

(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0248(67 B)  
vom 23.06.03

15. Wahlperiode

**Stellungnahme  
der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V. (BAGH)**

**zum Entwurf  
für das Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitssystems  
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz)**

**Hier: Änderungen in der  
vertragszahnärztlichen Versorgung und Zahntechnik**

**Anhörung am 30.06.2003  
9.00 – 10.30 Uhr**

## I. Einleitung

Die Bundesregierung verfolgt mit dem Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz das Ziel, die Effektivität und Qualität der Leistungserbringung im Gesundheitswesen zu verbessern und die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern.

Die Bundesregierung folgt bei der Analyse des Regelungsbedarfs dieses Gesetzes weitgehend den Feststellungen des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, der in seinen letzten Gutachten aufgezeigt hat, dass es infolge einer mangelhaften Bürgerorientierung des Gesundheitswesens und infolge einer zu starken Ausrichtung des Gesundheitssystems an der Behandlung Akutkranker zu erheblichen Fehlversorgungen vieler chronisch kranker und behinderter Menschen gekommen ist.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V. (BAGH) teilt als Dachverband von derzeit 86 Bundesorganisationen der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen und von 14 Landesarbeitsgemeinschaften ausdrücklich diese Problemsicht und begrüßt den Grundansatz des Gesetzentwurfs, auf dem Boden des Solidarprinzips der Krankenversicherung die Qualität, Wirtschaftlichkeit, Transparenz und Bürgerorientierung des Gesundheitswesens zu stärken.

Auch angesichts der berechtigten Diskussionen zur künftigen Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme darf nicht verkannt werden, dass die solidarische Absicherung der Krankheitsrisiken die Basis des deutschen Gesundheitswesens und eines der charakteristischen Merkmale einer sozialen und solidarischen Gesellschaft ist.

Leistungsausgrenzungen, Privatversicherungsmodelle, Kopfpauschalen und Selbstbehalte führen zu einer systematischen Benachteiligung chronisch kranker und behinderter Menschen und sind daher mit dem Solidarprinzip nicht vereinbar.

Leider wird in der allgemeinen Finanzierungsdebatte und teilweise auch im vorliegenden Gesetzentwurf häufig verkannt, dass chronisch kranke und behinderte Menschen in der Regel gar nicht die Möglichkeit haben, private Zusatzversicherungen abzuschließen und dass Zuzahlungen, Selbstbehalte und Kopfpauschalen bei chronisch kranken und behinderten Menschen keinerlei Steuerungseffekte, sondern lediglich Diskriminierungseffekte haben können, da diese Menschen auf die gebotene Versorgung schlicht angewiesen sind.

Viel zu kurzfristig sind daher Ansätze, nach denen eine Leistungsausgrenzung pauschal die Finanzierungsproblematik der gesetzlichen Krankenversicherung lösen könne. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat in seinen Gutachten mehrfach dargelegt, dass die zentrale Aufgabe des Gesundheitswesens die Versorgung der wachsenden Zahl chronisch kranker und behinderter Menschen ist.

Nur über eine möglichst optimale Versorgung dieser Menschen können die bestehenden Fehlsteuerungen im System und massiven Ressourcenverschwendungen behoben werden. Nur über integrative Programme für chronisch kranke und behinderte Menschen kann langfristig eine Reduzierung der Krankheitskosten erreicht und bei vielen Menschen unnötiges Leid verhindert werden.

Solange Präventions- und Rehabilitationsprogramme in völlig unzureichendem Umfang durchgeführt werden, solange es in großem Umfang aufgrund der mangelnden Bürgerbeteili-

gung an den Systementscheidungen im Gesundheitswesen zu Fehlversorgungen kommt und solange auf der Anbieterseite nach wie vor teilweise erhebliche Gewinnsteigerungen zu verzeichnen sind, besteht aus Sicht der BAGH kein Anlass, die solidarisch finanzierte medizinische Versorgung der Bürgerinnen und Bürger einzuschränken oder gar teilweise aufzugeben.

## **II. Allgemeine Einschätzung zum Gesetzentwurf**

Die BAGH begrüßt das Anliegen der Bundesregierung, mit dem geplanten Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz eine Strukturreform anzugehen.

Grundpfeiler dieser Strukturreform müssen

1. die verstärkte Patientenorientierung des Systems,
2. die Schaffung integrierter Versorgungssysteme,
3. die Aufwertung der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen gegenüber der bislang vorherrschenden Ausrichtung an der Behandlung Akutkranker und
4. die Optimierung der Versorgungsqualität, d. h. der Abbau von Fehlversorgungen, sein.

### **1. Patientenorientierung**

Ausdrücklich zu begrüßen ist aus Sicht der BAGH, dass im Gesetzentwurf zum Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz eine Stärkung der kollektiven Patientenrechte an vielen zentralen Stellen vorgesehen ist.

- a) Dies betrifft insbesondere die Beteiligung der Selbsthilfeorganisationen der chronisch kranken und behinderten Menschen im Bundesausschuss (§ 92 Abs. 7 b SGB V), in den Gremien, die die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege regeln (§ 132 b SGB V), in der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung (§ 137 SGB V), im vorgesehenen Deutschen Zentrum für Qualitätssicherung in der Medizin (§ 139 a SGB V), im vorgesehenen Steuerungsausschuss für Telematik im Gesundheitswesen (§ 291 b SGB V) und im Beirat der vorgesehenen Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz (§ 303 a SGB V).

Die Schaffung dieser kollektiven Patientenrechte ist längst überfällig und ein wichtiger Baustein zur Modernisierung des Gesundheitssystems.

Wie der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen bereits in seinem Gutachten „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ festgestellt hat, muss sich die Rolle der Patienten im Gesundheitssystem dahingehend wandeln, dass von den Patienten künftig ein verstärkter Einfluss auf die Zielorientierung, die Prozesse und die Strukturen des Versorgungssystems ausgeht (vgl. Sachverständigenrat, Gutachten 2001 „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“, Kurzfassung, Bd. I, S. 40).

- b) Um die erforderliche Neuausrichtung des Systems tatsächlich realisieren zu können und um nicht auf halbem Wege stehen zu bleiben, muss die Stärkung der kollektiven Patientenrechte konsequent durchgeführt werden.

- bb) Ergänzungsbedürftig ist daher aus Sicht der BAGH im vorliegenden Gesetzentwurf vor allem das noch nicht vorgesehene Antragsrecht der Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen nach § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

Außerdem muss aus Sicht der BAGH in den o. g. Vorschriften zur Patientenbeteiligung ausdrücklich bestimmt werden, dass es sich nicht nur um rein formale Verfahrensbeteiligungen handelt, sondern um echte Mitwirkungsrechte, die es zumindest erforderlich machen, dass die Sachargumente der Betroffenenorganisationen inhaltlich diskutiert werden und Eingang in die jeweiligen Entscheidungen finden. Dies betrifft insbesondere die Beteiligung im Bundesausschuss nach § 92 SGB V, da die Vertretung der Interessen der Betroffenen anderenfalls nur eine Feigenblattpflicht hätte. Eine echte Entscheidungsbeteiligung der Betroffenenorganisationen setzt im Übrigen voraus, dass auch die hierfür notwendigen Rahmenbedingungen in den Verfahren geschaffen werden. Dies betrifft vor allem angemessene Bearbeitungszeiten, die Verständlichkeit und Transparenz der Sachdiskussionen und die Möglichkeit, Minderheitenvoten kenntlich zu machen.

- cc) Die BAGH weist darauf hin, dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf noch nicht alle Möglichkeiten genutzt wurden, um die Patientenorientierung breitflächig im System zu verankern.

Wünschenswert wäre aus Sicht der BAGH eine Beteiligung der Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen über die im Gesetzentwurf vorgesehenen Fälle hinaus in den Gremien zur Regelung der stationären Versorgung (§ 109 a SGB V), der ambulanten Operationen (§ 115 b SGB V), des Arzneimittelversandhandels (§ 129 Abs. 5 a SGB V) und der Krankenhausapotheken (§ 129 a SGB V). Wünschenswert wäre aber beispielsweise auch die Beteiligung in den Gremien zur Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge/Rehabilitation (§ 137 d SGB V). Dringend notwendig ist die Beteiligung der Betroffenenorganisationen an den Vertragsverhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, die Heil- und Hilfsmittel und Transportleistungen „zu niedrigen Preisen“ anbieten sollen (§§ 32 Abs. 1, 33, 60 Abs. 2). Ohne eine Beteiligung der Betroffenenorganisationen an diesen Vertragsverhandlungen (§§ 125 Abs. 2, 127 Abs. 2, 133) wird es zu Vertragsabschlüssen zu Lasten Dritter, nämlich zu Lasten der Betroffenen kommen.

- c) Rein terminologisch ist darauf hinzuweisen, dass die im Gesetzentwurf verwendeten Begriffe „Selbsthilfe“ und „Patientenvertretung“ nicht nebeneinander stehen oder sich gar ausschließen sollten (z.B. in § 92 Abs. 7 b SGB V).

Die Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen sind die Interessenvertretung chronisch kranker und behinderter Patienten. Die Selbsthilfe ist somit die einzige Form der demokratisch legitimierten Selbstvertretung der Patienten, weshalb die Selbsthilfe auch die maßgebliche Form der Patientenvertretung im Gesundheitssystem ist. Dies insbesondere auch deshalb, weil die Versorgung der chronisch kranken und behinderten Menschen künftig mehr denn je zur zentralen Aufgabe des Gesundheitswesens werden wird (vgl. hierzu unten 2.).

- d) Zu begrüßen ist aus Sicht der BAGH die im Gesetzentwurf vorgesehene Schaffung eines sog. Patientenbeauftragten der Bundesregierung. Dieser Patientenbeauftragte würde nämlich gewährleisten, dass die Patientenorientierung des Gesundheitswesens nachhaltig als fortlaufende Reformaufgabe der Bundesregierung begriffen würde. Außerdem wäre es wünschenswert, wenn die Selbsthilfeorganisationen der Betroffenen einen direkten Ansprechpartner auf höchster Ebene hätten, um auf akute Problemfelder hinzuweisen und um gemeinsam mit der Bundesregierung Lösungsansätze zu erarbeiten. Andererseits ist jedoch zu betonen, dass ein solcher Patientenbeauftragter nicht die Selbstvertretung der Betroffenen durch die Selbsthilfeorganisationen ersetzen kann. Nur die Selbsthilfeorganisationen der Betroffenen sind die legitimierte Vertretung chronisch kranker und behinderter Menschen.
- e) Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass die Stärkung der kollektiven Patientenrechte auch immer im Zusammenhang mit der Stärkung der Ressourcen der Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen zu sehen ist.

Ausdrücklich zu begrüßen ist daher die im Gesetzentwurf vorgesehene Neufassung des § 20 Abs. 4 SGB V.

Aus Sicht der BAGH ist diese Neuregelung dringend erforderlich, da die gesetzlichen Krankenkassen die im Gesetz vorgesehene Fördersumme von € 0,52 pro Versicherten pro Jahr für die Selbsthilfe seit Jahren mehr als zur Hälfte gesetzwidrig zurückbehalten und teilweise durch ebenso zweckwidrige wie intransparente „Förderpolitiken“ den staatlichen Förderauftrag unterlaufen.

Die BAGH begrüßt ausdrücklich, dass diesem unhaltbaren Zustand nun ein Ende bereitet werden soll. Es sollte in diesem Zusammenhang darüber hinaus noch gesetzlich sichergestellt werden, dass der personelle und finanzielle Aufwand der Selbsthilfeorganisationen, der durch die Gremienarbeit im Gesundheitswesen erforderlich wird, angemessen unterstützt wird. Dies wird von den gesetzlichen Krankenkassen bislang in Abrede gestellt, ist aber ein unabdingbarer Baustein einer effektiven Patientenorientierung im Gesundheitswesen.

## **2. Integrierte Versorgung**

Die BAGH begrüßt das Anliegen der Bundesregierung, dass künftig verstärkt integrierte Versorgungssysteme eingeführt werden sollen. Dabei muss jedoch dafür Sorge getragen werden, dass funktionierende vorhandene Strukturen nicht abgebaut werden.

- a) Die im Gesetzentwurf vorgesehene Einschränkung des Kollektivvertragssystems, die vorgesehene Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung im Bereich hochspezialisierter Leistungen und die Einbeziehung von Gesundheitszentren in die Versorgungsstrukturen können sicherlich mit dazu beitragen, die derzeitigen Versorgungsstrukturen sinnvoll zu ergänzen.

Gerade aus Sicht chronisch kranker und behinderter Menschen ist jedoch zu bemängeln, dass die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen auch die Gefahr eines erheblichen Abbaus von niedergelassenen fachärztlichen Versorgungsstrukturen in sich bergen und dass keine Regelungen getroffen werden, die eine rein ökonomisch orientierte Gestaltung

der Versorgung durch die gesetzlichen Krankenkassen ausschließen. Dringend erforderlich sind effiziente Regelungen, die sicherstellen, dass beim Wettbewerb der Krankenkassen die Qualität der Versorgung sichergestellt und nicht im Konsens der Wettbewerber abgesenkt wird.

Außerdem ist nicht recht nachvollziehbar, warum manche Facharztgruppen von den Neuregelungen zu den Einzelverträgen zwischen Ärzten und Krankenkassen ausgenommen sind, andere jedoch nicht.

- b) Was die Schaffung integrierter Versorgungssysteme anbelangt, so überlassen die vorgesehenen Regelungen der §§ 140 a ff. SGB V des vorliegenden Gesetzentwurfs weitgehend den gesetzlichen Krankenkassen die Initiative.

Angesichts der Erfahrungen mit den bisherigen Regelungen hegt die BAGH Zweifel, ob dies ausreichend ist. Wünschenswert wären einerseits konkretere Vorgaben für die Schaffung neuer integrierter Versorgungsstrukturen und andererseits Anreize nach dem Vorbild des DMP-bezogenen Risikostrukturausgleichs (§§ 137 ff. SGB V).

Auch in diesem Bereich ist es im Übrigen an der Zeit, die Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen an den strukturbildenden Entscheidungen im System zu beteiligen. Wünschenswert wäre beispielsweise ein Initiativrecht zum Abschluss von Zielvereinbarungen, vergleichbar zu den entsprechenden Regelungen im Bundesgleichstellungsgesetz.

- c) Im Mittelpunkt der Reformbemühungen zur integrierten Versorgung muss immer das Wohl der Patientinnen und Patienten stehen. Daher muss gesetzgeberisch insbesondere auch die Abspaltung der Rehabilitation von der Kuration in die Regelungsbereiche der Sozialgesetzbücher V und IX überwunden werden. Dies wird beispielsweise hinsichtlich der Disease-Management-Programme nach § 137 ff. SGB V nicht hinreichend beachtet: Diese Programme sind aus Sicht der BAGH als systemübergreifende integrierte Versorgungssysteme zu begreifen und nicht allein der Kuration nach dem SGB V zuzuschlagen.

### **3. Aufwertung der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen gegenüber der akutmedizinischen Behandlung**

- a) Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten zur „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ (Sachverständigenrat, Gutachten 2001, „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“, Bd. III, S. 62 f., Kurzfassung) im Einzelnen aufgezeigt, dass unser gegenwärtiges Gesundheitssystem in vielfältiger Weise nur unzureichend an die Erfordernisse der Behandlung chronisch kranker und behinderter Menschen angepasst ist.

„Diese Fehladaptation lässt sich im Wesentlichen auf die dem akutmedizinischen Paradigma verhafteten Strukturen der Gesundheitsversorgung, der Qualifikation und der Sozialisation der Leistungserbringer zurückführen“ (Sachverständigenrat, a.a.O., S. 65).

Dies ist deshalb für das deutsche Gesundheitswesen fatal, weil in den fortgeschrittenen Industrienationen die angemessene Versorgung chronisch kranker und behinderter

Menschen die wichtigste und größte Herausforderung für das Gesundheitswesen ist (Sachverständigenrat, a.a.O., S. 62). Außerdem wird in Zukunft die Bedeutung dieser Patienten für die Versorgungsstrukturen rein zahlenmäßig noch weiter zunehmen.

Die Aufwertung der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen gegenüber der akutmedizinischen Behandlung ist daher erwiesenermaßen dringend erforderlich, auch um Ressourcenverschwendungen in diesem Bereich durch Fehlversorgungen abzubauen. spezifische Regelungen zur Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen im SGB V sind zur Überwindung der strukturellen Mängel unbedingt notwendig.

- b) Der vorliegende Gesetzentwurf lässt den dringend erforderlichen Paradigmenwechsel hin zu einer integrationsorientierten Ausrichtung des Gesundheitswesens im Bereich des SGB V vermissen.

Die BAGH setzt sich deshalb dafür ein, dass ein gesonderter Abschnitt in das SGB V aufgenommen wird, in dem die Grundprinzipien der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen auf der Grundlage des im SGB IX bereits etablierten Versorgungsverständnisses niedergelegt werden.

Elementare Grundpfeiler dieses Verständnisses sind die Abkehr vom rein somatisch orientierten Gesundheitsbegriff, die volle Teilhabe chronisch kranker und behinderter Menschen am gesellschaftlichen Leben und die volle Selbstbestimmung der Betroffenen. In jedem Fall ist ein eigenständiger integrierter Versorgungsstrang zu schaffen, der auch den Regelungsbereich des SGB V mit umfasst.

- c) Das stattdessen im Entwurf für das Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz vorgesehene Hausarztssystem ( § 65 SGB V) ist nach Auffassung der BAGH hingegen aus mehreren Gründen nicht geeignet, eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen.

Zum einen wird der grundlegende Unterschied zwischen der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen und der akutmedizinischen Behandlung von diesem Ansatz nicht erfasst. Zwar teilt die BAGH die Auffassung, dass die Patientinnen und Patienten gerade bei Einführung neuer Versorgungsstrukturen Ansprechpartner ihres besonderen Vertrauens benötigen, die sie durch die immer komplexer werdenden Strukturen des Gesundheitswesens begleiten. Gerade bei der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen sind es aber in der Regel gerade nicht die Allgemeinmediziner, die diese Schlüsselstellung einnehmen können. Behinderte und chronisch kranke Menschen sind typischerweise auf ein enges Vertrauensverhältnis mit dem Facharzt des betroffenen medizinischen Fachgebiets angewiesen, weshalb vor allem Fachärzte bei behinderten und chronisch kranken Menschen als „Lotsen“ des Patienten prädestiniert sind.

Zwar sind im geplanten Hausarztssystem Ausnahmeregelungen für chronisch kranke Menschen in Dauerbehandlung vorgesehen. Dies allein wird aber den besonderen Versorgungsbedürfnissen dieser Menschen nicht gerecht. Außerdem ist es unhaltbar, dass die Ausnahmeregelung nur unter der Bedingung greift, dass man sich nicht in Disease-Management-Programme oder integrierte Versorgungssysteme einschreiben kann. Eine solche „Ausnahmeregelung“ ist mit dem Leitbild des mündigen Patienten unvereinbar und wird von den Betroffenen als Nötigung zur Einschreibung in be-

stimmte Versorgungsstrukturen angesehen. Der Qualitätswettbewerb der Versorgungsstrukturen setzt jedoch voraus, dass der mündige Patient durch seine freiwillige Entscheidung für oder gegen Versorgungsangebote im Mittelpunkt der Versorgungsanstrengungen steht. Der Gesetzentwurf verkennt schon vom Grundsatz her, dass ein eigenständiger integrativer Ansatz im SGB V zur Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen erforderlich ist. Bei der nun vorgesehenen Lösung ist es im Übrigen nicht haltbar, dass der Facharztzugang für Neuerkrankte eingeschränkt werden soll.

Unabhängig von den besonderen Problemen der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen ist zum Hausarztssystem zu sagen, dass die derzeitigen Defizite in der hausärztlichen Versorgung es nicht zulassen, hieraus eine Regelversorgung im Sinne eines Hausarztssystems zu machen. Es ist ein grober Mangel, dass die Betroffenenorganisationen nach dem vorliegenden Entwurf noch nicht einmal an der Definition der Qualitätsstandards beteiligt werden sollen.

Festzuhalten ist somit, dass die Grundkonzeption des Gesetzentwurfs zu den künftigen Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen in vielerlei Hinsicht verbesserungsbedürftig ist.

#### **4. Optimierung der Versorgungsqualität**

Oberstes Ziel der Gesundheitspolitik muss es stets sein, die medizinische und pflegerische Versorgung der Betroffenen qualitativ möglichst optimal zu gestalten.

Die BAGH begrüßt daher das Anliegen der Bundesregierung, die Qualität der Versorgung durch verschiedene Maßnahmen zu verbessern, da hierin nicht zuletzt der Schlüssel für die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitswesens liegt.

Solange es gerade bei der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen erwießenermaßen in großem Umfang zu Fehlsteuerungen kommt, die bei vielen Menschen unnötiges Leid verursachen, die aber auch zu enormen Ressourcenverschwendungen führen, besteht kein Anlass, die solidarisch finanzierte medizinische Versorgung der Bürgerinnen und Bürger durch Leistungsausgrenzungen, Rationierungen oder Ähnliches ohne Not zu verschlechtern.

- a) Vor diesem Hintergrund begrüßt die BAGH grundsätzlich das Vorhaben der Bundesregierung, ein koordinierendes Zentrum für Qualitätssicherung in der Medizin (§§ 139 a ff SGB V) zu schaffen.

Es ist nämlich durchaus sinnvoll, die verschiedenen Ansätze zur Qualitätssicherung in der Medizin zu bündeln, da Qualitätssicherung bislang aufgrund verschiedenster gesetzlicher Regelungen durch die verschiedensten Institutionen betrieben wird, ohne dass diese Ansätze miteinander vernetzt sind.

Eine integrierte Versorgung bedingt im Übrigen auch eine integrierte Qualitätssicherung.

Die BAGH begrüßt auch grundsätzlich die im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehenen Beteiligungsrechte der Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen in den Gremien des geplanten Instituts für Qualitätssicherung in der Medizin. Die



Einbindung der Betroffenenkompetenz ist nämlich eine unabdingbare Voraussetzung für eine adäquate Qualitätssicherung im Gesundheitswesen.

Trotzdem sind die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen zum Institut für Qualitätssicherung in der Medizin auch kritisch zu betrachten. So bleiben Fragen der Zusammensetzung der Gremien, der Arbeitsaufträge und der Arbeitsweise des Instituts völlig unklar. Aus Sicht der BAGH sind dringend zusätzliche Regelungen im Gesetzentwurf erforderlich, die verhindern, dass das Institut zu einer praxisfernen und innovationshemmenden Zentralbehörde wird.

- b) Soweit im Gesetzentwurf eine Verpflichtung der Ärzte zur regelmäßigen Fortbildung vorgesehen ist, findet auch dies im Sinne einer verbesserten Qualitätssicherung die Zustimmung der BAGH.

Allerdings ist in diesem Zusammenhang hervorzuheben, dass es für die Qualitätssicherung der Behandlung der Patientinnen und Patienten besonders wichtig ist, das Element der „sprechenden Medizin“ in der Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte zu stärken. Daher sollte hier ein Schwerpunkt bei den Fortbildungspflichten gesetzlich festgelegt werden.

- c) Als Bedrohung für die Versorgungsqualität im Gesundheitswesen sind aus Sicht der BAGH hingegen die vielfältigen Leistungsbeschneidungen zu sehen, die im Gesetzentwurf vorgesehen sind.

Beispielhaft zu nennen ist insoweit die Herausnahme der nicht verschreibungspflichtigen Medikamente aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen (§ 34 Abs. 1) und die Neuregelung zum Zahnersatz (§ 30). Hier kommt es zum elementaren Bruch mit dem Grundsatz, dass für alle Bürgerinnen und Bürger im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung das medizinisch Notwendige finanzierbar sein muss – dies ist mit einer qualitativ hochwertigen Versorgung schlichtweg unvereinbar.

## **5. Keine einseitige Belastung der Patientinnen und Patienten**

Vom Ansatz her verfehlt ist schließlich das Vorhaben der Bundesregierung, zur Senkung der Kosten in der Krankenversicherung einseitig die Patienten durch Praxisgebühren (§ 28 Abs. 4) oder Ähnliches zu belasten.

Derartige Maßnahmen stützen nur eine ineffiziente Mittelverwendung im System und stabilisieren so diejenigen Strukturen, die gerade zu kostenträchtigen Fehlsteuerungen führen. Völlig verkannt wird in der allgemeinen Debatte hingegen, dass chronisch kranke und behinderte Menschen schon jetzt ein besonders hohes Armutsrisiko tragen, was wissenschaftlich belegt ist (vgl. z.B. Hanesch u.a., Armut und Ungleichheit in Deutschland, Reinbek, 2000, Kap. 3.4.5 und 3.4.6).

Chronisch kranke und behinderte Menschen sind im Übrigen nicht im üblichen Sinne „heilbar“, sondern auf eine dauernde und umfassende Versorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung angewiesen. Angebliche Steuerungseffekte sind bei diesen Patienten durch Zuzahlungsverpflichtungen, Eigenanteile oder Praxisgebühren nicht zu erreichen. Klar abzulehnen ist daher insbesondere die im Gesetzentwurf vorgesehene Neugestaltung der Zuzahlungs- und Befreiungsregelungen der §§ 61 ff. SGB V, wengleich anzuerkennen ist, dass auch nach der Neuregelung nun Ausnahmevorschriften für chronisch kranke Menschen vorgesehen sind

(§ 62 a SGB V). Wie bereits aufgeführt wurde, sind diese Ausnahmenvorschriften aber an Bedingungen geknüpft, die aus Sicht chronisch kranker Menschen als Nötigung zur Einschreibung in vorgegebene Versorgungsstrukturen anzusehen sind.

## **6. Wettbewerb und Organisationsstrukturen**

Was schließlich die Reform der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen anbelangt, so ist sicherlich im Sinne einer Verbesserung des Wettbewerbs die Ermöglichung der Einzelverträge zwischen Fachärzten und Krankenkassen (§ 106 b SGB V) zu begrüßen.

Auch die Ermöglichung kassenartenübergreifender Fusionen (§ 171 a SGB V) geht aus Sicht der BAGH in die richtige Richtung, um Synergien zu nutzen und um die Effizienz auch auf Seiten der gesetzlichen Krankenkassen zu verbessern.

Allerdings fehlt es bei dem vorliegenden Gesetzentwurf an einer Reform des Risikostrukturausgleichs, da trotz der Gutschriften für chronisch kranke Patienten in Disease-Management-Programmen unter den gesetzlichen Krankenkassen nach wie vor ein Wettbewerb um die sog. „guten Risiken“ stattfindet. Nach einer solchen Wettbewerbslogik besteht keinerlei Anreiz, eine qualitativ hochwertige Versorgung gerade derjenigen Patienten zu gewährleisten, die in besonderem Maße auf das Gesundheitssystem angewiesen sind.

Es ist daher dringend erforderlich, dass für chronisch kranke und behinderte Menschen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung stärkere Ausgleichsmechanismen, wie etwa der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich, gefunden werden.

Eine Wettbewerbsorientierung auf der Basis des jetzigen Risikostrukturausgleichs führt nämlich zur systematischen Benachteiligung derjenigen chronisch kranken und behinderten Menschen, die sich nicht in Disease-Management-Programme einschreiben können. Eine solche Art der Wettbewerbsorientierung ist aus Sicht der BAGH abzulehnen.

### III. Zu den im Gesetzentwurf vorgesehenen Änderungen in der vertragszahnärztlichen Versorgung und der Zahntechnik ist im Einzelnen Folgendes auszuführen:

1. Elementarer Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung ist es, die medizinisch notwendige Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Dementsprechend hält § 30 SGB V in seiner bisherigen Fassung zutreffend fest: „Versicherte haben Anspruch auf medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz“. Daher ist aus Sicht der BAGH allen Überlegungen eine Absage zu erteilen, nach denen der Bereich der Zahnmedizin und Zahntechnik aus dem Leistungsrahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ganz herausgenommen werden soll.
2. Die Bundesregierung schlägt nun vor, den Anspruch der Versicherten im Bereich von Zahnmedizin und Zahntechnik in einen Anspruch auf „Festzuschüsse“ umzuwandeln. Formal wird dies so dargestellt, als sei das medizinisch Notwendige hierdurch immer noch über die gesetzliche Krankenversicherung zu finanzieren. Aus Sicht der BAGH handelt es sich bei der vorgeschlagenen Regelung aber nicht nur um eine Abwandlung des Sachleistungsprinzips, sondern ebenfalls um einen Bruch mit dem Solidarprinzip, da schon absehbar ist, dass die vorgesehenen Festzuschüsse nur einen Bruchteil der Kosten abdecken werden, die für die Finanzierung des medizinisch Notwendigen erforderlich sind.
3. Auch aus verfassungsrechtlicher Sicht ist die geplante Regelung aus Sicht der BAGH problematisch, da es im Sinne von Art. 3 GG keinen sachlichen Grund gibt, warum den Versicherten bei Zahnerkrankungen im Gegensatz zu anderen Erkrankungen das medizinisch Notwendige nicht auf der Basis des Sachleistungsprinzips gewährt werden soll.
4. Die BAGH lehnt somit auch die von der Bundesregierung vorgeschlagene Neufassung des § 30 SGB V ab.  
  
Gerade die angemessene zahnmedizinische Versorgung aller sozialen Schichten der Gesellschaft ist Basiserrungenschaft des Sozialstaats. Auch der Bundeskanzler hat wiederholt geäußert, dass es nicht erwünscht ist, dass die soziale Herkunft der Bürgerinnen und Bürger künftig am Zustand des Gebisses abzulesen ist. Ein solcher Weg wird jedoch mit der geplanten Neufassung des § 30 SGB V eingeschlagen.
5. Besonders problematisch an der vorgesehenen Neuregelung ist, dass alle Patienten künftig wie Privatpatienten behandelt werden, was zu einer enormen Kostenexplosion im zahnmedizinischen Bereich führen wird, und zwar auch dann, wenn über die geplanten Festzuschüsse die Bonusregelungen nach § 30 Abs. 2 SGB V greifen, wird dies zwar die Finanzierungsgrundlagen der GKV nicht betreffen. Eine Kostenexplosion zu Lasten der Versicherten ist aber in jedem Fall unsozial, da sie die finanziell Schwächsten am härtesten trifft.

\*\*\*

**Stellungnahme  
der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für  
Behinderte e.V. (BAGH)**

**Zum Entwurf  
für das Gesetz zur Modernisierung des  
Gesundheitssystems**

**(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz)**

**Hier: Änderungen in der  
Heil- und Hilfsmittelversorgung**

**Anhörung am 30.06.2003  
10.45 – 13.15 Uhr**

## I. Einleitung

Die Bundesregierung verfolgt mit dem Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz das Ziel, die Effektivität und Qualität der Leistungserbringung im Gesundheitswesen zu verbessern und die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern.

Die Bundesregierung folgt bei der Analyse des Regelungsbedarfs dieses Gesetzes weitgehend den Feststellungen des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, der in seinen letzten Gutachten aufgezeigt hat, dass es infolge einer mangelhaften Bürgerorientierung des Gesundheitswesens und infolge einer zu starken Ausrichtung des Gesundheitssystems an der Behandlung Akutkranker zu erheblichen Fehlversorgungen vieler chronisch kranker und behinderter Menschen gekommen ist.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V. (BAGH) teilt als Dachverband von derzeit 86 Bundesorganisationen der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen und von 14 Landesarbeitsgemeinschaften ausdrücklich diese Problemsicht und begrüßt den Grundansatz des Gesetzentwurfs, auf dem Boden des Solidarprinzips der Krankenversicherung die Qualität, Wirtschaftlichkeit, Transparenz und Bürgerorientierung des Gesundheitswesens zu stärken.

Auch angesichts der berechtigten Diskussionen zur künftigen Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme darf nicht verkannt werden, dass die solidarische Absicherung der Krankheitsrisiken die Basis des deutschen Gesundheitswesens und eines der charakteristischen Merkmale einer sozialen und solidarischen Gesellschaft ist.

Leistungsausgrenzungen, Privatversicherungsmodelle, Kopfpauschalen und Selbstbehalte führen zu einer systematischen Benachteiligung chronisch kranker und behinderter Menschen und sind daher mit dem Solidarprinzip nicht vereinbar.

Leider wird in der allgemeinen Finanzierungsdebatte und teilweise auch im vorliegenden Gesetzentwurf häufig verkannt, dass chronisch kranke und behinderte Menschen in der Regel gar nicht die Möglichkeit haben, private Zusatzversicherungen abzuschließen und dass Zuzahlungen, Selbstbehalte und Kopfpauschalen bei chronisch kranken und behinderten Menschen keinerlei Steuerungseffekte, sondern lediglich Diskriminierungseffekte haben können, da diese Menschen auf die gebotene Versorgung schlicht angewiesen sind.

Viel zu kurzfristig sind daher Ansätze, nach denen eine Leistungsausgrenzung pauschal die Finanzierungsproblematik der gesetzlichen Krankenversicherung lösen könne. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat in seinen Gutachten mehrfach dargelegt, dass die zentrale Aufgabe des Gesundheitswesens die Versorgung der wachsenden Zahl chronisch kranker und behinderter Menschen ist. Nur über eine möglichst optimale Versorgung dieser Menschen können die bestehenden Fehlsteuerungen im System und massiven Ressourcenverschwendungen behoben werden. Nur über integrative Programme für chronisch kranke und behinderte Menschen kann langfristig eine Reduzierung der Krankheitskosten erreicht und bei vielen Menschen unnötiges Leid verhindert werden.

Solange Präventions- und Rehabilitationsprogramme in völlig unzureichendem Umfang durchgeführt werden, solange es in großem Umfang aufgrund der mangelnden Bürgerbeteiligung an den Systementscheidungen im Gesundheitswesen zu Fehlversorgungen kommt und solange auf der Anbieterseite nach wie vor teilweise erhebliche Gewinnsteigerungen zu ver-

zeichnen sind, besteht aus Sicht der BAGH kein Anlass, die solidarisch finanzierte medizinische Versorgung der Bürgerinnen und Bürger einzuschränken oder gar teilweise aufzugeben.

## **II. Allgemeine Einschätzung zum Gesetzentwurf**

Die BAGH begrüßt das Anliegen der Bundesregierung, mit dem geplanten Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz eine Strukturreform anzugehen.

Grundpfeiler dieser Strukturreform müssen

5. die verstärkte Patientenorientierung des Systems,
6. die Schaffung integrierter Versorgungssysteme,
7. die Aufwertung der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen gegenüber der bislang vorherrschenden Ausrichtung an der Behandlung Akutkranker und
8. die Optimierung der Versorgungsqualität, d. h. der Abbau von Fehlversorgungen, sein.

### **1. Patientenorientierung**

Ausdrücklich zu begrüßen ist aus Sicht der BAGH, dass im Gesetzentwurf zum Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz eine Stärkung der kollektiven Patientenrechte an vielen zentralen Stellen vorgesehen ist.

- a) Dies betrifft insbesondere die Beteiligung der Selbsthilfeorganisationen der chronisch kranken und behinderten Menschen im Bundesausschuss (§ 92 Abs. 7 b SGB V), in den Gremien, die die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege regeln (§ 132 b SGB V), in der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung (§ 137 SGB V), im vorgesehenen Deutschen Zentrum für Qualitätssicherung in der Medizin (§ 139 a SGB V), im vorgesehenen Steuerungsausschuss für Telematik im Gesundheitswesen (§ 291 b SGB V) und im Beirat der vorgesehenen Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz (§ 303 a SGB V).

Die Schaffung dieser kollektiven Patientenrechte ist längst überfällig und ein wichtiger Baustein zur Modernisierung des Gesundheitssystems.

Wie der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen bereits in seinem Gutachten „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ festgestellt hat, muss sich die Rolle der Patienten im Gesundheitssystem dahingehend wandeln, dass von den Patienten künftig ein verstärkter Einfluss auf die Zielorientierung, die Prozesse und die Strukturen des Versorgungssystems ausgeht (vgl. Sachverständigenrat, Gutachten 2001 „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“, Kurzfassung, Bd. I, S. 40).

- b) Um die erforderliche Neuausrichtung des Systems tatsächlich realisieren zu können und um nicht auf halbem Wege stehen zu bleiben, muss die Stärkung der kollektiven Patientenrechte konsequent durchgeführt werden.

- bb) Ergänzungsbedürftig ist daher aus Sicht der BAGH im vorliegenden Gesetzentwurf vor allem das noch nicht vorgesehene Antragsrecht der Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen nach § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

Außerdem muss aus Sicht der BAGH in den o. g. Vorschriften zur Patientenbeteiligung ausdrücklich bestimmt werden, dass es sich nicht nur um rein formale Verfahrensbeteiligungen handelt, sondern um echte Mitwirkungsrechte, die es zumindest erforderlich machen, dass die Sachargumente der Betroffenenorganisationen inhaltlich diskutiert werden und Eingang in die jeweiligen Entscheidungen finden. Dies betrifft insbesondere die Beteiligung im Bundesausschuss nach § 92 SGB V, da die Vertretung der Interessen der Betroffenen anderenfalls nur eine Feigenblattfunktion hätte. Eine echte Entscheidungsbeteiligung der Betroffenenorganisationen setzt im Übrigen voraus, dass auch die hierfür notwendigen Rahmenbedingungen in den Verfahren geschaffen werden. Dies betrifft vor allem Bearbeitungszeiten, die Verständlichkeit und Transparenz der Sachdiskussionen und die Möglichkeit, Minderheitenvoten kenntlich zu machen.

- cc) Die BAGH weist darauf hin, dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf noch nicht alle Möglichkeiten genutzt wurden, um die Patientenorientierung breitflächig im System zu verankern.

Wünschenswert wäre aus Sicht der BAGH eine Beteiligung der Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen über die im Gesetzentwurf vorgesehenen Fälle hinaus in den Gremien zur Regelung der stationären Versorgung (§ 109 a SGB V), der ambulanten Operationen (§ 115 b SGB V), des Arzneimittelversandhandels (§ 129 Abs. 5 a SGB V) und der Krankenhausapotheken (§ 129 a SGB V). Wünschenswert wäre aber beispielsweise auch die Beteiligung in den Gremien zur Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge/Rehabilitation (§ 137 d SGB V). Dringend notwendig ist die Beteiligung der Betroffenenorganisationen an den Vertragsverhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, die Heil- und Hilfsmittel und Transportleistungen „zu niedrigen Preisen“ anbieten sollen (§§ 32 Abs. 1, 33, 60 Abs. 2). Ohne eine Beteiligung der Betroffenenorganisationen an diesen Vertragsverhandlungen (§§ 125 Abs. 2, 127 Abs. 2, 133) wird es zu Vertragsabschlüssen zu Lasten Dritter, nämlich zu Lasten der Betroffenen kommen.

- c) Rein terminologisch ist darauf hinzuweisen, dass die im Gesetzentwurf verwendeten Begriffe „Selbsthilfe“ und „Patientenvertretung“ nicht nebeneinander stehen oder sich gar ausschließen sollten (z.B. in § 92 Abs. 7 b SGB V).

Die Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen sind die Interessenvertretung chronisch kranker und behinderter Patienten. Die Selbsthilfe ist somit die einzige Form der demokratisch legitimierten Selbstvertretung der Patienten, weshalb die Selbsthilfe auch die maßgebliche Form der Patientenvertretung im Gesundheitssystem ist. Dies insbesondere auch deshalb, weil die Versorgung der chronisch kranken und behinderten Menschen künftig mehr denn je zur zentralen Aufgabe des Gesundheitswesens werden wird (vgl. hierzu unten 2.).

- d) Zu begrüßen ist aus Sicht der BAGH die im Gesetzentwurf vorgesehene Schaffung eines sog. Patientenbeauftragten der Bundesregierung. Dieser Patientenbeauftragte würde nämlich gewährleisten, dass die Patientenorientierung des Gesundheitswesens nachhaltig als fortlaufende Reformaufgabe der Bundesregierung begriffen würde. Außerdem wäre es

wünschenswert, wenn die Selbsthilfeorganisationen der Betroffenen einen direkten Ansprechpartner auf höchster Ebene hätten, um auf akute Problemfelder hinzuweisen und um gemeinsam mit der Bundesregierung Lösungsansätze zu erarbeiten. Andererseits ist jedoch zu betonen, dass ein solcher Patientenbeauftragter nicht die Selbstvertretung der Betroffenen durch die Selbsthilfeorganisationen ersetzen kann. Nur die Selbsthilfeorganisationen der Betroffenen sind die legitimierte Vertretung chronisch kranker und behinderter Menschen.

- e) Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass die Stärkung der kollektiven Patientenrechte auch immer im Zusammenhang mit der Stärkung der Ressourcen der Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen zu sehen ist.

Ausdrücklich zu begrüßen ist daher die im Gesetzentwurf vorgesehene Neufassung des § 20 Abs. 4 SGB V.

Aus Sicht der BAGH ist diese Neuregelung dringend erforderlich, da die gesetzlichen Krankenkassen die im Gesetz vorgesehene Fördersumme von € 0,52 pro Versicherten pro Jahr für die Selbsthilfe seit Jahren mehr als zur Hälfte gesetzwidrig zurückbehalten und teilweise durch ebenso zweckwidrige wie intransparente „Förderpolitiken“ den staatlichen Förderauftrag unterlaufen.

Die BAGH begrüßt ausdrücklich, dass diesem unhaltbaren Zustand nun ein Ende bereitet werden soll. Es sollte in diesem Zusammenhang darüber hinaus noch gesetzlich sichergestellt werden, dass der personelle und finanzielle Aufwand der Selbsthilfeorganisationen, der durch die Gremienarbeit im Gesundheitswesen erforderlich wird, angemessen unterstützt wird. Dies wird von den gesetzlichen Krankenkassen bislang in Abrede gestellt, ist aber ein unabdingbarer Baustein einer effektiven Patientenorientierung im Gesundheitswesen.

## **2. Integrierte Versorgung**

Die BAGH begrüßt das Anliegen der Bundesregierung, dass künftig verstärkt integrierte Versorgungssysteme eingeführt werden sollen. Dabei muss jedoch dafür Sorge getragen werden, dass funktionierende vorhandene Strukturen nicht abgebaut werden.

- a) Die im Gesetzentwurf vorgesehene Einschränkung des Kollektivvertragssystems, die vorgesehene Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung im Bereich hochspezialisierter Leistungen und die Einbeziehung von Gesundheitszentren in die Versorgungsstrukturen können sicherlich mit dazu beitragen, die derzeitigen Versorgungsstrukturen sinnvoll zu ergänzen.

Gerade aus Sicht chronisch kranker und behinderter Menschen ist jedoch zu bemängeln, dass die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen auch die Gefahr eines erheblichen Abbaus von niedergelassenen fachärztlichen Versorgungsstrukturen in sich bergen und dass keine Regelungen getroffen werden, die eine rein ökonomisch orientierte Gestaltung der Versorgung durch die gesetzlichen Krankenkassen ausschließen. Dringend erforderlich sind effiziente Regelungen, die sicherstellen, dass beim Wettbewerb der Krankenkassen die Qualität der Versorgung sichergestellt und nicht im Konsens der Wettbewerber abgesenkt wird.



Außerdem ist nicht recht nachvollziehbar, warum manche Facharztgruppen von den Neuregelungen zu den Einzelverträgen zwischen Ärzten und Krankenkassen ausgenommen sind, andere jedoch nicht.

- b) Was die Schaffung integrierter Versorgungssysteme anbelangt, so überlassen die vorgesehenen Regelungen der §§ 140 a ff. SGB V des vorliegenden Gesetzentwurfs weitgehend den gesetzlichen Krankenkassen die Initiative.

Angesichts der Erfahrungen mit den bisherigen Regelungen hegt die BAGH Zweifel, ob dies ausreichend ist. Wünschenswert wären einerseits konkretere Vorgaben für die Schaffung neuer integrierter Versorgungsstrukturen und andererseits Anreize nach dem Vorbild des DMP-bezogenen Risikostrukturausgleichs (§§ 137 ff. SGB V).

Auch in diesem Bereich ist es im Übrigen an der Zeit, die Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen an den strukturbildenden Entscheidungen im System zu beteiligen. Wünschenswert wäre beispielsweise ein Initiativrecht zum Abschluss von Zielvereinbarungen, vergleichbar zu den entsprechenden Regelungen im Bundesgleichstellungsgesetz.

- c) Im Mittelpunkt der Reformbemühungen zur integrierten Versorgung muss immer das Wohl der Patientinnen und Patienten stehen. Daher muss gesetzgeberisch insbesondere auch die Abspaltung der Rehabilitation von der Kuration in die Regelungsbereiche der Sozialgesetzbücher V und IX überwunden werden. Dies wird beispielsweise hinsichtlich der Disease-Management-Programme nach § 137 ff. SGB V nicht hinreichend beachtet: Diese Programme sind aus Sicht der BAGH als systemübergreifende integrierte Versorgungssysteme zu begreifen und nicht allein der Kuration nach dem SGB V zuzuschlagen.

### **3. Aufwertung der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen gegenüber der akutmedizinischen Behandlung**

- a) Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten zur „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ (Sachverständigenrat, Gutachten 2001, „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“, Bd. III, S. 62 f., Kurzfassung) im Einzelnen aufgezeigt, dass unser gegenwärtiges Gesundheitssystem in vielfältiger Weise nur unzureichend an die Erfordernisse der Behandlung chronisch kranker und behinderter Menschen angepasst ist.

„Diese Fehladaptation lässt sich im Wesentlichen auf die dem akutmedizinischen Paradigma verhafteten Strukturen der Gesundheitsversorgung, der Qualifikation und der Sozialisation der Leistungserbringer zurückführen“ (Sachverständigenrat, a.a.O., S. 65).

Dies ist deshalb für das deutsche Gesundheitswesen fatal, weil in den fortgeschrittenen Industrienationen die angemessene Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen die wichtigste und größte Herausforderung für das Gesundheitswesen ist (Sachverständigenrat, a.a.O., S. 62). Außerdem wird in Zukunft die Bedeutung dieser Patienten für die Versorgungsstrukturen rein zahlenmäßig noch weiter zunehmen.

Die Aufwertung der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen gegenüber der akutmedizinischen Behandlung ist daher erwiesenermaßen dringend erforderlich, auch um Ressourcenverschwendungen in diesem Bereich durch Fehlversorgungen abzubauen. spezifische Regelungen zur Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen im SGB V sind zur Überwindung der strukturellen Mängel unbedingt notwendig.

- b) Der vorliegende Gesetzentwurf lässt den dringend erforderlichen Paradigmenwechsel hin zu einer integrationsorientierten Ausrichtung des Gesundheitswesens im Bereich des SGB V vermissen.

Die BAGH setzt sich deshalb dafür ein, dass ein gesonderter Abschnitt in das SGB V aufgenommen wird, in dem die Grundprinzipien der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen auf der Grundlage des im SGB IX bereits etablierten Versorgungsverständnisses niedergelegt werden.

Elementare Grundpfeiler dieses Verständnisses sind die Abkehr vom rein somatisch orientierten Gesundheitsbegriff, die volle Teilhabe chronisch kranker und behinderter Menschen am gesellschaftlichen Leben und die volle Selbstbestimmung der Betroffenen. In jedem Fall ist ein eigenständiger integrierter Versorgungsstrang zu schaffen, der auch den Regelungsbereich des SGB V mit umfasst.

- c) Das stattdessen im Entwurf für das Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz vorgesehene Hausarztssystem (§ 65 SGB V) ist nach Auffassung der BAGH hingegen aus mehreren Gründen nicht geeignet, eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen.

Zum einen wird der grundlegende Unterschied zwischen der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen und der akutmedizinischen Behandlung von diesem Ansatz nicht erfasst. Zwar teilt die BAGH die Auffassung, dass die Patientinnen und Patienten gerade bei Einführung neuer Versorgungsstrukturen Ansprechpartner ihres besonderen Vertrauens benötigen, die sie durch die immer komplexer werdenden Strukturen des Gesundheitswesens begleiten. Gerade bei der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen sind es aber in der Regel gerade nicht die Allgemeinmediziner, die diese Schlüsselstellung einnehmen können. Behinderte und chronisch kranke Menschen sind typischerweise auf ein enges Vertrauensverhältnis mit dem Facharzt des betroffenen medizinischen Fachgebiets angewiesen, weshalb vor allem Fachärzte bei behinderten und chronisch kranken Menschen als „Lotsen“ des Patienten prädestiniert sind.

Zwar sind im geplanten Hausarztssystem Ausnahmeregelungen für chronisch kranke Menschen in Dauerbehandlung vorgesehen. Dies allein wird aber den besonderen Versorgungsbedürfnissen dieser Menschen nicht gerecht. Außerdem ist es unhaltbar, dass die Ausnahmeregelung nur unter der Bedingung greift, dass man sich nicht in Disease-Management-Programme oder integrierte Versorgungssysteme einschreiben kann. Eine solche „Ausnahmeregelung“ ist mit dem Leitbild des mündigen Patienten unvereinbar und wird von den Betroffenen als Nötigung zur Einschreibung in bestimmte Versorgungsstrukturen angesehen. Der Qualitätswettbewerb der Versorgungsstrukturen setzt jedoch voraus, dass der mündige Patient durch seine freiwillige Entscheidung für oder gegen Versorgungsangebote im Mittelpunkt der Versorgungsanstrengungen steht. Der Gesetzentwurf verkennt schon vom Grundsatz her, dass ein

eigenständiger integrativer Ansatz im SGB V zur Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen erforderlich ist. Bei der nun vorgesehenen Lösung ist es im Übrigen nicht haltbar, dass der Facharztzugang für Neuerkrankte eingeschränkt werden soll.

Unabhängig von den besonderen Problemen der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen ist zum Hausarztssystem zu sagen, dass die derzeitigen Defizite in der hausärztlichen Versorgung es nicht zulassen, hieraus eine Regelversorgung im Sinne eines Hausarztssystems zu machen. Es ist ein grober Mangel, dass die Betroffenenorganisationen nach dem vorliegenden Entwurf noch nicht einmal an der Definition der Qualitätsstandards beteiligt werden sollen.

Festzuhalten ist somit, dass die Grundkonzeption des Gesetzentwurfs zu den künftigen Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen in vielerlei Hinsicht verbesserungsbedürftig ist.

#### **4. Optimierung der Versorgungsqualität**

Oberstes Ziel der Gesundheitspolitik muss es stets sein, die medizinische und pflegerische Versorgung der Betroffenen qualitativ möglichst optimal zu gestalten.

Die BAGH begrüßt daher das Anliegen der Bundesregierung, die Qualität der Versorgung durch verschiedene Maßnahmen zu verbessern, da hierin nicht zuletzt der Schlüssel für die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitswesens liegt.

Solange es gerade bei der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen erwießenermaßen in großem Umfang zu Fehlsteuerungen kommt, die bei vielen Menschen unnötiges Leid verursachen, die aber auch zu enormen Ressourcenverschwendungen führen, besteht kein Anlass, die solidarisch finanzierte medizinische Versorgung der Bürgerinnen und Bürger durch Leistungsausgrenzungen, Rationierungen oder Ähnliches ohne Not zu verschlechtern.

- a) Vor diesem Hintergrund begrüßt die BAGH grundsätzlich das Vorhaben der Bundesregierung, ein koordinierendes Zentrum für Qualitätssicherung in der Medizin (§§ 139 a ff SGB V) zu schaffen.

Es ist nämlich durchaus sinnvoll, die verschiedenen Ansätze zur Qualitätssicherung in der Medizin zu bündeln, da Qualitätssicherung bislang aufgrund verschiedenster gesetzlicher Regelungen durch die verschiedensten Institutionen betrieben wird, ohne dass diese Ansätze miteinander vernetzt sind.

Eine integrierte Versorgung bedingt im Übrigen auch eine integrierte Qualitätssicherung.

Die BAGH begrüßt auch grundsätzlich die im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehenen Beteiligungsrechte der Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen in den Gremien des geplanten Instituts für Qualitätssicherung in der Medizin. Die Einbindung der Betroffenenkompetenz ist nämlich eine unabdingbare Voraussetzung für eine adäquate Qualitätssicherung im Gesundheitswesen.

Trotzdem sind die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen zum Institut für Qualitätssicherung in der Medizin auch kritisch zu betrachten. So bleiben Fragen der Zusam-

mensetzung der Gremien, der Arbeitsaufträge und der Arbeitsweise des Instituts völlig unklar. Aus Sicht der BAGH sind dringend zusätzliche Regelungen im Gesetzentwurf erforderlich, die verhindern, dass das Institut zu einer praxisfernen und innovationshemmenden Zentralbehörde wird.

- b) Soweit im Gesetzentwurf eine Verpflichtung der Ärzte zur regelmäßigen Fortbildung vorgesehen ist, findet auch dies im Sinne einer verbesserten Qualitätssicherung die Zustimmung der BAGH.

Allerdings ist in diesem Zusammenhang hervorzuheben, dass es für die Qualitätssicherung der Behandlung der Patientinnen und Patienten besonders wichtig ist, das Element der „sprechenden Medizin“ in der Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte zu stärken. Daher sollte hier ein Schwerpunkt bei den Fortbildungspflichten gesetzlich festgelegt werden.

- c) Als Bedrohung für die Versorgungsqualität im Gesundheitswesen sind aus Sicht der BAGH hingegen die vielfältigen Leistungsbeschneidungen zu sehen, die im Gesetzentwurf vorgesehen sind.

Beispielhaft zu nennen ist insoweit die Herausnahme der nicht verschreibungspflichtigen Medikamente aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen (§ 34 Abs. 1) und die Neuregelung zum Zahnersatz (§ 30). Hier kommt es zum elementaren Bruch mit dem Grundsatz, dass für alle Bürgerinnen und Bürger im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung das medizinisch Notwendige finanzierbar sein muss – dies ist mit einer qualitativ hochwertigen Versorgung schlichtweg unvereinbar.

## **5. Keine einseitige Belastung der Patientinnen und Patienten**

Vom Ansatz her verfehlt ist schließlich das Vorhaben der Bundesregierung, zur Senkung der Kosten in der Krankenversicherung einseitig die Patienten durch Praxisgebühren (§ 28 Abs. 4) oder Ähnliches zu belasten.

Derartige Maßnahmen stützen nur eine ineffiziente Mittelverwendung im System und stabilisieren so diejenigen Strukturen, die gerade zu kostenträchtigen Fehlsteuerungen führen. Völlig verkannt wird in der allgemeinen Debatte hingegen, dass chronisch kranke und behinderte Menschen schon jetzt ein besonders hohes Armutsrisiko tragen, was wissenschaftlich belegt ist (vgl. z.B. Hanesch u.a., Armut und Ungleichheit in Deutschland, Reinbek, 2000, Kap. 3.4.5 und 3.4.6).

Chronisch kranke und behinderte Menschen sind im Übrigen nicht im üblichen Sinne „heilbar“, sondern auf eine dauernde und umfassende Versorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung angewiesen. Angebliche Steuerungseffekte sind bei diesen Patienten durch Zuzahlungsverpflichtungen, Eigenanteile oder Praxisgebühren nicht zu erreichen. Klar abzulehnen ist daher insbesondere die im Gesetzentwurf vorgesehene Neugestaltung der Zuzahlungs- und Befreiungsregelungen der §§ 61 ff. SGB V, wengleich anzuerkennen ist, dass auch nach der Neuregelung nun Ausnahmenvorschriften für chronisch kranke Menschen vorgesehen sind (§ 62 a SGB V). Wie bereits aufgeführt wurde, sind diese Ausnahmenvorschriften aber an Bedingungen geknüpft, die aus Sicht chronisch kranker Menschen als Nötigung zur Einschreibung in vorgegebene Versorgungsstrukturen anzusehen sind.

## **6. Wettbewerb und Organisationsstrukturen**

Was schließlich die Reform der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen anbelangt, so ist sicherlich im Sinne einer Verbesserung des Wettbewerbs die Ermöglichung der Einzelverträge zwischen Fachärzten und Krankenkassen (§ 106 b SGB V) zu begrüßen.

Auch die Ermöglichung kassenartenübergreifender Fusionen (§ 171 a SGB V) geht aus Sicht der BAGH in die richtige Richtung, um Synergien zu nutzen und um die Effizienz auch auf Seiten der gesetzlichen Krankenkassen zu verbessern.

Allerdings fehlt es bei dem vorliegenden Gesetzentwurf an einer Reform des Risikostrukturausgleichs, da trotz der Gutschriften für chronisch kranke Patienten in Disease-Management-Programmen unter den gesetzlichen Krankenkassen nach wie vor ein Wettbewerb um die sog. „guten Risiken“ stattfindet. Nach einer solchen Wettbewerbslogik besteht keinerlei Anreiz, eine qualitativ hochwertige Versorgung gerade derjenigen Patienten zu gewährleisten, die in besonderem Maße auf das Gesundheitssystem angewiesen sind.

Es ist daher dringend erforderlich, dass für chronisch kranke und behinderte Menschen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung stärkere Ausgleichsmechanismen, wie etwa der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich, gefunden werden.

Eine Wettbewerbsorientierung auf der Basis des jetzigen Risikostrukturausgleichs führt nämlich zur systematischen Benachteiligung derjenigen chronisch kranken und behinderten Menschen, die sich nicht in Disease-Management-Programme einschreiben können. Eine solche Art der Wettbewerbsorientierung ist aus Sicht der BAGH abzulehnen.

### III. Zu den Regelungen im Gesetzentwurf, die die Änderungen in der Heil- und Hilfsmittelversorgung betreffen, ist im Einzelnen Folgendes auszuführen:

1. Hinsichtlich der **Hilfsmittelversorgung** hat das Bundesverfassungsgericht am 17. Dezember 2002 festgestellt, dass mit der Festbetragsfestsetzung eine Abkehr vom Sachleistungsprinzip nicht verbunden ist und dass Versicherte sich nicht mit einer Teilkostenerstattung zufrieden geben müssen.

Auf der Basis dieses Grundverständnisses ist die Festbetragsregelung in § 36 SGB V zu sehen.

2. Das Bundesverfassungsgericht hat ebenfalls festgestellt, dass sich der Stand der Heilmittelentwicklung ständig verändert und dass dem Rechnung zu tragen ist, damit die Versicherten nach dem jeweiligen Stand der Erkenntnisse und der Technik angemessen versorgt werden können. In diesem Zusammenhang begrüßt es die BAGH, dass in § 36 Abs. 2 SGB V nunmehr vorgesehen ist, dass Festbeträge künftig bundeseinheitlich festzusetzen und mindestens einmal jährlich zu überprüfen sind.

3. Das Niveau bei bisherigen Festbetragsregelungen weist aus Sicht der BAGH allerdings bislang teilweise erhebliche Defizite auf. Auch die Qualität der Hilfsmittel lässt teilweise ebenso zu wünschen übrig wie die Beratung und Betreuung der Betroffenen. Die BAGH weist darauf hin, dass diese Defizite häufig dazu führen, dass Hilfsmittel den Betroffenen nicht den erforderlichen Nutzen bringen oder gar ungenutzt bleiben. Gerade im Bereich der Hilfsmittelversorgung sind Fehlversorgungen besonders verbreitet, was häufig auch mit unnötigen Kosten verbunden ist. Die BAGH hält daher folgende Maßnahmen für geboten, um eine Verbesserung der Situation herbeizuführen.

- a) Für verordnungsfähige Hilfsmittel sollten **Qualitätsprüfungen** bezogen auf Funktionsfähigkeit und Sicherheit eingeführt werden. Diese Aufgabe könnte z.B. das geplante Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin übernehmen, wobei allerdings sicherzustellen ist, dass die Selbsthilfeorganisationen der chronisch kranken und behinderten Menschen maßgeblich an den entsprechenden Verfahren zu beteiligen sind. Gerade im Bereich der Hilfsmittelversorgung ist nämlich die Einbindung der Betroffenenkompetenz bei der Standardsetzung unabdingbar.
- b) Es müssen ferner **anbieterunabhängige Beratungsstellen** geschaffen werden, die die Betroffenen über die qualitätsgeprüften Hilfsmittel informieren und beraten können und die die Betroffenen bei Anpassung, Schulung und Wartung unterstützen. Dabei muss insbesondere auch die Beratungskompetenz der Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen mit eingebunden werden. Zur Finanzierung dieser Beratungs- und Unterstützungsstellen müsste ein Teil der Festbeträge bzw. jeweils ein gesonderter Festbetrag eingesetzt werden.
- c) Für qualitätsgeprüfte Hilfsmittel und Beratung/Unterstützung sollten dann gem. § 36 SGB V die Festbeträge festgesetzt werden. Dabei ist

sicherzustellen, dass **individuell auf die Bedürfnisse der Betroffenen angepasste Hilfsmittel** verordnet werden können. Dies ist im Sinne einer effektiven Nutzung der Hilfsmittel unbedingt geboten. Problematisch ist in diesem Zusammenhang die Regelung in § 36 Abs. 1 SGB V, wonach Hilfsmittel bei der Festbetragsfestsetzung in Gruppen zusammengefasst werden sollen. Angesichts der Komplexität der heute verwendeten Hilfsmittel müssten hunderte verschiedener Festbetragsgruppen definiert und bewertet werden.

- d) In §§ 33 Abs. 2, 127 Abs. 2 SGB V ist geregelt, dass die gesetzlichen Krankenkassen mit Leistungserbringern **Verträge zur Hilfsmittelversorgung und zur Preisgestaltung** abschließen können und dass die Versicherten grundsätzlich verpflichtet sind, die Versorgung von solchen Leistungserbringern durchführen zu lassen. Aus Sicht der BAGH ist diese Regelung nur dann akzeptabel, wenn die Betroffenenorganisationen an den Vertragsverhandlungen nach § 127 SGB V beteiligt werden. Anderenfalls ist nämlich nicht gewährleistet, dass die Vertragsgestaltung nicht nur ökonomisch orientiert, sondern auch qualitätsorientiert erfolgt.
- e) Aus Sicht der BAGH zu begrüßen ist in diesem Zusammenhang allerdings die **umfassende Informationspflicht der Krankenkassen**, die in § 127 Abs. 3 SGB V zu den vereinbarten Preisen und Hilfsmitteln festgelegt ist. Diese Vorschrift ist ein wichtiger Baustein auf dem Weg zu mehr Transparenz bei der Hilfsmittelversorgung.
- f) Abzulehnen ist schließlich die in § 33 SGB V vorgesehene weitere Begrenzung des Leistungsanspruchs bei **Sehhilfen**. Hierin ist ein klarer Verstoß gegen den Grundsatz zu sehen, dass medizinisch notwendige Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden. Die relativ geringen Entlastungen des GKV-Systems, die mit dieser Maßnahme verbunden sind, stehen aus Sicht der BAGH in keinem Verhältnis zu den hiermit verbundenen Belastungen gerade für sozialschwächere Bürgerinnen und Bürger.

4. Was die **Heilmittelversorgung** angeht, so begrüßt die BAGH, dass die Selbsthilfeorganisationen der chronisch kranken und behinderten Menschen künftig in die Erarbeitung der Rahmenempfehlungen für Heilmittel einbezogen werden sollen.

Wie bei der Hilfsmittelversorgung (§§ 33 Abs. 2, 127 SGB V) ist es im Übrigen auch bei der Heilmittelversorgung erforderlich, die Betroffenenorganisationen an der Vertragsgestaltung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern nach § 125 Abs. 2 SGB V zu beteiligen.

Anderenfalls entfalten diese Verträge über § 32 Abs. 1 SGB V künftig bindende Wirkungen für die Betroffenen, ohne dass deren Interessen bei der Vertragsgestaltung angemessen berücksichtigt wurden.

Nach wie vor tritt die BAGH auch dafür ein, dass das Beteiligungsrecht der Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen bei der Erarbeitung von Rechtsverordnungen nach § 34 Abs. 4 SGB V im Gesetz ver-

ankert wird. Eine entsprechende Vorschrift zur Verankerung der Betroffenenkompetenz im Verfahren fehlt jedoch noch im vorliegenden Gesetzentwurf.

\*\*\*



**Stellungnahme  
der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für  
Behinderte e.V. (BAGH)**

**zum Entwurf  
für das Gesetz zur Modernisierung des  
Gesundheitssystems**

**(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz)**

**Hier: Regelungen zur Stärkung  
der Patientensouveränität**

Anhörung am 30.06.2003

14.00 – 16.00 Uhr

## I. Einleitung

Die Bundesregierung verfolgt mit dem Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz das Ziel, die Effektivität und Qualität der Leistungserbringung im Gesundheitswesen zu verbessern und die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern.

Die Bundesregierung folgt bei der Analyse des Regelungsbedarfs dieses Gesetzes weitgehend den Feststellungen des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, der in seinen letzten Gutachten aufgezeigt hat, dass es infolge einer mangelhaften Bürgerorientierung des Gesundheitswesens und infolge einer zu starken Ausrichtung des Gesundheitssystems an der Behandlung Akutkranker zu erheblichen Fehlversorgungen vieler chronisch kranker und behinderter Menschen gekommen ist.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V. (BAGH) teilt als Dachverband von derzeit 86 Bundesorganisationen der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen und von 14 Landesarbeitsgemeinschaften ausdrücklich diese Problemsicht und begrüßt den Grundansatz des Gesetzentwurfs, auf dem Boden des Solidarprinzips der Krankenversicherung die Qualität, Wirtschaftlichkeit, Transparenz und Bürgerorientierung des Gesundheitswesens zu stärken.

Auch angesichts der berechtigten Diskussionen zur künftigen Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme darf nicht verkannt werden, dass die solidarische Absicherung der Krankheitsrisiken die Basis des deutschen Gesundheitswesens und eines der charakteristischen Merkmale einer sozialen und solidarischen Gesellschaft ist.

Leistungsausgrenzungen, Privatversicherungsmodelle, Kopfpauschalen und Selbstbehalte führen zu einer systematischen Benachteiligung chronisch kranker und behinderter Menschen und sind daher mit dem Solidarprinzip nicht vereinbar.

Leider wird in der allgemeinen Finanzierungsdebatte und teilweise auch im vorliegenden Gesetzentwurf häufig verkannt, dass chronisch kranke und behinderte Menschen in der Regel gar nicht die Möglichkeit haben, private Zusatzversicherungen abzuschließen und dass Zuzahlungen, Selbstbehalte und Kopfpauschalen bei chronisch kranken und behinderten Menschen keinerlei Steuerungseffekte, sondern lediglich Diskriminierungseffekte haben können, da diese Menschen auf die gebotene Versorgung schlicht angewiesen sind.

Viel zu kurzfristig sind daher Ansätze, nach denen eine Leistungsausgrenzung pauschal die Finanzierungsproblematik der gesetzlichen Krankenversicherung lösen könne. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat in seinen Gutachten mehrfach dargelegt, dass die zentrale Aufgabe des Gesundheitswesens die Versorgung der wachsenden Zahl chronisch kranker und behinderter Menschen ist. Nur über eine möglichst optimale Versorgung dieser Menschen können die bestehenden Fehlsteuerungen im System und massiven Ressourcenverschwendungen behoben werden. Nur über integrative Programme für chronisch kranke und behinderte Menschen kann langfristig eine Reduzierung der Krankheitskosten erreicht und bei vielen Menschen unnötiges Leid verhindert werden.

Solange Präventions- und Rehabilitationsprogramme in völlig unzureichendem Umfang durchgeführt werden, solange es in großem Umfang aufgrund der mangelnden Bürgerbeteiligung an den Systementscheidungen im Gesundheitswesen zu Fehlversorgungen kommt und solange auf der Anbieterseite nach wie vor teilweise erhebliche Gewinnsteigerungen zu ver-

zeichnen sind, besteht aus Sicht der BAGH kein Anlass, die solidarisch finanzierte medizinische Versorgung der Bürgerinnen und Bürger einzuschränken oder gar teilweise aufzugeben.

## **II. Zu den Regelungen des Gesetzentwurfs, die die Stärkung der Patientensouveränität betreffen, ist vor diesem Hintergrund im Einzelnen folgendes auszuführen:**

### **1. Stärkung der kollektiven Patientenrechte**

Ausdrücklich zu begrüßen ist aus Sicht der BAGH, dass im Gesetzentwurf zum Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz eine Stärkung der kollektiven Patientenrechte an vielen zentralen Stellen vorgesehen ist.

- a) Dies betrifft insbesondere die Beteiligung der Selbsthilfeorganisationen der chronisch kranken und behinderten Menschen im Bundesausschuss (§ 92 Abs. 7 b SGB V), in den Gremien, die die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege regeln (§ 132 b SGB V), in der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung (§ 137 SGB V), im vorgesehenen Deutschen Zentrum für Qualitätssicherung in der Medizin (§ 139 a SGB V), im vorgesehenen Steuerungsausschuss für Telematik im Gesundheitswesen (§ 291 b SGB V) und im Beirat der vorgesehenen Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz (§ 303 a SGB V).

Die Schaffung dieser kollektiven Patientenrechte ist längst überfällig und ein wichtiger Baustein zur Modernisierung des Gesundheitssystems.

Wie der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen bereits in seinem Gutachten „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ festgestellt hat, muss sich die Rolle der Patienten im Gesundheitssystem dahingehend wandeln, dass von den Patienten künftig ein verstärkter Einfluss auf die Zielorientierung, die Prozesse und die Strukturen des Versorgungssystems ausgeht (vgl. Sachverständigenrat, Gutachten 2001 „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“, Kurzfassung, Bd. I, S. 40).

- b) Um die erforderliche Neuausrichtung des Systems tatsächlich realisieren zu können und um nicht auf halbem Wege stehen zu bleiben, muss die Stärkung der kollektiven Patientenrechte konsequent durchgeführt werden.

bb) Ergänzungsbedürftig ist daher aus Sicht der BAGH im vorliegenden Gesetzentwurf vor allem das noch nicht vorgesehene Antragsrecht der Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen nach § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

Außerdem muss aus Sicht der BAGH in den o. g. Vorschriften zur Patientenbeteiligung ausdrücklich bestimmt werden, dass es sich nicht nur um rein formale Verfahrensbeteiligungen handelt, sondern um echte Mitwirkungsrechte, die es zumindest erforderlich machen, dass die Sachargumente der Betroffenenorganisationen inhaltlich diskutiert werden und Eingang in die jeweiligen Entscheidungen finden. Dies betrifft insbesondere die Beteiligung im Bundesausschuss nach § 92 SGB V, da die Vertretung der Interessen der Betroffenen anderenfalls nur eine Feigenblattfunktion hätte. Eine echte Entscheidungsbeteiligung der Betroffenenorganisationen setzt im Übrigen voraus, dass auch die hierfür notwendigen Rahmenbedingungen in den Verfahren geschaffen werden. Dies betrifft vor allem Bearbeitungszeiten, die Verständlichkeit und

Transparenz der Sachdiskussionen und die Möglichkeit, Minderheitenvoten kenntlich zu machen.

- cc) Die BAGH weist darauf hin, dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf noch nicht alle Möglichkeiten genutzt wurden, um die Patientenorientierung breitflächig im System zu verankern.

Wünschenswert wäre aus Sicht der BAGH eine Beteiligung der Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen über die im Gesetzentwurf vorgesehenen Fälle hinaus in den Gremien zur Regelung der stationären Versorgung (§ 109 a SGB V), der ambulanten Operationen (§ 115 b SGB V), des Arzneimittelversandhandels (§ 129 Abs. 5 a SGB V) und der Krankenhausapotheken (§ 129 a SGB V). Wünschenswert wäre aber beispielsweise auch die Beteiligung in den Gremien zur Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge/Rehabilitation (§ 137 d SGB V). Dringend notwendig ist die Beteiligung der Betroffenenorganisationen an den Vertragsverhandlungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, die Heil- und Hilfsmittel und Transportleistungen „zu niedrigen Preisen“ anbieten sollen (§§ 32 Abs. 1, 33, 60 Abs. 2). Ohne eine Beteiligung der Betroffenenorganisationen an diesen Vertragsverhandlungen (§§ 125 Abs. 2, 127 Abs. 2, 133) wird es zu Vertragsabschlüssen zu Lasten Dritter, nämlich zu Lasten der Betroffenen kommen.

- c) Rein terminologisch ist darauf hinzuweisen, dass die im Gesetzentwurf verwendeten Begriffe „Selbsthilfe“ und „Patientenvertretung“ nicht nebeneinander stehen oder sich gar ausschließen sollten (z.B. in § 92 Abs. 7 b SGB V).

Die Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen sind die Interessenvertretung chronisch kranker und behinderter Patienten. Die Selbsthilfe ist somit die einzige Form der demokratisch legitimierten Selbstvertretung der Patienten, weshalb die Selbsthilfe auch die maßgebliche Form der Patientenvertretung im Gesundheitssystem ist. Dies insbesondere auch deshalb, weil die Versorgung der chronisch kranken und behinderten Menschen künftig mehr denn je zur zentralen Aufgabe des Gesundheitswesens werden wird (vgl. hierzu unten 2.).

## 2. Patientenbeauftragter

Zu begrüßen ist aus Sicht der BAGH die im Gesetzentwurf vorgesehene Schaffung eines sog. Patientenbeauftragten der Bundesregierung. Dieser Patientenbeauftragte würde gewährleisten, dass die Patientenorientierung des Gesundheitswesens nachhaltig als fortlaufende Reformaufgabe der Bundesregierung begriffen würde. Außerdem wäre es wünschenswert, wenn die Selbsthilfeorganisationen der Betroffenen einen direkten Ansprechpartner auf höchster Ebene hätten, um auf akute Problemfelder hinzuweisen und um gemeinsam mit der Bundesregierung Lösungsansätze zu erarbeiten. Die BAGH hat zusammen mit anderen Verbänden in einem gemeinsamen Kommuniqué bereits Anfang des Jahres folgende Aufgaben und mögliche Kompetenzen des Patientenbeauftragten definiert:

- a) Verbesserung der rechtlichen Positionen der Patientinnen und Patienten
- b) Unterstützung der Beteiligung von Patientenorganisationen an den Systementscheidungen im Gesundheitswesen für Patienten

- c) Anwaltschaft für Patientenbelange in der Bundesregierung und –verwaltung
- d) Anstoßen und Vernetzen neuer und vorhandener Modellprojekte für Patientinnen und Patienten.

Die Berufung eines Patientenbeauftragten wird von der BAGH somit ausdrücklich begrüßt. Andererseits ist jedoch zu betonen, dass ein solcher Patientenbeauftragter nicht die Selbstvertretung der Betroffenen durch die Selbsthilfeorganisationen ersetzen kann und darf. Nur die Selbsthilfeorganisationen der Betroffenen sind die legitimierte Vertretung chronisch kranker und behinderter Menschen.

### **3. Verbesserung der Selbsthilfeförderung als wichtiger Baustein zur Stärkung der kollektiven Patientenrechte**

Die Stärkung der kollektiven Patientenrechte ist immer im Zusammenhang mit der Stärkung der Ressourcen der Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen zu sehen.

Ausdrücklich zu begrüßen ist daher die im Gesetzentwurf vorgesehene Neufassung des § 20 Abs. 4 SGB V.

Aus Sicht der BAGH ist diese Neuregelung dringend erforderlich, da die gesetzlichen Krankenkassen die im Gesetz vorgesehene Fördersumme von € 0,52 pro Versichertem pro Jahr für die Selbsthilfe seit Jahren mehr als zur Hälfte gesetzwidrig zurückbehalten und teilweise durch ebenso zweckwidrige wie intransparente „Förderpolitiken“ den staatlichen Förderauftrag unterlaufen.

Die BAGH begrüßt ausdrücklich, dass diesem unhaltbaren Zustand nun ein Ende bereitet werden soll. Es sollte in diesem Zusammenhang darüber hinaus noch gesetzlich sichergestellt werden, dass der personelle und finanzielle Aufwand der Selbsthilfeorganisationen, der durch die Gremienarbeit im Gesundheitswesen erforderlich wird, angemessen unterstützt wird. Dies wird von den gesetzlichen Krankenkassen bislang in Abrede gestellt, ist aber ein unabdingbarer Baustein einer effektiven Patientenorientierung im Gesundheitswesen.

### **4. Förderung von Prävention und Gesundheitsförderung**

Die Förderung von Prävention und Gesundheitsförderung ist ein wichtiger Schlüssel für die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitswesens und für die künftige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Prävention und Gesundheitsförderung haben jedoch bislang noch längst nicht den Stellenwert, der ihnen zukommen müsste.

- a) Daher begrüßt die BAGH ausdrücklich die in § 20 Abs. 2 a – c SGB V vorgesehene Schaffung eines zweckgebundenen Sondervermögens bzw. die Einrichtung eines Gemeinschaftsfonds. Dies ist ein erster wichtiger Schritt, um Präventionsinitiativen zu koordinieren, Präventionskampagnen zu organisieren, Präventionsprogramme zu entwickeln und deren Umsetzung zu begleiten.

Die Schaffung eines Sondervermögens ist aus Sicht der BAGH auch deshalb sinnvoll, weil die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung jenseits des Kassenwettbewerbs neutral verankert werden muss.

Konsequenterweise wird in § 20 Abs. 3 SGB V festgelegt, dass die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet sind, ein Viertel der für Prävention vorgesehenen Mittel in den Gemeinschaftsfonds nach § 20 Abs. 2 a SGB V oder in Gemeinschaftsprojekte einzuzahlen.

Die Selbsthilfeorganisationen chronisch kranker und behinderter Menschen haben im Rahmen der Selbsthilfeförderung nach § 20 Abs. 4 SGB V selbst die leidvolle Erfahrung damit gemacht, dass Kassenegoismen einer effizienten Förderung allgemeingesellschaftlicher Ziele oft entgegenstehen. Ebenso wie bei der Selbsthilfeförderung nach § 20 Abs. 4 SGB V muss daher auch im Rahmen der Präventionsförderung nach § 20 Abs. 2 a SGB V eine kassenübergreifende Lösung gefunden werden. Wünschenswert wäre es daher durchaus auch, einen höheren Prozentsatz der Präventionsmittel der Kassen dem Gemeinschaftsfonds zuzuweisen.

- b) Aus Sicht der BAGH ist ferner zu begrüßen, dass bereits in § 20 Abs. 2 c SGB V vorgesehen ist, dass die Verwaltung des Gemeinschaftsfonds nach § 20 Abs. 2 b SGB V unter Mitwirkung des Deutschen Forums für Prävention und Gesundheitsförderung erfolgen soll.

Die BAGH engagiert sich intensiv in den Gremien des Deutschen Forums für Prävention und Gesundheitsförderung und betont die wichtige Rolle, die diese Vernetzungsstruktur beim Aufbau von Prävention und Gesundheitsförderung als echte weitere Säule des Gesundheitswesens spielen kann und muss.

Aus Sicht der BAGH sollte das Verhältnis des Deutschen Forums für Gesundheitsförderung zum Gemeinschaftsfond und zu weiteren Strukturen im Rahmen einer eigenständigen Präventionsgesetzes geregelt werden.

## **5. Verbesserung der Transparenz im Gesundheitswesen**

Der Informationsbedarf im Gesundheitswesen wird vielfach noch ausschließlich darin gesehen, Daten über Patienten zu sammeln. Eine kompetente Mitwirkung der Patienten am Versorgungsgeschehen ist jedoch nur dann möglich, wenn mehr Transparenz für Patienten im Gesundheitswesen geschaffen wird.

Diese Transparenz muss einerseits Informationen zu den Versorgungsstrukturen, wie beispielsweise zur Qualität der medizinischen Einrichtungen und zum Fortbildungsstand der Ärzte und andererseits krankheits-, behandlungs- und präventionsbezogene Informationen umfassen. Notwendig sind aber auch Maßnahmen, um die Vielzahl der gesundheitsrelevanten Informationen patientengerecht aufzubereiten und die Patienten neutral zu beraten. Dringend erforderlich ist es daher, ein flächendeckendes Netz anbieterunabhängiger Einrichtungen zur Patientenberatung und –unterstützung zu schaffen.

Vor diesem Hintergrund begrüßt die BAGH, dass der vorliegende Gesetzentwurf den im Bereich Transparenz bestehenden dringenden Reformbedarf aufgreift und erste wichtige Weichenstellungen vornimmt:

- a) Mit Nachdruck begrüßt es die BAGH, dass dem Deutschen Zentrum für Qualität in der Medizin in § 139 b SGB V die Aufgabe zugewiesen wird, für Bürgerinnen und Bürger **Informationen über die Leistungen und die Qualitätssicherungsmaßnahmen in der ambulanten und stationären Versorgung** sowie **Informationen über die besten verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse zu Diagnose und Therapie** in der Medizin bereit zu stellen.
- b) Ebenfalls begrüßt wird die Verpflichtung der Krankenkassen in den §§ 125 Abs. 2 und 137 Abs. 3 SGB B **Transparenz zu Heil- und Hilfsmitteln** sowie zu deren Preisen herzustellen.
- c) Auch die Einführung einer sog. **Patientenquittung** in § 305 SGB V wird von der BAGH grundsätzlich begrüßt. Angesichts der Ergebnisse verschiedener Modellprojekte fehlen jedoch im Gesetzentwurf bislang noch zwei wichtige Feststellungen:

Einerseits muss sichergestellt werden, dass insbesondere die Leistungsbeschreibungen und die Kostenbestimmungen aus der Quittung laienverständlich ersichtlich sind. Die Angabe reiner Abrechnungsziffern ist für Patienten nicht nachvollziehbar und schafft keinerlei Transparenz.

Ferner muss sichergestellt werden, dass dem Patienten die kostenfreie Aushändigung der Patientenquittung auch tatsächlich angeboten wird.

- d) Auch die **Einführung der elektronischen Gesundheitskarte** muss aus Sicht der BAGH ganz im Zeichen der Schaffung von Datentransparenz für Patienten gesehen werden.  
Dies bedeutet, dass die Einführung der Telematik im Gesundheitswesen dem Grundsatz folgen muss, dass der Patient der Herr über die Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Weitergabe der Daten sein muss.

Den im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen in § 291 a Abs. 5 und Abs. 7 SGB V kommt dabei eine zentrale Bedeutung zu. Auch die Schaffung anbieterunabhängiger Anlaufstellen für Patienten zur kostenfreien Dateneinsicht ist aus Sicht der BAGH unverzichtbar.

Nur unter diesen Rahmenbedingungen ist es möglich, die Chancen der Telematik für eine effizientere und qualitativ bessere Gesundheitsversorgung zu nutzen und andererseits die Risiken einer Bevormundung des Patienten durch den Verlust der Datenkontrolle sowie unerwünschter Risikoselektionsmechanismen zu vermeiden.

\*\*\*