliche Versorgung erst neue – bei den KVen bereits vorhandene und bewährte Strukturen – aufbauen müssten und dies nicht kurzfristig realisierbar ist, würde diese Zuständigkeitsverlagerung erhebliche zusätzliche Verwaltungskosten bei den Krankenkassen nach sich ziehen. Im Ergebnis würde diese Maßnahme wiederum zu einer Belastung der Beitragssätze und/oder zu einer Verminderung der zur Verfügung stehenden Mittel für die unmittelbare medizinische Versorgung der Versicherten führen.

Zu 3.: Reform des ärztlichen Vergütungs- und Abrechnungssystems

- Abschaffung der floatenden Punktwerte ein Schritt in die richtige Richtung –
- Pauschalierungen in der ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung verhindern
- Transparenz in der Abrechnung und führen zu Risikoselektion und Leistungsrationierung

Der Hartmannbund begrüßt die im GMG-Entwurf vorgesehene Reform in der ärztlichen Vergütung durch Einführung eines festen Punktwertes, auch wenn dieser auf die Regelleistungsvolumina begrenzt ist. Diese Regelung erhöht die Kalkulations- und Planungssicherheit und ist ein Schritt in Richtung Vergütung mit festen Euro-Beträgen. Die bisherige unzumutbare Situation der floatenden Punktwerte und die damit verbundene Einkommensunsicherheit für freiberuflich tätige Ärzte ist nicht länger hinnehmbar.

Der GMG-Entwurf sieht weitere Modifikationen der ärztlichen Vergütung vor. Fachärztliche Leistungen und ambulante Operationen sollen zukünftig verstärkt durch Komplexgebühren und Fallpauschalen, hausärztliche Leistungen im Rahmen von Hausarztssystemen im Wesentlichen über Kopfpauschalen vergütet werden. Aus Sicht des Hartmannbundes sind Einzelleistungsvergütungen generell als Vergütungsform vorzuziehen, da sie dem Grundsatz einer nachvollziehbaren und transparenten Abrechnung der erbrachten Leistungen Rechnung tragen und den individuellen Versorgungsbedarf des einzelnen Patienten am besten widerspiegeln. Fallpauschalen hingegen bergen, vor allem dann, wenn sie unzureichend kalkuliert sind, die Gefahr von Leistungsrationierungen und Qualitätseinbußen. Dies gilt für Kopfpauschalen, die eine höhere Aggregationsebene der zu vergütenden Leistungen darstellen, grundsätzlich in einem noch höheren Maße als für Fallpauschalen. Leistungserbringer, die einen hohen Anteil an schwerkranken, multimorbiden und überdurchschnittlich aufwändigen Patienten versorgen, werden ihre Kosten über pauschalierte Entgelte kaum decken können. Es gibt auch bei Patienten mit der gleichen Erkrankung nachweislich sehr unterschiedliche Leistungsbedarfe. Eine ausgeprägte Pauschalierung in der vertragsärztlichen Honorierung würde damit einer unerwünschten Risikoselektion und Verlagerung der Behandlungsfälle in eine höhere und damit auch kostenintensivere Versorgungsstufe Vorschub leisten und in einer offenen Zwei-Klassen-Medizin münden. Leidtragende wären insbesondere chronisch Kranke, multimorbide und ältere Versicherte, die einen überdurchschnittlich hohen Leistungsbedarf haben.

Aus Sicht des Hartmannbundes sind Pauschalierungen nur in dem Umfang tolerabel, wie sie als Leistungskomplexe medizinisch begründbar sind und damit auch medizinisch unmittelbar zusammengehörige Leistungen zusammenfassen. Nur dann ist die an anderer Stelle des GMG-Entwurfs geforderte Transparenz hinsichtlich der Entstehung und Zusammensetzung des Gesamthonorars für erbrachte ärztliche Leistungen gewährleistet und die Rechnungslegung in Form einer Patientenquittung auch für den Versicherten nachvollziehbar und nachprüfbar. Weiterhin muss die Honorierung so gestaltet sein, dass eine gleichmäßige, bedarfsgerechte und qualitätsorientierte Versorgung aller Versicherten iSd. § 72 Abs. 2 SGB V sichergestellt wird. Dies kann nur durch eine angemessene und leistungsgerechte nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen kalkulierte Vergütung auf Grundlage einer festen Euro-Bewertung erfolgen. Dabei muss insbesondere auch die freiberufliche Tätigkeit und das unternehmerische Risiko niedergelassener Ärzte in den Honorarkalkulationen und -vereinbarungen adäquat berücksichtigt werden.

Zu 4.: Änderung bei der Arzneimittelversorgung, insbesondere Liberalisierung der Arzneimittelpreisverordnung, Ausweitung des gesetzlichen Rahmens für Vereinbarungen zwischen Arzneimittelherstellern und Krankenkassen über Rabatte auf die Listenpreise von Arzneimitteln, Zulassung des Mehrbesitzes für Apotheken, Zulassung des Versandhandels für Arzneimittel, Flexibilisierung des Vertragsrechts

Der Hartmannbund nimmt die im Gesetzentwurf enthaltenen Regelungen und Veränderungen im SGB V insbesondere zur Liberalisierung der Arzneimittelpreisverordnung, Ausweitung des gesetzlichen Rahmens für Vereinbarungen zwischen Arzneimittelherstellern und Krankenkassen über Rabatte auf die Listenpreise von Arzneimitteln, Zulassung des Mehrbesitzes für Apotheken, Zulassung des Versandhandels für Arzneimittel und die Flexibilisierung des Vertragsrechts zur Kenntnis und nimmt wie folgt Stellung:

Der Hartmannbund lehnt insbesondere die geplanten Maßnahmen zur Verminderung der Ausgaben für Arzneimittel in der Zielsetzung ab. Dies betrifft im Einzelnen die Ausgrenzungen aus der Erstattungspflicht, Maßnahmen, die direkt oder indirekt auf die zu erstattenden Preise der Arzneimittel einwirken sollen, wie die Einführung von Preisverhandlungen und die Bindung der ärztlichen Einkommen an Einsparungen bei der Arzneimittelverschreibung, die faktische Wiedereinführung einer Budgetierung im Arzneimittelbereich, Maßnahmen, die die bestehenden Erstattungsregulierungen verschärfen und Maßnahmen, die den Arzneimittelmarkt als Instrument für die Regulierung anderer Bereiche instrumentalisieren.

Die im Gesetzentwurf aufgeführten Einzelmaßnahmen erscheinen völlig unstrukturiert und hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der Belastungskosten für die GKV nicht abgewogen. Im Bereich der Ausgrenzungen von Arzneimitteln aus der Erstattungspflicht, welche in erster Linie rezeptfreie Arzneimittel betreffen, wird eine regressive Budgetierung eingeführt, die der Hartmannbund kategorisch ablehnt. Weiterhin ist festzustellen, dass mit dieser Regelung stringent vom Grundsatz der Bereitstellung aller medizinisch erforderlichen Leistungen im Rahmen des Leistungskataloges der GKV abgewichen wird, zumal festzustellen ist, dass eine Vielzahl verschreibungsfreier Arzneimittel, insbesondere unter Beachtung evidenzbasierter Medizin, medizinisch notwendig bleibt.

Der Begründungszusammenhang, dass die Herausnahme der Arzneimittel aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für den einzelnen Versicherten sozial vertretbar sei, impliziert eine beabsichtigte und auf die Leistungserbringer bewusst verschobene Rationierung medizinischer Leistungen. Der Hartmannbund wendet sich konsequent gegen eine Verlagerung dieser Verantwortung aus dem politischen in den Bereich der Leistungserbringer.

Die Folge der beabsichtigten Einführung oben genannter Einzelinstrumente wird zwangsläufig das Ausweichen auf verschreibungspflichtige Arzneimittel bedeuten, womit der verschreibende Arzt unter einen massiven wirtschaftlichen Druck gerät und andererseits die Compliance wahren muss.

Die von den antragsstellenden Regierungsfractionen offensichtlich beabsichtigte aber im Gesetzestext bewusst verdeckt gehaltene Rationierungswirkung wird sich kaum durch Selbstbeteiligungen und Zusatzversicherungen im Rahmen der PKV kompensieren lassen, solange eine vollständige Transparenz des Kosten- und Leistungsgeschehens nicht erreicht ist. Der Hartmannbund schlägt daher vor, grundsätzlich das Prinzip der Kostenerstattung mit prozentualer sozial gestaffelter Selbstbeteiligung einzuführen, um eine durchgängige Transparenz des gesamten Kosten- und Leistungsgeschehens sichtbar zu machen. Dies soll offensichtlich mit dem vorliegenden Gesetzesentwurf nicht erreicht werden, was ein enormes politisches Entscheidungsdefizit aus unserer Verbandssicht darstellt.

Der Hartmannbund ist der Auffassung, dass eine mittelstandsorientierte Politik insbesondere unter den Heilberufen (hier speziell Leistungserbringer) gewahrt bleiben muss, um wirtschaftliche Stabilität im Gesundheitsbereich sicherzustellen.

Zu 5.: Neuordnung der Finanzierung, Neugestaltung der Zuzahlungen sowie der Befreiungsregeln, beitrags- und versichertenrechtliche Veränderungen

- Ausgliederung von versicherungsfremden Leistungen führt zur Entlastung der GKV – geplante Zuzahlungsregelungen entfalten keine Steuerungsfunktion

Der Hartmannbund begrüßt die Entscheidung der Regierungskoalition, versicherungsfremde Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung auszugliedern und diese teilweise der Eigenverantwortung des Versicherten zu überlassen bzw. über Steuermittel zu finanzieren. Dies gilt auch für die Stärkung der Einnahmenseite durch Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlagen in der Krankenversicherung der Rentner. Allerdings sollten in einem zweiten Schritt auch bei den erwerbstätigen Mitgliedern andere Einkommensarten neben den Lohneinkünften als Finanzierungsbasis herangezogen werden.

Die Finanzierung der GKV bedarf nach Auffassung des Hartmannbundes jedoch noch einer weiter gehenden Reform. Seit Jahren zeichnet sich eine Wachstumsschwäche in ihrer Finanzierungsbasis ab. Daher ist es erforderlich, diese auf eine sichere und weitestgehend von demografischen und konjunkturellen Einflüssen unabhängige Grundlage umzustellen. Nur so kann in der GKV eine langfristig gesicherte Finanzierung in Aussicht gestellt werden. Darüber hinaus ist es aber auch unabdingbar, umgehend die Verschiebung von Kosten zwischen den einzelnen Sozialversicherungszweigen zulasten der GKV (so genannte Verschiebebahnhöfe) einzustellen.

Die geplanten Anhebungen der Zuzahlungen für Arznei- und Verbandmittel sind nach Auffassung des Hartmannbundes wenig zielführend. Da sie nicht am Preis sondern an der Packungsgröße orientiert sind, führen sie lediglich zu einer zusätzlichen finanziellen Belastung des Versicherten ohne jedoch eine Steuerungswirkung zu entfalten. Der Hartmannbund fordert deshalb, die Zuzahlungen prozentual an den Preisen der Arzneimittel auszurichten. Durch eine sozialverträgliche Überforderungsklausel sollte einer Überforderung einkommensschwacher Versicherter vorgebeugt werden. Eine solche sozialverträglich ausgestaltete prozentuale Selbstbeteiligung des Patienten, die im Übrigen gekoppelt mit einer Kostenerstattungsregelung auch auf alle anderen Leistungsbereiche der GKV ausgedehnt werden sollte, führt zu einer Stärkung der Patientensouveränität und steuert automatisch das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten.

In diesem Zusammenhang wird auch die Einführung eines Hausarzt systems, das mit Bonusregelungen gekoppelt ist, abgelehnt. Der Hartmannbund bezweifelt, dass das Hausarztmodell wirklich zu Kosteneinsparungen führen wird. Soll vor jedem Facharztbesuch zunächst der Hausarzt konsultiert werden, fallen allein schon für die Ausstellung einer Überweisung zusätzliche Hausarzhonorare an.

Die durch das Hausarzt system implementierten Zugangsbeschränkungen zur fachärztlichen Versorgung führen nicht nur zu verlängerten Wartezeiten, sondern bergen darüber hinaus auch die Gefahr der Verzögerung oder gar Verhinderung notwendiger Diagnostik und Therapie. Verstärkt wird diese Tendenz durch die Einführung der Praxisgebühr für die direkte Inanspruchnahme eines Facharztes, die eine zusätzliche Hürde für den Patienten darstellt und deshalb vom Hartmannbund abgelehnt wird.

Nicht zuletzt führt die Zugangskontrolle durch den Hausarzt de facto zu einer Einschränkung der freien Arztwahl für den Patienten und zu einer Abhängigkeit der Fachärzte von der Zugangsregelung der Primärärzte. Darüber hinaus wird der Hausarzt zu einem reinen „Patientenverwalter“ und zum „Dokumentationsassistenten“ degradiert. Die Erbringung eigentlicher medizinischer Leistungen tritt unter diesen Bedingungen in den Hintergrund und wird zunehmend auf andere Versorgungsstufen verlagert.

Der Hartmannbund lehnt eine zwangsweise Bindung des Patienten an einen Primärarzt grundsätzlich ab. Auch wenn der GMG-Entwurf die Teilnahme des Versicherten auf freiwilliger Basis vorsieht, reduzieren die damit verbundenen Bonusregelungen insbesondere für einkommensschwache Versicherten faktisch den Entscheidungsspielraum.

Im Übrigen lehnt der Hartmannbund Bonus- und Malusregelungen in der GKV grundsätzlich ab, da diese das Solidarprinzip konterkarieren. Zur Steuerung des Patientenverhaltens sind aus Sicht des Hartmannbundes effektivere Steuerungsinstrumente wie z. B. eine prozentuale sozialverträglich ausgestaltete Selbstbeteiligung der Patienten an den Versorgungsleistungen verfügbar und ohne wesentliche Veränderungen der bisherigen Versorgungsstrukturen problemlos umsetzbar.

Eine zusätzliche Regulierung und Reglementierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses verursacht darüber hinaus nur unnötigen Verwaltungsaufwand und zusätzliche Kosten. Statt dessen sollten die vorhandenen Potenziale und die nachgewiesene weit überwiegende bereits bestehende freiwillige Bereitschaft der Patienten zur Erstinanspruchnahme eines Hausarztes ihres Vertrauens genutzt und unterstützt werden, indem die Rahmenbedingungen für eine effektive Ausübung der Koordinations- und Lotsenfunktion des Hausarztes verbessert und ausgebaut werden.

Im SGB V sind bereits jetzt schon Regelungen für die Stärkung der Hausarztfunktion vorgesehen. Insofern bedarf es keiner zusätzlichen Regelungen in Form von Hausarztmodellen, sondern vielmehr flankierender Anreize zur effektiven Umsetzung der vorhandenen vernünftigen Grundstrukturen.

Anstelle der anvisierten Bonus- und Malusregelungen, der unübersichtlichen unterschiedlichen Zuzahlungs- und Eigenbeteiligungsregelungen würde eine klare Differenzierung des Leistungskataloges der GKV in solidarisch finanzierte Grundleistungen und individuell finanzierte Wahlleistungen den Versicherten reale Wahlmöglichkeiten bieten und zu einer tatsächlichen Stärkung der Patientensouveränität und Eigenverantwortung führen.

Zu 6.: Reform der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen und Schaffung effizienterer Konfliktlösungsmechanismen

- Schwächung der Selbstverwaltung führt in die Staatsmedizin -

Die vorgesehenen Regelungen im GMG-Entwurf weist der Hartmannbund nachdrücklich als selbstverwaltungsfeindlich zurück. Die vielfältigen Einschnitte in die Organisationsstrukturen und Aufgabenstellung der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Stärkung der staatlichen Eingriffsmöglichkeiten durch den Ausbau der Möglichkeiten zur Ersatzvornahme, die Einrichtung eines staatlichen Zentrums für Qualität in der Medizin, etc. deuten auf eine fortschreitende Verstaatlichung des Systems hin. Die bisher bewährten Selbstverwaltungsmechanismen werden nachhaltig geschwächt und münden letztendlich in das System einer bürokratischen Staatsmedizin. Statt bürokratische Strukturen in der GKV auf- und auszubauen, sollten die bewährten Regelungsmechanismen in der Selbstverwaltung gestärkt werden. Gleichzeitig sollten Patienten und Versicherte stärker in die Entscheidungsvorgänge der Selbstverwaltung eingebunden werden.

Wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen nur noch (de jure) dem Gesetz nach Selbstverwaltungsorgan de facto jedoch Ausführungs(Exekutions)instrument der (jeweiligen) Bundesregierung sind, in der die Ärzteschaft formell repräsentiert ist, sich jedoch inhaltlich nicht wiederfindet, werden die freien Ärzteverbände mit dem Hartmannbund, aus dem die KVen seinerzeit hervorgegangen sind, an der Spitze sich gegen die Entwicklung zu wehren wissen.

Zu 9.: Stärkung der Patientensouveränität

1. Der Hartmannbund begrüßt die angestrebte stärkere Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes der Patienten. Er befürwortet Wahltarife und schlägt für die Verbesserung der Transparenz die generelle Einführung eines Kostenerstattungssystems mit sozial verträglicher Selbstbeteiligung vor, bei dem der Patient seinen Anspruch auch an die Krankenkasse abtreten kann. Dazu ist eine vereinfachte Gebührenordnung zu entwickeln, die für Patient und Arzt verständlich ist. Dies würde einen Korruptionsbeauftragten von vornherein überflüssig machen. Der Hartmannbund lehnt Patientenquittungen ohne Konsequenzen ab, weil sie, wie der Modellversuch in Rheinland-Pfalz gezeigt hat, aufwendig sind und nichts bewirken. Datensammlungen haben der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz zu genügen.
2. Die Änderung in § 28, Absatz 3, Satz 2 geht davon aus, dass künftig nur Hausärzte an Psychotherapeuten überweisen und alle somatischen Erkrankungen ausschließen können. Damit wird dem Patienten die Möglichkeit genommen, von einem Neurologen oder Psychiater an einen Psychotherapeuten überwiesen zu werden.
3. Wir halten den in § 62a vorgesehenen Abschlag auf die Arzneimittelzuzahlungen für Versicherte, die sich für das Hausarztssystem oder strukturierte Behandlungsprogramme eingeschrieben haben nicht für zielführend, da er der GKV Mittel entzieht, die für die nachhaltige Sicherung des Systems dringend gebraucht werden. Darüber hinaus kontaktiert diese Regelung das Solidaritätsprinzip in der GKV.
4. Es macht wenig Sinn, die Krankenkassen dazu zu verpflichten, ihren Versicherten Zuschüsse zu elektronischen Gesundheitsakten Dritter zu gewähren. Dies führt zu einer Vielzahl unterschiedlich aufgebauter Akten und widerspricht den Bemühungen aller Beteiligten um eine gemeinsame Elektronik-Plattform zum Austausch von

Arztbriefen, Befunden etc. Zudem würde damit die Gesundheitskarte entwertet, die auf jeden Fall auch für den Patienten lesbar gestaltet werden muss.

5. Der Hartmannbund begrüßt die Einrichtung eines Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patienten. Er lehnt jedoch einen Beauftragten zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen solange entschieden ab, als es nicht gleichzeitig Beauftragte zur Bekämpfung von Korruption in der Politik, Industrie und im Handel gibt. Mit einem Korruptionsbeauftragten wird pauschal unterstellt, dass Ärztinnen und Ärzten grundsätzlich nicht zu trauen ist. In Verdachtsfällen können schon heute Einzelpersonen, Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen die Staatsanwaltschaft einschalten.
6. Der Hartmannbund begrüßt vom Grundsatz her die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte. Es wird darauf ankommen, dass der Patient Herr seiner Daten bleibt, sie jederzeit lesen und bei der Offenlegung selektiv vorgehen kann. Eine Gesundheitskarte sollte nicht nur Hilfsmittel für die Kommunikation unter Ärzten und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe sein, sondern auch eine Informationsquelle für den Patienten selbst.
7. Eine Gesundheitskarte erfordert darüber hinaus eine zeitnahe Aktualisierung, das heißt, dass überall da, wo Daten für die Aktualisierung anfallen, neben der Lesemöglichkeit auch eine Schreibmöglichkeit gegeben sein muss. Die Ausstattung mit kompatibler Hard- und Software, die Bereitstellung einer verlässlichen Infrastruktur mit Verschlüsselungstechnologie und Signaturverfahren kann aber unter den bestehenden Budgetbedingungen weder von den Kliniken, noch von den niedergelassenen Vertragsärzten oder deren Organisationen geleistet werden.

Stand: 20.06.2003