

Für **starke** PatientInnen

Susanne Angerhausen
Loherstr. 7
42283 Wuppertal
Tel.: 0202 / 759 19 39
eMail: angerhausen@paritaet-nrw.org

PatientInnen-Netzwerk NRW – Postfach 20 04 22 – 42204 Wuppertal

Die Mitglieder des Ausschusses für Gesundheit
und soziale Sicherung

Wuppertal, den 20. Juni 2003

Stellungnahme zum Entwurf des Gesundheitssystem- modernisierungsgesetzes (GMG)

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0252(2)
vom 24.06.03

15. Wahlperiode**

1. Für eine sozial gerechte Gesundheitsreform

Die Grundidee des Sozialstaats und der solidarischen Krankenversicherung ist: Die Starken stützen die Schwachen, die Reichen stützen die Ärmern und die Gesunden stützen die Kranken. Wenn die Menschen untereinander hilfefähig bleiben sollen, darf man diese Grundlage nicht zerstören.

Diese Grundlage ist jedoch derzeit durch die finanziellen Probleme der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Gefahr geraten: Während die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Vergleich zum Bruttosozialprodukt relativ konstant bleiben, sinken die Einnahmen durch hohe Arbeitslosigkeit, niedrigere Lohnquote und Transfer zwischen den Sozialversicherungen.

Der vorliegende Entwurf des Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (GMG) sucht dennoch die Lösung des Problems auf der Ausgabenseite. So sollen ganze Bereiche aus dem Leistungskatalog der GKV gestrichen werden (z.B. Sterbegeld, Mutterschaftsgeld) und teilweise aus Steuern finanziert werden. Diese Neuregelung der Finanzierung sogenannter "versicherungsfremder Leistungen" ist durchaus sinnvoll - wenn genügend Steuermittel dafür bereit stehen. Allerdings sollen auch die Zuzahlungsbefreiung komplett gestrichen, Gebühren für einen Facharztbesuch ohne Überweisung durch einen Hausarzt eingeführt, bestimmte Leistungen wie etwa Brillen, rezeptfrei verordnete Medikamente und anderes nicht mehr von den Krankenkassen bezahlt und das Krankengeld allein durch die Versicherten getragen werden. Diese Änderungen treffen insbesondere die sozial Schwachen.

Im Gegenzug bleiben weitere Finanzierungsoptionen auf der Einnahmeseite trotz entsprechender Empfehlungen des Sachverständigenrates ungenutzt. So würde die Einbeziehung von Beamten und Selbständigen in die GKV sowie eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und der Pflichtversicherungsgrenze eine deutliche Stabilisierung bewirken und gleichzeitig einen Beitrag zu mehr Solidarität und sozialer Gerechtigkeit darstellen.

2. Qualifizierte Beteiligung von PatientInnen auf allen Ebenen unseres Gesundheitswesens

Unser Gesundheitswesen braucht eine konsequente Patientenorientierung. Dazu ist eine qualifizierte Beteiligung von Selbsthilfe- und Patientenorganisationen auf allen Ebenen nicht nur aus demokratischen Erwägungen, sondern auch aus steuerungspolitischen Gründen dringend geboten.

Die direkte Beteiligung von Selbsthilfe- und Patientenorganisationen am „Zentrum für Qualität in der Medizin“ ist dabei ein erster Schritt in die richtige Richtung. Allerdings muss die Beteiligung qualifiziert erfolgen, d.h. die Ressourcen und Rahmenbedingungen müssen eine angemessene Beteiligung ermöglichen.

Beteiligung setzt transparente Entscheidungsstrukturen voraus. Daher müssen die Zusammensetzungen, die Entscheidungen und ihre Begründungen aller gesundheitspolitischen Gremien – dazu gehören die Bundesausschüsse, der Koordinierungsausschuss, Ethik- und Leitlinienkommissionen sowie andere mehr - öffentlich einsehbar sein. Und auch in diesen Gremien gilt, dass derzeit zumindest eine Verfahrens- und Beratungsbeteiligung von Selbsthilfe- und Patientenorganisationen ermöglicht werden muss, die sukzessive zu einer Entscheidungsbeteiligung ausgebaut wird. Die bislang vorgesehenen Möglichkeiten der Stellungnahme durch Selbsthilfe- und Patientenorganisationen in verschiedenen Gremien sind unzureichend.

3. Selbstbestimmung und Souveränität in der Behandlung

Für Patientinnen und Patienten ist nicht nur ein transparentes und qualitätsgesichertes Gesundheitswesen notwendig, sondern auch eine entsprechende individuelle Behandlung. Diese sollte insbesondere darauf ausgerichtet sein, die Selbstbestimmungsrechte von Patientinnen und Patienten zu wahren und sie in ihrer Souveränität zu stärken. Dabei haben verschiedene Patientengruppen unterschiedliche Bedürfnisse. Während etwa für jüngere Akutkranke die freie (Fach-)Arztwahl ein sehr hohes Gut darstellt, suchen ältere und ggf. mehrfacherkrankte Menschen eher einen Partner im Gesundheitswesen, der ihnen hilft, zum richtigen Zeitpunkt die richtige und gute Versorgung zu bekommen. Diese unterschiedlichen Bedürfnisse gilt es zu berücksichtigen.

Das im aktuellen Gesetzentwurf vorgesehene Hausarztmodell wird diesen Anforderungen nicht gerecht. Es zwingt Patientinnen und Patienten weiterhin in ein paternalistisches System, in dem Selbstbestimmung nur erkaufte werden kann.

Wir fordern daher:

- **Einen freiwilligen „Arzt des Vertrauens“:** Patientinnen und Patienten sollen die Möglichkeit haben, sich freiwillig bei einem Arzt ihrer Wahl einzuschreiben, bei dem alle Behandlungsinformationen zusammenlaufen und der ggf. auch als Vermittler tätig wird. Insbesondere für chronisch Kranke muss dieser „Arzt des Vertrauens“ auch ein Facharzt sein können.
- **Keine Facharztgebühr:** Patientinnen und Patienten durch die geplante Facharztgebühr dazu zu nötigen, zunächst ihren Hausarzt aufzusuchen, um eine entsprechende Überweisung zu erhalten, zwingt sie in eine unwürdige Bittstellerrolle und steht den Anforderungen an selbstbestimmtes Handeln entgegen.
- **Integrierte Versorgung und andere Abrechnungsmodalitäten:** Die bisherigen Strukturen im Gesundheitswesen – fehlende Transparenz über die Versorgung, Abrechnung von Einzelleistungen etc. – verhindern, dass Hausärzte der geplanten Lotsenfunktion gerecht werden können. Diese Strukturen werden sich durch das GMG allenfalls allmählich ändern. Anstatt Patientinnen und Patienten in ein paternalistisches Hausarztmodell zu zwingen, sollte vielmehr durch Modelle der integrierten Versorgung, andere Abrechnungsmodalitäten und weitere strukturelle Maßnahmen dafür gesorgt werden, dass sich die Zahl der Facharztbesuche reduziert.

- **Recht auf Zweitmeinung:** Patientinnen und Patienten holen sich vor schwerwiegenden diagnostischen und therapeutischen Eingriffen eine unvoreingenommene Zweitmeinung ein. Diese Möglichkeit senkt die Zahl unnötiger Eingriffe und stärkt die Wahlmöglichkeiten von Patientinnen und Patienten. Diese Möglichkeit muss daher unbedingt erhalten werden. Das bedeutet unter anderem, dass der Arzt, der die zweite Untersuchung durchführt, *keinen* Einblick in bisherige Untersuchungsergebnisse erhält und ggf. auch gar nicht weiß, dass schon eine entsprechende Untersuchung stattgefunden hat.
- **Stärkung von Eigenkompetenzen:** Anstatt Patientinnen und Patienten durch Malusregelungen (etwa Zuzahlungen zu Facharztbesuchen) dazu zu nötigen, bestimmte Leistungen – mit unkalkulierbaren Folgen - nicht in Anspruch zu nehmen (wenn ihnen das Geld fehlt) oder selbst zu bezahlen, ist es vielmehr notwendig, die Eigenkompetenzen von Patientinnen und Patienten im Umgang mit Gesundheit und Krankheit zu stärken. Dazu gehören geeignete Präventions- und Schulungsmaßnahmen sowie eine ausreichende Zahl entsprechender Beratungsangebote.

4. Eine transparente, hochwertige und patientenorientierte medizinische Versorgung

Patientinnen und Patienten wollen eine gute medizinische Versorgung und sie wollen wissen, wo sie diese gute Versorgung bekommen. Die Qualität der Versorgung bemisst sich dabei nicht allein an medizinischen und technischen Standards, sondern beinhaltet auch eine gute Beratungsqualität und Faktoren wie Selbstbestimmung und Würde. Und sie muss so transparent sein, dass Patientinnen und Patienten entscheiden können, welche Leistungen sie bei wem in Anspruch nehmen.

Einige Maßnahmen des geplanten Gesetzes verankern erstmals Qualitätskriterien in der gesundheitlichen Versorgung. Diese Maßnahmen – etwa ein verpflichtendes Qualitätsmanagement oder die Verschärfung der Fortbildungsanforderungen für Ärzte - sind zu begrüßen.

Wir plädieren jedoch für folgende Modifikationen und Ergänzungen:

- **Qualitätssicherung in allen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung:** Maßnahmen zur Verbesserung der Transparenz und der Qualität sind nicht nur für medizinische Leistungen einzuführen, sondern auch für andere gesundheitlich relevante Leistungen, wie etwa Psychotherapie, Physiotherapie oder Rehabilitation.
- **Strategien für mehr Qualität:** Wir halten es für notwendig, dass das Zentrum für Qualität in der Medizin in erster Linie Kriterien und Vorschläge für eine Verbesserung der Qualität in der gesundheitlichen Versorgung erarbeitet. Dazu gehören Qualitätskriterien für die Leitlinienerstellung, Maßnahmen für eine hohe Akzeptanz und die flächendeckende Anwendung von Leitlinien in der Behandlung und andere mehr.
- **Information und Beratung für PatientInnen:** Es muss ein vielfältig finanziertes Netz aus unabhängigen Beratungsstellen aufgebaut werden, dass Patientinnen und Patienten mit Hilfe der Informationen des Zentrums für Qualität in der Medizin über gute Behandlungsstrategien berät und informiert. Das Zentrum für Qualität in der Medizin kann den notwendigen Transfer an die Patientinnen und Patienten allein nicht bewerkstelligen.
- **Kostenlose Patientenquittung:** Diese die Transparenz über das Leistungsgeschehen erhöhende und die Souveränität der PatientInnen stärkende Maßnahmen darf nicht mit einer Aufwandsentschädigung verbunden werden, die die Inanspruchnahme erheblich reduzieren wird.

5. Eine sichere, preisgünstige und hochwertige Arzneimittelversorgung

Patientinnen und Patienten wollen sichergehen können, dass sie die Medikamente erhalten, die sie brauchen, diese Medikamente nicht mehr Nebenwirkungen haben, als unbedingt nötig und bezahlbar sind. Daher begrüßen wir, dass im GMG erstmals Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Regelung (auch der Preise) des Arzneimittelmarktes enthalten sind.

Wir halten jedoch nicht alle Maßnahmen für angemessen:

- **Nachgewiesener Nutzen:** Es ist sinnvoll, dass auf lange Sicht die Erstattung von Arzneimittel durch die GKV an Wirksamkeitsnachweise und eine positive Kosten-Nutzen-Relation gekoppelt wird. Allerdings darf dabei ein nicht nachgewiesener Nutzen nicht mit einem nachgewiesenen Nicht-Nutzen verwechselt werden. Die Besonderheiten des „off-label-use“ von Medikamenten und Arzneimittel der Besonderheiten Therapieformen.....

- **Kein verpflichtendes Arzneimittelfach auf der Gesundheitskarte:** Wir halten die Einführung eines Arzneimittelfaches auf dem Gesundheitspass nicht für ein geeignetes Mittel, um die Arzneimittelsicherheit generell zu erhöhen, weil
 - 1) Wechselwirkungen auch mit leicht verfügbaren Arzneimitteln (z.B. Aspirin) und mit Lebensmitteln auftreten sowie
 - 2) ÄrztInnen dafür verantwortlich sind, dass PatientInnen (auch im Zusammenhang mit weiteren Erkrankungen oder Medikamenten) das richtige Medikament erhalten. Wir erwarten, dass ÄrztInnen hier nicht aus der Verantwortung entlassen werden, indem an anderer Stelle ein (ebenfalls unzureichender) Sicherungsmechanismus eingebaut wird. Für bestimmte Bevölkerungsgruppen (etwa chronisch kranke oder ältere Menschen) kann eine elektronische Speicherung von Arzneimitteln jedoch eine hilfreiche und sogar notwendige Maßnahme sein.
- **Maßnahmen für mehr Arzneimittelsicherheit:** Zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit werden seit langem verschiedene Maßnahmen diskutiert, die u.E. vorrangig eingeführt werden müßten. Dazu gehören etwa, eine bessere pharmakologische Ausbildung der Ärzte, EDV-basierte Kontrollen von Arzneimittelinteraktionen und –unverträglichkeiten, sowie eine verbesserte Aufklärung von PatientInnen über die Wirkungen, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen von Medikamenten zur Verbesserung der sogenannten Compliance.

6. Krankengeld ist eine existenzsichernde Grundleistung der Krankenversicherung

Eine der wichtigsten Aufgaben der GKV war und ist die Existenzsicherung im Krankheitsfall für die Betroffenen und ihre Familien. Das Krankengeld ist dazu eine existenzsichernde Lohnersatzleistung. Gerade das krankheitsbedingte Existenzrisiko steht im Zentrum der sozialen Krankenversicherung, das von den versicherten Arbeitnehmern und Arbeitgebern gemeinsam getragen wird.

Wenn das Krankengeld aus der solidarischen Finanzierung genommen wird, werden die Arbeitgeber entlastet und die Lohnnebenkosten gesenkt. Durch die Zusatzversicherung für Krankengeld steigen jedoch die Versicherungskosten für die Arbeitnehmer erheblich. Dies ist weder gerechtfertigt noch sozial gerecht. Gerade niedrige Einkommensgruppen werden vergleichsweise hohe Beiträge für die Zusatzversicherung zahlen müssen. Eine "Reform" auf dem Rücken der Armen und Schwachen ist aber aus PatientInnensicht höchst unsozial.

Hinzu kommt, daß mit dieser Regelung das notwendige Geld für die Inlandsnachfrage nach Konsumgütern nun zu den Versicherungen getragen wird - wo schafft das Arbeitsplätze?

7. Patientensouveränität über Gesundheitsdaten

Ein Ziel der geplanten Gesundheitsreform besteht darin, die Souveränität von Patientinnen und Patienten über ihre eigenen Behandlungsdaten zu erhöhen und die Transparenz über das individuelle Leistungsgeschehen zu verbessern. Wir teilen dieses Ziel. Patientenorganisationen fordern schon seit langem, dass Patientinnen und Patienten nach jedem Arztbesuch automatisch eine Kopie der Untersuchungsbefunde ausgehändigt wird. Zu den dafür im Gesetzesentwurf vorgesehenen Maßnahmen – die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte und einer elektronischen Patientenakte – ist daher eine abschließende Bewertung nicht möglich, da wesentliche Fragen noch geklärt werden müssen.

So sind etwa folgende Belange noch nicht ausreichend berücksichtigt:

- **Verfügbarkeit und Sicherheit der Daten:** PatientInnen müssen sicher gehen können, dass einerseits alle wichtigen Informationen leicht verfügbar sind und andererseits sensible Informationen z.B. über HIV-Erkrankungen nicht in die falschen Hände geraten. Hier ist insbesondere zu klären, wer überhaupt als Datenhalter in Frage kommt.
- **Unabhängige Dateneinsicht:** Patientinnen und Patienten müssen auch unabhängig von ihrem behandelnden Arzt und den Krankenkassen die Möglichkeit haben, die auf der Gesundheitskarte oder in der Patientenakte gespeicherten Informationen auszulesen. Um Patientinnen und Patienten den souveränen Umgang mit diesen Daten zu ermöglichen, muss eine ausreichende unabhängige Beratungs- und Unterstützungsstruktur für Patientinnen und Patienten vorgehalten werden.
- **Situationsabhängiger und selektiver Datenzugriff:** PatientInnen müssen dazu in der Lage sein, situationsabhängig weiteren Behandlern den Zugriff auf vom Patienten ausgewählte Teile dieser Daten zu ermöglichen.

- **Recht auf Verweigerung der Datenspeicherung:** PatientInnen müssen die Datenspeicherung verweigern können ohne eine Verschlechterung des Vertrauensverhältnisses zu ihrem Behandler befürchten zu müssen.
- **Kostenlose elektronische Patientenakte:** Sollte eine angemessene technische und strukturelle Lösung für eine elektronische Patientenakte gefunden werden, müssen Patientinnen und Patienten in der Lage sein, kostenlos eine entsprechende Akten führen zu können.

8. Unabhängige Beratungsstellen und Unterstützung bei Verdacht auf Behandlungsfehler

Patientinnen und Patienten benötigen, um sich unabhängig von den Eigeninteressen von Behandlern und Krankenkassen für eine ihnen angemessene Behandlungsstrategie entscheiden zu können, die Möglichkeit sich entsprechend beraten und unterstützen zu lassen. Diese Stärkung von Patientinnen und Patienten wird eine eigenen Steuerungswirkung im Gesundheitssystem entwickeln und zu mehr Transparenz und Qualität führen. Dazu sind entsprechende unabhängige Beratungsstrukturen zu fördern.

Besonderer Stärkung bedürfen dabei Patientinnen und Patienten, die mit ihrer Behandlung unzufrieden sind oder gar den Verdacht haben, dass bei ihnen ein Behandlungsfehler unterlaufen ist. Sie fühlen sich bislang in dieser Situation allein gelassen und warten oft Jahre darauf, dass ihren Beschwerden und Klagen nachgegangen wird. An dieser Stelle sieht der aktuelle Gesetzentwurf keine Verbesserungen vor.

Es ist daher erforderlich, dass die Krankenkassen ihre Versicherten bei Verdacht auf Behandlungsfehler nicht nur unterstützen können, sondern unterstützen sollen. Es bedarf außerdem unabhängiger Beschwerde- und Schlichtungsstellen, eines unabhängigen Begutachtungsverfahrens, eine angemessene Frist für die Bearbeitung von Beschwerden und Klagen, Beweiserleichterungen für betroffene Patientinnen und Patienten sowie eine verschuldensunabhängige Haftung.

9. Mehr Wettbewerb unter den Leistungsanbietern bei einer konsequenten Stärkung der Nachfrageseite

Wir befürworten einen verstärkten Wettbewerb der Leistungsanbieter um gute Qualität. Dieser Wettbewerb entsteht dann, wenn in unserem Gesundheitswesen die erbrachten Leistungen transparent gemacht werden. Dann können Patientinnen und Patienten Anbieter guter Leistungen auswählen und Anbieter schlechter Leistungen meiden.

Im Grundsatz ist daher die Öffnung der Versorgung für mehr Wettbewerb, Qualität und neue Versorgungsformen zu begrüßen. Allerdings verlaufen diese Entwicklungen fernab einer wirksamen öffentlichen und PatientInnen-Kontrolle der künftigen Versorgung: Vielmehr laufen die Maßnahmen lediglich auf einen weiteren Machtzuwachs der Krankenkassen hinaus.

Anstatt den Sicherstellungsauftrag teilweise den Krankenkassen zu übertragen, sollte er regionalisiert werden. Dabei können unter angemessener Patientenbeteiligung vor Ort angemessene und transparente Versorgungsstrukturen entwickelt werden, bei denen weder die Eigeninteressen der Behandler noch die der Krankenkassen im Vordergrund stehen.