

(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0248(54)
vom 21.06.03

15. Wahlperiode

Stellungnahme zum

Entwurf eines Gesetzes

zur Modernisierung des Gesundheitssystems

Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG)

Berlin

20. Juni 2003

Kontakt:

Verbraucherzentrale Bundesverband (vz bv) e.V

Fachbereich Gesundheit und Ernährung

Markgrafenstr. 66, 10969 Berlin

Tel: 030-25800432; Fax: 030-25800418,

Email: isenberg@vzbv.de; etgeton@vzbv.de; www.vzbv.de

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorbemerkung und Gesamtfazit	4
Ausgangslage im Jahr 2003	4
Ziele des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes	4
Gesamtbeurteilung	5
Stellungnahme zu den einzelnen Maßnahmen	6
Qualitätssicherung und -entwicklung	6
Einrichtung eines Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin	6
Verpflichtung zur Fortbildung	7
Einführung eines differenzierten Qualitätsmanagements in Praxen	7
Elektronisches Rezept und elektronische Gesundheitskarte	7
Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen	8
Kollektiv- und Einzelverträge	8
Teilöffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung	9
Einführung des Hausarzt systems	9
Zulassung von Gesundheitszentren zur vertragsärztlichen Versorgung	10
Weiterentwicklung der integrierten Versorgung	10
Weiterentwicklung des ärztlichen Vergütungs- und Abrechnungssystems	11
Maßnahmen zur Arzneimittelversorgung	11
Aufhebung des Mehrbesitzverbotes und Zulassung von Versandapotheken	11
Festbeträge auf patentgeschützte Arzneimittel	12
Modernisierung der Steuerung des Systems	12
Teilung des Sicherstellungsauftrages	12
Abbau von Wettbewerbsverzerrungen unter den Krankenkassen	13
Kassenartenübergreifende Fusionen	13
Konfliktlösungsmechanismen innerhalb der gemeinsamen Selbstverwaltung	14
Verwertung von Leistungs- und Abrechnungsdaten	14
Verpflichtung zur Veröffentlichung der Vorstandsvergütungen	14

Stärkung der Patientensouveränität	15
Beteiligungsrechte	15
Patientenbeauftragte/r	16
Kostenerstattung bei Leistungen im europäischen Ausland	16
Prävention und Selbsthilfeförderung	16
Kooperation der Krankenkassen mit der privaten Krankenversicherung	18
Patientenquittung	18
Bekämpfung von Missbrauch und Korruption im Gesundheitswesen	19
Neuordnung der Finanzierung	20
Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze	20
Heranziehung anderer Einkommensarten	21
Verschiebung der paritätischen Finanzierung zu Lasten der Arbeitnehmer	21
Beitragserhebung auf Versorgungsbezüge und Alterseinkommen	22
Informationspflichten bei Ende der Mitgliedschaft	22
Einbeziehung von Sozialhilfe-Empfängern	23
Verpflichtung zur Weitergabe von Einsparungen an die Versicherten	23
Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung	24
Gesellschaftspolitische Leistungen	24
Künstliche Befruchtung	24
Begrenzung des Leistungsanspruchs bei Sehhilfen	24
Nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel	25
Fahrtkosten	25
Sterbegeld	26
Neugestaltung der Zuzahlungen, Befreiungsmöglichkeiten und Bonussysteme	26
Einführung therapiebezogener Festzuschüsse bei Zahnersatz	26
Zuzahlungen zu Arznei- und Verbandsmitteln	27
Bonussysteme	28
Praxisgebühr	28
Eigenbeteiligung im Krankenhaus	29
Belastungsgrenze für chronisch kranke Menschen	30

Vorbemerkung und Gesamtfazit

Ausgangslage im Jahr 2003

Gemessen am Anteil des Bruttoinlandsproduktes ist nach den USA und der Schweiz das deutsche Gesundheitssystem das teuerste der Welt. Verglichen mit anderen Industrienationen, die zum Teil deutlich weniger für ihr Gesundheitswesen ausgeben, ist jedoch die *Qualität* der Versorgung anhand der verfügbaren Daten über Mortalität und Morbidität sowie über die Ergebnisse einzelner medizinischer Maßnahmen nur durchschnittlich. So hat der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen für das deutsche Gesundheitswesen ein Nebeneinander von Unter-, Fehl- und Überversorgung diagnostiziert. Schon die Gesundheitsreform 2000 hat auf diesen Missstand reagiert und erste Maßnahmen zur Qualitäts- und Effizienzverbesserung eingeleitet. Die Modernisierung des deutschen Gesundheitswesens hin zu mehr integrierter Versorgung, effizienteren Strukturen und transparenteren Abläufen muss fortgesetzt werden.

Gleichzeitig muss in der Reform 2003 die Finanzgrundlage der gesetzlichen Krankenversicherung auch auf der Einnahmeseite auf eine tragfähige Basis gestellt werden. Langfristig lässt sich Nachhaltigkeit in der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung nur sichern, wenn die Solidarbasis für die Beitragserhebung erweitert wird. Ziel muss die Ausweitung des jetzigen Systems zu einer allgemeinen Erwerbstätigen- oder Bürgerversicherung sein. Eine Verschiebung dieser Grundsatzentscheidung kann den Fortbestand der solidarischen Krankenversicherung insgesamt gefährden. Das Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) soll nach Ansicht des Verbraucherzentrale Bundesverbandes e.V. (vzbv) daher schon jetzt erste Schritte in diese Richtung einschlagen, um den Übergang zur allgemeinen Erwerbstätigen- oder Bürgerversicherung in seinen sozialen und ökonomischen Auswirkungen ausgewogen und verantwortbar gestalten zu können.

Ziele des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes

Der vzbv unterstützt die Zielsetzung des GMG:

1. Qualität und Effizienz durch einen qualitätsorientierten Wettbewerb der Leistungserbringer und Kostenträger zu erreichen,

2. die Verfügbarkeit der medizinisch notwendigen Leistungen für alle Bürgerinnen und Bürger auf Grundlage einer solidarischen Finanzierung sicherzustellen,
3. die Nachhaltigkeit der Finanzierung im Blick auf die Belastungsgerechtigkeit wie gesamtwirtschaftliche Wirkungen zu verbessern und
4. die Patientensouveränität durch den Ausbau von Patientenrechten und Entscheidungsfreiheiten für Versicherte zu stärken.

Gesamtbeurteilung

Die Beurteilung der vorgesehenen Einzelmaßnahmen orientiert sich daran, ob und wieweit sie in der Lage sind, diese Ziele zu verwirklichen. In der Gesamtbetrachtung stellt der Gesetzentwurf ein Bündel von Maßnahmen zusammen, die aus Sicht des **vzbv** geeignet sind, die Qualität der Versorgung zu verbessern (z.B. Zentrum für Qualität in der Medizin) und mehr Patientenorientierung im deutschen Gesundheitswesen (z.B. Patientenbeauftragter) zu realisieren. Dadurch können kurz-, aber vor allem mittel- und langfristig Effizienzreserven erschlossen und unnötige Kosten eingespart werden. Bei den Vorschlägen zur Gestaltung der Versorgungsstrukturen setzt diese Gesundheitsreform den mit der Reform des Jahres 2000 eingeschlagenen Weg fort: Ausbau von Prävention und Selbsthilfeförderung, Zulassung von Gesundheitszentren, Stärkung der hausärztlichen und der integrierten Versorgung. Die Maßnahmen zur Strukturreform der Selbstverwaltung gehen in die richtige Richtung, scheuen aber davor zurück, Funktion und Arbeitsteilung zwischen Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen, Ärztekammern und medizinischen Fachgesellschaften grundsätzlich neu zu ordnen. Die Unterstützung der Eigenverantwortung von Versicherten und Patienten wird vom **vzbv** im Grundsatz begrüßt; in der konkreten Ausgestaltung beschränkt sich jedoch der Entwurf auf die Erhöhung von Zuzahlungen, die Anhebung der Eigenbeteiligung und die Einführung einer Praxisgebühr. Dabei bleibt unklar, ob die erwünschten Steuereffekte insbesondere bei chronisch kranken und behinderten Menschen überhaupt eintreten. Sicher ist jedoch, dass sie gerade bei dieser Personengruppe zu deutlichen Mehrbelastungen führt. Im Hinblick auf die langfristige Sicherung der Finanzierungsbasis der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vermisst der **vzbv** eine klare Grundsatzentscheidung in Richtung auf eine Bürgerversicherung, die nicht nur in der sogenannten Rürup-Kommission, sondern zur Zeit in allen politischen Lagern diskutiert wird. Die Gesundheitsreform 2003 sollte diese Chance nutzen, um einen ersten Schritt zur Verbreiterung der Solidarbasis der GKV zu unternehmen.

Stellungnahme zu den einzelnen Maßnahmen

Qualitätssicherung und -entwicklung

Einrichtung eines Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin

Artikel 1 Nr. 15, 46, 86a und 91 zu §§ 35b, 92 Abs.1, 137c und 139a-I SGB V

Der vzbv begrüßt die Einrichtung einer unabhängigen Institution zur Verbesserung der Qualität in der medizinischen Versorgung nach dem Vorbild des englisch-walisischen National Institute for Clinical Excellence (NICE). Die im GMG (§ 139b SGB V) vorgesehene Aufgabenbeschreibung, zum einen anhand der wissenschaftlich neusten Erkenntnisse Informationen über die Qualität von Leistungen der medizinischen Versorgung zur Verfügung zu stellen und andererseits Stellungnahmen und Empfehlungen für die Gestaltung des Versorgungsgeschehens abzugeben, ist sinnvoll und kann dazu beitragen, Qualität und Effizienz auf wissenschaftlich gesicherter Grundlage nachhaltig zu verbessern. Allerdings ist eine enge Verzahnung der Arbeit des Zentrums mit den Prozessen der gemeinsamen Selbstverwaltung notwendig, um unnötige Doppelstrukturen zu vermeiden und Qualitätsurteile möglichst rasch in die Vertragsgestaltung einfließen zu lassen. Die im GMG-Entwurf (§ 139h SGB V) am Kuratorium beteiligten Organisationen spiegeln das breite Spektrum der Beteiligten im Gesundheitswesen wider. Ebenso wichtig wie die Repräsentanz in diesem Gremium ist es jedoch, die Betroffenenperspektive auch im operativen Geschäft des Zentrums zu berücksichtigen – so wie es in England praktiziert wird. Will man eine stärkere Einbindung der Betroffenenperspektive in die Arbeit des Zentrums erreichen, wäre sicherzustellen, dass Patienten- und Verbrauchervertreter als Träger von Erfahrungswissen auch in die nach § 139d Abs. 5 einzurichtenden Arbeitsgruppen einbezogen werden. Außerdem sollte analog zum wissenschaftlichen Beirat (§ 139f) ein Patienten- und Verbraucherbeirat eingerichtet werden, der im laufenden Geschäft die Belange von Patienten und Verbrauchern wahrnehmen kann und für den dieselben Aufgaben und Auswahlkriterien gelten wie für den wissenschaftlichen Beirat. Dementsprechend wäre auch die Zusammensetzung des Direktoriums (§ 139g) um den Patienten- und Verbraucherbeirat zu ergänzen.

Das Zentrum soll fachliche evidenzbasierte Urteile fällen und muss daher weitgehend unabhängig vom Einfluss des Staates oder der Selbstverwaltung arbeiten.

Verpflichtung zur Fortbildung

Artikel 1 Nr. 47 und 49 zu §§ 95 Abs. 2b+c und 95d SGB V

Die Präzisierung und Ausweitung der Fortbildungspflicht für Ärztinnen und Ärzte ist sinnvoll und notwendig, um die Qualität insbesondere der ambulanten Versorgung zu verbessern. Wenn in Zukunft die Verlängerung der vertragsärztlichen Zulassung daran gebunden werden soll, ob Mediziner an unabhängigen Fortbildungsmaßnahmen teilgenommen haben, so ist dies sinnvoll, wenngleich allerdings nur eine äußerliche Qualitätsanforderung. Wichtiger aus Verbrauchersicht ist es, dass Ärztinnen und Ärzte regelmäßig Angebote einer selbstorganisierten Qualitätsentwicklung, etwa in Form von intervisorischen Qualitätszirkeln (Peer Review) wahrnehmen, weil sich nur so das Niveau der Behandlung kontinuierlich und nachhaltig steigern lässt. Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen müssen diesen Rahmen für konkrete und sinnvolle Fortbildungs- und Qualitätssicherungsmaßnahmen nutzen, damit die neue Regelung der Fortbildungspflicht nicht technokratisch ins Leere läuft.

Einführung eines differenzierten Qualitätsmanagements in Praxen

Artikel 1 Nr. 81-85 zu §§ 135a und 136f SGB V

In den Praxen soll ein internes Qualitätsmanagement neu eingeführt werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, über ihre eigenen, die Qualitätssicherung der Ärzte unterstützenden Aktivitäten Qualitätsberichte vorzulegen. Der **vzbv** begrüßt diese Regelung, mit der eine Empfehlung der 72. Gesundheitsministerkonferenz umgesetzt wird. Ob die Kassenärztlichen Vereinigungen von ihrer Struktur und ihrer personellen Besetzung her in der Lage sind, Qualitätssicherung und -entwicklung in der ambulanten Versorgung zukünftig zu gewährleisten, muss angesichts der erheblichen Organisationsmängel und Interessenverquickungen bezweifelt werden. Demgegenüber wäre zu prüfen, ob der Auftrag für ein umfassendes Qualitätsmanagement nicht besser bei den Ärztekammern anzusiedeln wäre.

Elektronisches Rezept und elektronische Gesundheitskarte

Artikel 1 Nr. 144 zu § 291a SGB V

Die Einführung eines elektronischen Rezepts kann unerwünschte Wirkungen von Arzneimitteln und ihrer Kombinationen vermeiden, aber auch zu Verhinderung von Miss-

brauch beitragen. Der Ausbau der Chipkarte zur elektronischen Gesundheitskarte bzw. Patientenakte weitet diese Möglichkeiten aus. Die Zusammenführung der Behandlungsdaten kann unnötige und gegebenenfalls sogar schädliche Doppeluntersuchungen vermeiden und zu einer besseren Abstimmung von Therapiemaßnahmen unterschiedlicher Ärzte beitragen. Modellversuche mit Patientenakten auf Papier konnten zeigen, dass sich aus dieser Zusammenführung der Daten sowohl für Ärzte wie für Patienten Vorteile ergeben. Die elektronische und womöglich zentrale Speicherung dieser Daten wirft jedoch erhebliche Probleme im Hinblick auf Datenschutz und Datensicherheit auf. In diesem äußerst sensiblen Handlungsfeld fallen die möglichen Risiken für die informationelle Selbstbestimmung besonders stark ins Gewicht und müssen in der Kosten-Nutzen-Relation einer solchen Maßnahme entsprechend hoch bewertet werden. In jedem Fall ist die Einführung einer elektronischen Patientenakte an die Freiwilligkeit des Versicherten gebunden; niemand darf zur Speicherung seiner medizinischen Daten gezwungen oder durch finanzielle Anreize genötigt werden. Die Akzeptanz eines solchen Instruments bei den Versicherten würde sich erhöhen, je differenzierter der Zugang zu einzelnen Informationen vom Versicherten selbst gesteuert werden kann. Das Urteil des Verbraucherschutzes kann daher erst gefällt werden, wenn eine Gesamtkonzeption der elektronischen Patientenakte und ihrer technischen Umsetzung vorliegt. Bei der Erstellung dieser Konzeption sind die Organisationen der Verbraucher und Patienten aktiv zu beteiligen.

Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Kollektiv- und Einzelverträge

Artikel 1 Nr. 55 zu § 106b SGB V

Der **vzbv** begrüßt, dass den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet wird, Einzelverträge mit Leistungsanbietern jenseits des Vertragsmonopols der Kassenärztlichen Vereinigungen abzuschließen. Soll dieses Instrument jedoch zu weiter reichenden Effekten führen und eine flächendeckende Versorgung gewährleisten, so ist einerseits sicherzustellen, dass auch auf Kassenseite keine Verhandlungsmonopole – etwa durch die Dominanz einer Kassenart – entstehen. Andererseits können bei zusätzlichen Verträgen mit einzelnen Leistungsanbietern, die bisher Teil des Kollektivvertrages waren, die Budgets der Kollektivverträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht unange-

tastet bleiben, sondern müssen um einen entsprechenden Anteil reduziert werden. Mittelfristig müssen sich die Vertragsvolumina zwischen Kollektiv- und Einzelverträgen wie kommunizierende Röhren verhalten.

Teilöffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung

Artikel 1 Nr. 66 zu § 116a+b SGB V

Der **vzbv** begrüßt die Teilöffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung. Sie führt zum einen dazu, dass medizintechnische Investitionen effizienter genutzt und so mittelfristig Kosten eingespart werden können. Ob sich diese Einsparpotenziale realisieren lassen, ohne in der ambulanten fachärztlichen Versorgung direktere Steuerungsinstrumente für die Neuanschaffung und Aufstellung medizintechnischer Geräte zur Verfügung zu haben, muss allerdings bezweifelt werden. Zum anderen kann die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung auch zur besseren Integration der Versorgungssektoren beitragen. Sektorübergreifende Versorgungsketten aus einer Hand bieten die Chance, dass Patientinnen und Patienten bedarfsgerechter versorgt werden, bergen aber auch die Gefahr, dass Anbieterinteressen den Behandlungsverlauf unangemessen dominieren. Ambulant tätige Krankenhäuser müssen daher über ein qualifiziertes Case-Management verfügen.

Einführung des Hausarztssystems

Artikel 1 Nr. 26 zu §§ 67f SGB V

Die für die Krankenkassen verpflichtende Einführung eines Hausarztssystems wird im GMG begleitet durch entsprechende Reformen in der ärztlichen Selbstverwaltung, die zu einer Stärkung der Hausärzte führen soll. Der **vzbv** begrüßt dies, weil in der Vergangenheit zu viele Anreize zur fachärztlichen Spezialisierung gesetzt und damit die Rolle der Allgemeinmedizin und die Navigationsfunktion der Hausärzte geschwächt wurde. Vorab ist allerdings sicherzustellen, dass Zahl und Qualifikation der Hausärzte, insbesondere für die „Lotsenrolle“, ausreichend ist, um den Anforderungen eines verbesserten hausärztlichen Versorgung gerecht werden zu können. Für das intensive und anspruchsvolle Patient-Arzt-Gespräch ist eine spezielle Ausbildung notwendig, die auch die Qualifikation für ein individuelles Case-Management einschließt. Diese Qualifikationen sind vor der Zulassung zum Hausarztssystem zu erwerben. Die Zertifizierung muss für die Patientinnen und Patienten erkennbar sein. Wie jede Systemsteuerung

kann auch das Hausarztssystem indes zu unerwünschten Effekten führen. So besteht die Gefahr, dass der Hausarzt als „Gatekeeper“ den notwendigen Zugang zur fachärztlichen Versorgung für Patientinnen und Patienten verzögert. Die erwünschte Lotsenfunktion könnte sich aufgrund falsch gesetzter Anreize gegen das angestrebte Ziel einer rationaleren Versorgung richten. Außerdem nehmen für weite Teile der chronisch Kranken Fachärzte, etwa in Schwerpunktpraxen, die Rolle des Vertrauensarztes ein. Auch sie müssen in ihrer Navigationsfunktion gestärkt werden. Es bedarf daher Ausnahmeregelungen für diese Patientengruppe.

Zulassung von Gesundheitszentren zur vertragsärztlichen Versorgung

Artikel 1 Nr. 47 zu § 95 SGB V

Wichtiger als die bloße Stärkung der hausärztlichen privat wirtschaftenden Einzelpraxis ist daher die Verbindung verschiedener Arztgruppen zu Praxisnetzen oder Gesundheitszentren. Der **vzbv** begrüßt die Zulassung von Gesundheitszentren, weil sie die Möglichkeit einer integrierten wohnortnahen Versorgung eröffnen, in der einzelwirtschaftliche Interessen hinter dem gemeinsamen Qualitätsergebnis zurückstehen. Da künftig auch Gesundheitszentren und Träger solcher Einrichtungen als Vertragspartner der Krankenkassen in Einzelverträgen fungieren können, erhalten diese die Möglichkeit, sich als Modelle für neue integrierte Versorgungsformen zu bewähren. Es ist sicherzustellen, dass die entsprechenden Einrichtungen durch die Vergütungssystematik für die erschlossenen Effizienzgewinne nicht bestraft, sondern belohnt werden. Ein Teil der erzielten Einsparungen muss für sinnvolle Reinvestitionen in die Gesundheitszentren genutzt werden können. An dieser Stelle sieht der **vzbv** eine wichtige Gestaltungsaufgabe der Politik wie der Kostenträger für die Zukunft des Gesundheitswesens.

Weiterentwicklung der integrierten Versorgung

Artikel 1 Nr. 92 bis 96 zu §§ 140a-d SGB V

Gesundheitszentren und Praxisnetze werden privilegierte Partner bei der Weiterentwicklung der integrierten Versorgung sein. Der Auftrag der Krankenkassen, Verträge für integrierte Versorgung jenseits des Sicherstellungsauftrages und ohne Einfluss der Kassenärztlichen Vereinigungen abzuschließen, eröffnet den Kostenträgern weit reichende Möglichkeiten, das Versorgungsgeschehen mitzubestimmen. Auch hier gilt, dass eine dauerhafte Wirkung im Sinne einer Umsteuerung in der Versorgungsland-

schaft nur dann zu erwarten ist, wenn sich Vertragsabschlüsse außerhalb des Kollektivvertrages auch auf dessen Finanzvolumen auswirken. Dafür ist eine Bereinigungsregel in § 140d vorgesehen. Kritisch ist aus Verbrauchersicht das Vorhaben zu beurteilen, dass Krankenkassen künftig selber Einrichtungen zur integrierten Versorgung gründen können (§ 140a Abs. 2), da sie damit nicht nur auf die Seite der Anbieter wechseln, sondern diese Rolle zusätzlich zu der des Kostenträgers übernehmen. Eine von wirtschaftlichen Eigeninteressen unabhängige und auf Kostenreduktion ausgerichtete Vertragspolitik wäre dann für dieses Versorgungssegment kaum zu erwarten. Diese Regelung sollte daher aus dem Entwurf entfernt werden.

Weiterentwicklung des ärztlichen Vergütungs- und Abrechnungssystems

Artikel 1 Nr. 42 bis 44 zu §§ 85, 87, 88 SGB V

Das derzeitige Vergütungs- und Abrechnungssystem ist einer der entscheidenden Faktoren für die unwirtschaftliche Ausweitung der Leistungsvolumina vor allem in der ambulanten Versorgung. Nachdem im stationären Bereich mit der Einführung der Fallpauschalen Anreize für mehr Wirtschaftlichkeit gesetzt wurden, ist es – auch im Sinne einer stärkeren Verzahnung der Versorgungssektoren – sinnvoll, mit Komplexgebühren und Fallpauschalen eine analoge Abrechnungssystematik auf den ambulanten Bereich zu übertragen. Erst wenn die Einkünfte nicht mehr nur von der Zahl, sondern von der Effizienz der erbrachten Leistungen abhängt, ist ein Qualitätswettbewerb der Anbieter überhaupt möglich. Dabei können die Kostenträger Vergütungsanreize für Versorgungsmodelle setzen, die zwar auf Sektoren oder Zeiträume begrenzt mehr Kosten verursachen, sich aber für das Gesamtsystem dennoch langfristig lohnen. Auch die Flankierung dieser Maßnahmen durch effizientere Prüfungen der Wirtschaftlichkeit (Artikel 1 Nr. 53f) und des Abrechnungsverhaltens ist aus Verbrauchersicht sinnvoll. Die geplanten Regelungen für Anreize und Beratung zu wirtschaftlichem und qualitätsorientiertem Ordnungsverhalten (Artikel 1 Nr. 41) sind ebenfalls zu begrüßen.

Maßnahmen zur Arzneimittelversorgung

Aufhebung des Mehrbesitzverbotes und Zulassung von Versandapotheken

Artikel 13 Nr. 2 und 6 zu §§ 2 und 11a ApoG

Der **vzbv** befürwortet die Maßnahmen zur Liberalisierung des Arzneimittelvertriebes: die Aufhebung des Mehrbesitzverbote und die Zulassung von Versandapotheken führen Elemente des Wettbewerbs in die bisher stark regulierte Distribution von Arzneimitteln ein. Medikamente sind indes kein Gut wie jedes andere, sondern unterliegen weiterhin besonderen Sicherheits- und Qualitätsanforderungen – das gilt auch für den Vertrieb. Die Zulassung von Versandapotheken kann daher nur unter strengen Auflagen und europäisch einheitlichen Qualitätsstandards erfolgen. Dabei ist dafür Sorge zu tragen, dass die erzielten Einsparungen sowohl den betroffenen Patientinnen und Patienten als der Gemeinschaft der Versicherten zugute kommen. Der **vzbv** begrüßt, dass wesentliche von den Verbraucherverbänden bereits vorlegte Qualitätskriterien zur Zulassung von Versandapotheken in den GMG-Entwurf aufgenommen worden sind.

Festbeträge für patentgeschützte Arzneimittel

Artikel 1 Nr. 14 zu § 35 Abs. 1a SGB V

Die Einbeziehung patentgeschützter Arzneimittel mit vergleichbaren Wirkstoffen in die Festbetragsregelung ist zu begrüßen, da sich hier Einsparpotenziale von rund einer Mrd. Euro realisieren lassen.

Modernisierung der Steuerung des Systems

Teilung des Sicherstellungsauftrages

Artikel 1 Nr. 28-37

Die Teilung des Sicherstellungsauftrages zwischen Leistungsanbieter und Kostenträger ist sinnvoll und entspricht dem Sinn der Selbstverwaltung. Eine Reform der Kassenärztlichen Vereinigungen ist überfällig und war bereits ein Anliegen der letzten Gesundheitsreform. Die Professionalisierung der Arbeitsweisen und die Zusammenlegung zu größeren Einheiten berührt indes nicht das grundsätzliche Problem, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen trotz ihres Status' als Körperschaften des öffentlichen Rechts ihrer Funktion, zwischen den unterschiedlichen Ärzteguppen zu vermitteln, sachgerechte Verteilungslösungen in der Vertragsgestaltung mit den Krankenkassen zu finden sowie die korrekte Leistungserbringung und -abrechnung wirksam zu kontrol-

lieren, weiterhin nicht gerecht werden. Nach außen gerieren sich die Kassenärztlichen Vereinigungen als Standesorganisation mit eigenem politischen Mandat, bis hin zu unmittelbaren Eingriffen in den Wahlkampf. Die Kampagne etlicher Kassenärztlicher Vereinigungen gegen die Einführung des Disease-Management-Programme hat dem Ruf der verfassten Ärzteschaft schweren Schaden zugefügt und zu Recht die Aufsichtsbehörden auf den Plan gerufen. Aus Verbrauchersicht sind Zweifel angemeldet, ob die im Gesundheitswesen notwendige unabhängige Vertretung der Ärzteschaft noch von einer Organisationsstruktur zu erwarten ist, die sich derart desavouiert hat. Die Frage, ob die Kassenärztlichen Vereinigungen überhaupt noch reformierbar sind, ist aus dieser Perspektive derzeit nicht eindeutig positiv zu beantworten. Die Repräsentanz der Hausärzte zu stärken, kann daher nur ein erster Schritt sein, um die Rolle der Ärztevertretungen unter grundsätzlich veränderten Vertragsbedingungen (Einzelverträge) neu zu bestimmen. Weshalb im übrigen die besondere Repräsentanz der Psychotherapeuten aus dem ursprünglichen Entwurfstext wieder entfernt wurde, ist unverständlich.

Der **vzbv** würde es begrüßen, wenn künftig bei den Wahlen innerhalb der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen generell das Verhältniswahlrecht gälte. Damit wäre die Repräsentanz kleinerer Ärztegruppen besser zu gewährleisten.

Abbau von Wettbewerbsverzerrungen unter den Krankenkassen

Artikel 1 Nr. 100 zu § 147 SGB V

Die Angleichung der Wettbewerbsbedingungen der Krankenkassen hängt im wesentlichen an der Einführung eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Sollte dies vor 2007 möglich sein, so könnten die bis dahin notwendigen geplanten Restriktionen schneller beendet werden. Ziel muss ein Wettbewerb der Krankenkassen um mehr Qualität und besseren Service sein, nicht aber um „gute“ oder „schlechte Risiken“. Darum sollte der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich so schnell wie möglich eingeführt werden.

Kassenartenübergreifende Fusionen

Artikel 1 Nr. 113 bis 155 zu §§ 171a, 172, 173 SGB V

Kassenartenübergreifende Vereinigungen von gesetzlichen Krankenkassen sollen ab 2007 möglich sein. Unabhängig davon, ob Krankenkassen derselben oder unter-

schiedlicher Kassenarten fusionieren, sollte den Versicherten ein Sonderkündigungsrecht nach einer vollzogenen Fusion zuerkannt werden. Eine entsprechende Regelung ist im GMG zu ergänzen.

Konfliktlösungsmechanismen innerhalb der gemeinsamen Selbstverwaltung

Artikel 1 Nr. 45 zu § 89 SGB V

Zur Beschleunigung von Entscheidungen werden die Schiedslösungen verbessert. Die Möglichkeiten der staatlichen Ersatzvornahme werden ausgebaut. Der **vzbv** begrüßt die Installierung klarerer Konfliktlösungsmechanismen zur Beschleunigung der Entscheidungsprozesse in der gemeinsamen Selbstverwaltung und die Ausweitung der Eingriffsmöglichkeiten durch die Aufsichtsbehörde. Ersatzvornahmen durch das BMGS können indes immer nur als *ultima ratio* fungieren.

Mehr Zielorientierung und eine höhere Sachgerechtigkeit wäre vor allem dadurch zu erwarten, dass in Zukunft die Interessen der Patientinnen und Patienten direkt zu Wort kommen und im Zuge einer qualifizierten Beratungsbeteiligung in die Entscheidungen einbezogen werden.

Verwertung von Leistungs- und Abrechnungsdaten

Artikel 1 Nr. 157 zu §§ 303a-f SGB V

Dass die Leistungs- und Abrechnungsdaten zur Systemsteuerung durch Selbstverwaltung, Politik auf Bundes- und Landesebene, Gesundheitsberichterstattung und Forschung kassenarten- und sektorübergreifend pseudonymisiert zur Verfügung gestellt werden, entspricht einer Forderung des **vzbv**. In der neu einzurichtenden Arbeitsgemeinschaft für Aufgaben der Datentransparenz sind Beteiligungsregeln für Patientinnen und Patienten vorgesehen. Das ist bei diesem sensiblen Thema auch unbedingt notwendig. Eine ausdrückliche Vertretung des Verbraucherschutzes fehlt indes im Entwurf des § 303b und sollte aus Sicht des **vzbv** ergänzt werden.

Verpflichtung zur Veröffentlichung der Vorstandsvergütungen

Artikel 3 Nr. 4 zu § 35a Abs. 6 SGB IV

Verschwendung gibt es nicht nur auf der Seite der Leistungsanbieter, sondern auch bei den Kostenträgern. Die Veröffentlichungspflicht für Vorstandsvergütungen setzt an ei-

ner eher symbolischen Stelle an, kann aber aus Verbrauchersicht ein Signal setzen, mit den Beiträgen der Versicherten sorgsam und sachgerecht umzugehen.

Stärkung der Patientensouveränität

Einer der am meisten beklagten Mängel des deutschen Gesundheitswesens besteht in seiner Intransparenz, insbesondere für die Nutzerinnen und Nutzer von Gesundheitsleistungen. Das betrifft die *Qualität von Leistungen* ebenso wie die *Kosten der Versorgung*. Sachgerechte Information und kompetente, unabhängige Beratung sind daher wesentliche Voraussetzungen, um die *Verbrauchersouveränität* zu erhöhen. Dazu kommt der Wunsch vieler Patienten und Versicherten, sowohl im unmittelbaren Behandlungsgeschehen als auch in den Strukturen des Gesundheitswesens besser beteiligt zu werden. *Partizipation* ist ein wesentlicher Faktor für *Effizienz* und *Qualitätsentwicklung*, aber auch für die *Akzeptanz* des Gesundheitssystems insgesamt. Je souveräner Patienten und Versicherte als Verbraucher im System agieren, desto höher die Wahrscheinlichkeit, dass Mittel effizient und zielgenau eingesetzt werden. Versicherten- und Patientenbeteiligung ist daher eine *strukturelle* Bedingung für Qualität und Wirtschaftlichkeit, und damit für die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitssystems.

Beteiligungsrechte

Die im GMG an unterschiedlichen Stellen (§§ 90 Abs. 3a, 92 Abs. 7b, 111b, 125 Abs. 1, 128, 132a Abs. 1, 303b) vorgesehenen Beteiligungsrechte für Patienten und Verbraucher sind im Grundsatz zu begrüßen. In der Regel beschränkt sich die Beteiligung jedoch darauf, Stellung nehmen zu können – es handelt sich also um eine schwache Form der Verfahrensbeteiligung, die an vielen Stellen auch jetzt schon möglich ist. Es fehlen zudem wichtige Bereiche, in denen Beteiligung von Patienten und Verbrauchern angezeigt wäre: Qualitätssicherung (§§ 135, 137), Disease-Management-Programme (§ 137f), Integrierte Versorgung (§ 140) oder beim Medizinischen Dienst (§ 275). Die Beteiligungsrechte sind also im gegenwärtigen Entwurf sowohl quantitativ als auch qualitativ unzureichend geregelt. Statt einer bloßen *Verfahrensbeteiligung* müssen insbesondere in den Bundesausschüssen qualifizierte Formen der *Beratungsbeteiligung*

für Verbraucher- und Patientenorganisationen eingeführt werden. Der **vzbv** hat zur Beteiligung von Patienten, Versicherten und Verbrauchern im Rahmen der Arbeiten für die Kommission für Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme einen eigenen Vorschlag erarbeitet, der ein differenziertes Modell für Verfahrens-, Beratungs- und Entscheidungsbeteiligung im Gesundheitswesen enthält. Das Dokument ist dieser Stellungnahme beigelegt.

Patientenbeauftragte/r

Artikel 1 Nr. 46 c), 80 a), 86, zu §§ 92 Abs. 7b, 135 Abs. 1, 137b SGB V und Artikel 12 Nr. 3 b) zu § 63 AMG

Die Einrichtung des/r Patientenbeauftragten wird vom **vzbv** ausdrücklich begrüßt. Diesem/r Beauftragten sollte ein *Beirat* zugeordnet sein, in dem die relevanten Organisationen der Patientenvertretung und -unterstützung vertreten sind. Gemeinsam mit sechs anderen Dachorganisationen der Patientenvertretung und -unterstützung hat der **vzbv** ein Kommuniqué zu den Aufgaben eines solchen Beauftragten formuliert und dem BMGS bereits zugeleitet. Auch dieses Dokument ist der Stellungnahme beigelegt.

Kostenerstattung bei Leistungen im europäischen Ausland

Artikel 1 Nr. 1 zu § 13 SGB V

Mit der Neuregelung des § 13 SGB V setzt die Bundesregierung die jüngste Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) um. Der **vzbv** begrüßt, dass es den gesetzlich Versicherten künftig unabhängig von ihrem Versichertenstatus möglich sein soll, grundsätzlich Kostenerstattung für im europäischen Ausland in Anspruch genommene Leistungen von der eigenen Krankenkasse zu erhalten. Das jüngste Urteil des EuGH (Rechtssache C-385/99) vom 13. Mai 2003 stellt neuerlich klar, dass auch in einem auf dem Sachleistungsprinzip basierenden Gesundheitssystem Kostenerstattung für Leistungen im Ausland möglich ist. Die im Gesetz vorgesehene Unterscheidung zwischen ambulanten und stationären Leistungen – für letztere gilt weiterhin ein Genehmigungsvorbehalt – ist im Sinne der Planungssicherheit des Krankenhausbedarfs akzeptabel.

Prävention und Selbsthilfeförderung

Artikel 1 Nr. 5 zu § 20

Prävention und Gesundheitsförderung haben in Deutschland noch lange nicht die Bedeutung, die ihnen zur Gestaltung eines auf Nachhaltigkeit ausgerichteten Gesundheitswesens zukommt. Die Verpflichtung der Krankenkassen, ein Viertel der für Prävention vorgesehenen Mittel in einen Gemeinschaftsfond oder in kassenartenübergreifende Gemeinschaftsprojekte fließen zu lassen, ist ein erster Schritt, Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe jenseits des Kassenwettbewerbs zu verankern. Die Schaffung eines Bundessondervermögens (§ 20 Abs. 2a-c) als Basis für den Präventionsfonds ist ein wichtiger Schritt. Allerdings wäre es aus Sicht des **vzbv** konsequenter, sämtliche Kassenmittel für Prävention in diesen Gemeinschaftsfonds einfließen zu lassen und durch Zuwendungen anderer Beteiligter zu ergänzen. Auf dieser Basis ließen sich die strukturellen und konzeptionellen Defizite der Prävention in Deutschland besser bewältigen. Die Arbeit des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung zeigt eindrucksvoll, dass es in Deutschland vielfältige Aktivitäten in diesem Feld bereits gibt, die besser vernetzt und konzeptionell aufeinander abgestimmt werden müssten. Die Initiative zur Formulierung bundesweiter Gesundheitsziele (www.gesundheitsziele.de) war hier ein erster wichtiger Schritt, um prioritäre Handlungsfelder zu identifizieren. Die Neuordnung der Landschaft im Rahmen des in Planung befindlichen Präventionsgesetzes sollte aus Sicht des **vzbv** diese positiven Ansätze aufgreifen und zu einer sinnvollen Gesamtkonzeption zusammenführen. Die Änderung des § 20 SGB V steht daher unter dem Vorbehalt, dass die jetzt getroffenen Regelungen an die kommende Präventionsgesetzgebung angepasst werden können. Das gilt insbesondere für die Verwaltung des Gemeinschaftsfonds sowie die künftige Rolle des Deutschen Forums für Prävention und Gesundheitsförderung.

Der **vzbv** befürwortet, dass im Hinblick auf die Selbsthilfeförderung nunmehr ausdrücklich auch die Verbände der Krankenkassen genannt werden. Damit ist grundsätzlich gewährleistet, dass eine Verpflichtung zur angemessenen Förderung auch auf der Bundes- und Landesebene der dort tätigen Selbsthilfeorganisationen und -kontaktstellen besteht.

Es ist begrüßenswert, dass die für die Selbsthilfe bestimmten Fördermittel „in kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsfonds einzuzahlen“ sind. So kann erreicht werden, dass zukünftig die Selbsthilfeförderung aus dem Wettbewerb der Krankenkassen he-

rausgehalten und die Förderpraxis transparenter wird. Durch die Einrichtung von Gemeinschaftsfonds wird gerade für Selbsthilfegruppen vor Ort die Antragsstellung erheblich vereinfacht. Die Verteilung der Mittel auf die unterschiedlichen Ebenen sollte von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Selbsthilfe einvernehmlich geregelt werden.

Kooperation der Krankenkassen mit der privaten Krankenversicherung

Artikel 1 Nr. 118 zu § 194 SGB V

Den gesetzlichen Krankenkassen soll die Möglichkeit eingeräumt werden, mit privaten Krankenversicherungsunternehmen zu kooperieren. Dabei geht es um Zusatzversicherungsverträge zwischen den Versicherten der Krankenkasse und den jeweiligen Versicherungsunternehmen, insbesondere für die Wahlarztbehandlung im Krankenhaus, einen Ein- oder Zweibettzuschlag im Krankenhaus sowie eine Auslandsreisekrankenversicherung. Der **vzbv** begrüßt diese Regelung im Grundsatz, weil damit einem Wunsch der Versicherten Rechnung getragen wird, bestimmte Versicherungen, die ihren Krankenversicherungsschutz ergänzen, über ihre Krankenkasse abschließen zu können. Unklar bleibt jedoch, was mit der Zusatzversicherung, insbesondere bei günstigeren Gruppentarifen, geschieht, wenn der Versicherte von seinem Kassenwahlrecht Gebrauch macht. Die Konsequenzen der Regelung für die europarechtliche Einordnung der gesetzlichen Krankenkassen als parafiskalische Körperschaften des öffentlichen Rechts oder als private Unternehmen werden nicht erläutert. Auch hier besteht weiterer Klärungsbedarf.

Patientenquittung

Artikel 1 Nr. 159 zu § 305 SGB V

Die Einführung einer sogenannten „Patientenquittung“ ist seit langer Zeit gefordert worden, um mehr Transparenz ins das Leistungsgeschehen zu bringen. Das Modellvorhaben zur Einführung einer „Patientenquittung“ hat jedoch eher ernüchternde Ergebnisse zutage gefördert. Das liegt unter anderem an der Intransparenz des ärztlichen Abrechnungssystems. Eingebettet in eine Behandlungs- oder Leistungsvereinbarung zwischen Arzt und Patient kann eine schriftliche Bestätigung des Patienten, dass bestimmte Leistungen auch wirklich erbracht wurden, aber durchaus sinnvoll sein, damit die Patientinnen und Patienten einen Teil der Abrechnungskontrolle mit überneh-

men können. Aus Verbrauchersicht müssen jedoch die zusätzlichen Kosten derartiger Maßnahmen im Verhältnis zum erwarteten Nutzen stehen.

Bekämpfung von Missbrauch und Korruption im Gesundheitswesen

Artikel 1 Nr. 38, 119 und 137 zu §§ 81a, 197a und 274a-c SGB V

Die geplanten Maßnahmen zur Korruptionsbekämpfung geben der Selbstverwaltung weitere Instrumente zur Missbrauchskontrolle an die Hand und werden vom vzbv begrüßt. Kontrollen und Plausibilitätsprüfungen (z. B. auf der Basis von Zeitprofilen) zur Erkennung von betrügerischen Falschabrechnungen sind grundsätzlich begrüßenswert, sofern sie von realistischen Werten ausgehen. Die Ursachen für Korruption und Abrechnungsbetrug werden indes dadurch noch nicht beseitigt. Die derzeitigen Vergütungssysteme begünstigen Intransparenz, Falschabrechnung und Missbrauch, und sie erzwingen teilweise praxisferne Behandlungsmethoden, die weniger am Patientenwohl als vielmehr an der Abrechnungssystematik orientiert sind. Deshalb sollte das bestehende Abrechnungssystem zu Gunsten eines auf realistischen und nachprüfbar Kriterien wie Kopf- und Diagnosepauschalen basierenden Honorarmodells ersetzt werden. Krankenkassen müssen überdies durch gezielte Datenzusammenführung in den Stand versetzt werden, die Beziehungen zwischen Leistungserbringern und Versicherten, sowie zwischen den Leistungserbringern untereinander nachvollziehen zu können. Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen sollen verpflichtet werden, Abrechnungsbetrug und Korruption schärfer zu ahnden; sie benötigen dafür auch die geeigneten Sanktionsinstrumente.

Die Unabhängigkeit wissenschaftlicher und ärztlicher Fachgesellschaften, welche durch ihre Therapieleitlinien und Richtlinien großen Einfluss auf das medizinische Handeln ausüben, muss durch geeignete Regeln gewährleistet werden. Korruption betrifft aber nicht nur die Leistungserbringer, sondern auch Sachverständige und Mitglieder von Beratungs- oder Entscheidungsgremien. Medizinische Sachverständige, Gutachter und Meinungsbildner müssen bei ihrer Tätigkeit Zuwendungen und Interessenkonflikte transparent und öffentlich machen.

Das gilt auch für die Patientenorganisationen; sie übernehmen eine wichtige Sensorfunktion für Probleme im Gesundheitswesen, indem sie Erfahrungen von einzelnen zusammenführen und auswerten. Die in der Regel als Verein organisierte Organisationen leiten ihren Vertretungsanspruch zum einen aus dem jeweiligen Mandat der Organisation (Mitgliedschaft, Struktur und Auftrag) her, d.h. aus der Frage, welche Gruppe sie zu *repräsentieren* in der Lage ist, und zum anderen aus der *fachlichen* Kompetenz (inhaltliche Schwerpunkte, Expertise zu bestimmten Themen), die sich vor allem aus den

Serviceangeboten der jeweiligen Organisation ergibt. Der vzbv regt ein offizielles Anerkennungsverfahren für Patientenorganisationen an, um die seriösen und anerkannten Verbände auf Bundesebene, etwa im Rahmen einer Selbstverpflichtung, zu identifizieren. Dieses vom BMGS durchgeführte Anerkennungsverfahren sollte anhand klar definierter Kriterien das Mandat (z.B. Selbst- oder Fremdvertretung), das inhaltliche Profil, die Aufgabenstellung, die Angebote und die Finanzierungsgrundlagen der jeweiligen Organisation transparent machen.

Neuordnung der Finanzierung

Nach Ansicht des vzbv sollten schon in dieser Gesundheitsreform erste Weichen gestellt werden, um die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung nachhaltig zu verbessern. Der notwendigen politischen Grundsatzentscheidung sollte die Einsicht zugrunde liegen, dass die gesetzliche Krankenversicherung sich seit ihrer Einführung von einer Armenversicherung hin zu einem Sicherungssystem für die gesamte Bevölkerung entwickelt hat. Das im europäischen Maßstab annähernd singuläre Nebeneinander von privater und gesetzlicher Krankenversicherung hat allein historische Gründe und entspricht nicht mehr den Anforderungen an ein modernes leistungsfähiges und solidarisches Sicherungssystem. Bisher hat jedoch der Politik der Mut gefehlt, diese Inkonsistenz im System zu beseitigen. Der gegenwärtige Reformdruck erzwingt jedoch, politische Tabus der Vergangenheit über Bord zu werfen und notwendige Reformen in Angriff zu nehmen.

Beitragsbemessungsgrenze und Versicherungspflicht

Der vzbv empfiehlt zur nachhaltigen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, die Versicherungspflichtgrenze in einem ersten Schritt auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherungsgrenze (5.100 €) anzuheben und mittelfristig ganz aufzuheben. Insgesamt sollen zumindest alle Erwerbstätigen (einschließlich Selbständige und Beamte) in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sein. Damit würden zunächst Gutverdienende, die sich bisher privat absichern können, und nach und nach alle Erwerbstätigen in die GKV einbezogen. Die Beitragsbemessungsgrenze der GKV sollte gleichzeitig auf das Niveau der Rentenversicherung (5.100 €) angehoben werden. Da die Summe der beitragspflichtigen Entgelte dadurch steigt, können die Bei-

tragssätze entsprechend niedriger ausfallen. Die Verteilung der Belastung ändert sich: Einkommen bis zur derzeitigen Beitragsbemessungsgrenze würden entlastet, höhere Einkommen würden stärker als bisher zur Finanzierung herangezogen. Entsprechend würden Arbeitgeber je nach Beschäftigtenstruktur ent- oder belastet. Die Maßnahmen könnten zu Mehreinnahmen in Höhe von 7 Mrd. Euro führen.

Heranziehung anderer Einkommensarten

Die Bindung der Beitragshöhe allein an den Lohn ist neben der Belastung der Lohnnebenkosten auch deshalb problematisch, weil der Lohn als Indikator für die tatsächliche Leistungsfähigkeit fragwürdig geworden ist. Dies betrifft sowohl die Versicherten als auch die Arbeitgeber. Der wachsende Stellenwert nicht lohnbezogener Einkommen bleibt dabei heute ebenso unberücksichtigt wie die unterschiedliche Leistungsfähigkeit der Arbeitgeber. Die Bindung der Beiträge ausschließlich an den Lohn führt deshalb zu einer schleichenden Aushöhlung des Solidarprinzips, wonach sich die Beiträge an der tatsächlichen finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten orientieren sollen. Aus diesem Grund sollte das Solidarprinzip durch die Heranziehung weiterer Einkommensarten für die Erhebung von Sozialbeiträgen wiederhergestellt werden. Dabei ist durch geeignete Maßnahmen – etwa durch entsprechende Freibeträge – sicherzustellen, dass relativ geringfügige Zusatzeinkommen nicht berücksichtigt werden. Die Leitlinie für eine Reform der Finanzierungsgrundlagen der GKV muss sowohl aus volkswirtschaftlichen wie aus sozialen Gründen die *Stärkung des Solidaritätsprinzips* sein. Nur so ist unser Anspruch einzulösen, allen Bürgern den gleichen Zugang zu einer guten medizinischen Versorgung zu garantieren.

Verschiebung der paritätischen Finanzierung zu Lasten der Arbeitnehmer

Artikel 1 Nr. 129 zu § 249 SGB V

Die Verlagerung des Krankengeldes in die Finanzierungsverantwortung der Versicherten stellt sich im Entwurf gesetzestechnisch schlicht als Aufhebung der paritätischen Finanzierung des GKV-Beitrags dar. Künftig sollen die Arbeitgeber nur noch 47 % und die Arbeitnehmer 53 % der Beitragslast tragen. „Ziel ist die alleinige Finanzierung des Krankengeldes durch die Versicherten und eine Entlastung der Lohnnebenkosten für die Arbeitgeber um diesen Betrag.“ (GMG-Begründung) Der direkte Bezug dieser Kostenverschiebung zum Krankengeld ist jedoch nicht herstellbar. Die Leistungsaus-

gaben für das Krankengeld werden mit 7,1 Mrd. Euro beziffert. Dies entspricht 5,22 % der vom BMGS mit 136 Mrd. Euro angegebenen Beitragseinnahmen der GKV des Jahres 2002. Umgelagert werden indes 6 %, also gut ein dreiviertel Prozentpunkt (1,06 Mrd. Euro) mehr, als für das Krankengeld aufgewendet wird. Neben der Finanzierung des Krankengeldes werden so die Arbeitnehmer um gut eine halbe Mrd. Euro zusätzlich be- und die Arbeitgeber entlastet. Angesichts der Tatsache, dass für eine nachhaltige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung gangbare Alternativen existieren, erscheint dem **vzbv** die Herausnahme des Krankengeldes aus der paritätischen Finanzierung und damit der Bruch mit dem Prinzip der gleichmäßigen Beitragsbelastung von Arbeitsgebern und Arbeitnehmern ein zu hoher Preis. Die vorgeschlagene Regelung eröffnet die Möglichkeit, das Verhältnis zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeitrag künftig je nach der politischen oder gesamtwirtschaftlichen Situation noch weiter aus dem Gleichgewicht zu bringen. Aus Verbrauchersicht ist eine solche Lastenverteilung mit dem Prinzip einer solidarischen Krankenversicherung nur schwer vereinbar.

Beitragserhebung auf Versorgungsbezüge und Alterseinkommen

Artikel 1 Nr. 128 zu § 248 SGB V

Versorgungsbezüge und Alterseinkünfte aus selbständiger Tätigkeit von in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Rentnern sollen künftig mit dem vollen Beitragssatz belegt werden. Die Maßnahme stellt ein Stück mehr Generationengerechtigkeit innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung her und ist daher aus Verbrauchersicht zu befürworten.

Informationspflichten bei Ende der Mitgliedschaft

Artikel 1 Nr. 117 zu § 191 SGB V

Der **vzbv** begrüßt die Aufnahme der konkreten Beratungs- und Hinweispflicht der Krankenkasse in den Fällen des Beitragsverzugs des Versicherten. Bei der Information von Versicherten, die aus dem gesetzlichen Versicherungsschutz herauszufallen drohen, sind – das zeigt die Beratungspraxis der Verbraucherzentralen – erhebliche Mängel festzustellen. Das gilt insbesondere für den Fall des Beitragsverzugs freiwillig Versicherter, aber auch in anderen Fallkonstellationen, z.B. beim Ende einer Familienversicherung etwa im Scheidungsfalle, unter bestimmten Umständen vor einem Auslands-

aufenthalt oder jetzt noch bei dem Ende von Lohnersatzleistungen. Personen gemäß § 6 Abs. 3a SGB V können aufgrund ihres Alters auch bei Eintreten der Versicherungspflicht möglicherweise sogar lebenslang aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sein. Vor diesem Hintergrund ist es unerlässlich, dass gesetzliche Krankenkassen einheitlich und nachdrücklich aufzuklären haben über

- das Ende der Pflichtmitgliedschaft (§ 190 SGB V)
- das Beitrittsrecht zur freiwilligen Versicherung (§ 9 SGB V)
- Ende der freiwilligen Versicherung (§ 191 SGB V),

und zwar mit allen rechtlichen Konsequenzen im jeweiligen Einzelfall, insbesondere dann, wenn der Verlust des gesetzlichen Versicherungsschutzes insgesamt droht.

Einbeziehung von Sozialhilfe-Empfängern

Artikel 1 Nr. 134 zu § 264 SGB V

Die vorgeschlagene Regelung zur Einbeziehung von Sozialhilfeempfängern in den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung ist für die Krankenkasse kostenneutral, kann aber zur Entlastung der Kommunen beitragen, weil künftig nur die für GKV anfallenden Kosten zu bezahlen sind. Die Maßnahme ist daher zu begrüßen.

Verpflichtung zur Weitergabe von Einsparungen an die Versicherten

Artikel 1 Nr. 122 zu § 220 SGB V

Die im GMG-Entwurf enthaltenen zum Teil erheblichen Einschnitte und Mehrbelastungen für Versicherte und Patienten sind nur dann akzeptabel, wenn die Mehreinnahmen bzw. Einsparungen nicht bei den Krankenkassen verbleiben und auch nicht nur die Arbeitgeberseite entlasten, sondern zu einer spürbaren Beitragsentlastung der Versicherten führt. In der gesamtwirtschaftlichen Situation geht es nicht nur um die Senkung der Lohnnebenkosten, sondern auch um die Erhaltung und Steigerung der Massenkaukraft und damit der Binnennachfrage. Daher unterstützt der **vzbv** diese Regelung und fordert die Bundesregierung auf, die Einhaltung dieser Vorschrift nachdrücklich zu überprüfen. Dringend notwendig ist eine Übersicht über den von den Krankenkassen auf Landes- und Bundesebene in Anspruch genommenen Kreditrahmen.

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

Gesellschaftspolitische Leistungen

Artikel 1 Nr. 123 zu § 221 SGB V und Artikel 5a zu §§ 195 und 200 RVO

Seit Jahren wird die Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung durch so genannte versicherungsfremde Leistungen beklagt. Die Abgrenzung dieser Leistungen von den inhärenten Aufgaben der GKV aufgrund des Krankheitsbezuges ist kaum konsequent durchzuhalten. Die Auswahl der „versicherungsfremden Leistungen“ dürfte daher nie ganz ohne Willkür zu treffen sein. Nichtsdestotrotz ist es sinnvoll, gesellschafts- und familienpolitische Aufträge der GKV aus Steuermitteln zu refinanzieren. Zur Deckung der empfohlenen Steuerfinanzierung kann die angekündigte stufenweise Erhöhung der Tabaksteuer mittelfristig ausreichen. Allerdings ist zu prüfen, ob sich aus der Gewährung eines Bundeszuschusses an die gesetzlichen Krankenkassen ein analoger Anspruch für die Private Krankenversicherung ergibt und wie dieser Anspruch gegebenenfalls auszuschließen ist.

Künstliche Befruchtung

Artikel 1 Nr. 7 zu 27a SGB V

Die Herausnahme der künstlichen Befruchtung aus dem GKV-Leistungskatalog erscheint insofern nicht unproblematisch, als Zeugungsunfähigkeit einen eindeutigen Krankheitsbezug nachweisen kann.

Begrenzung des Leistungsanspruchs bei Sehhilfen

Artikel 1 Nr. 12 zu § 33 SGB V

Die Einschränkung des Leistungsrahmens der gesetzlichen Krankenversicherung ist aus Sicht der Versicherten immer negativ zu beurteilen. Im Falle der Sehhilfen sind jedoch die Zuschüsse der Krankenkassen etwa zu Brillen in den letzten Jahren schon so stark reduziert worden, dass ein Verzicht darauf eine für Verbraucherinnen und Verbraucher erträgliche Mehrbelastung darstellt. Im Zuge einer Konsolidierung der GKV-Finzen müssen auch Versicherte und Patienten ihren Beitrag leisten. Der vzbv trägt daher diese Maßnahme mit.

Nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel

Artikel 1 Nr. 13 zu § 34 SGB V

Die Herausnahme der sogenannten OTC-Präparate aus dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung ist in seinen Auswirkungen sowohl im Blick auf die zu erwartenden Einsparungen wie auch auf die Belastungen für Patientinnen und Patienten fraglich, zumal einige dieser Präparate bereits in die sogenannte Positivliste aufgenommen wurden und daher als therapeutisch sinnvoll eingestuft wurden. Ob die umfangreichen Ausnahmeregelungen für Kinder und Jugendliche, für homöopathische und anthroposophische Arzneimittel ohne zugelassenes Anwendungsgebiet sowie bei schweren Erkrankungen geeignet sind, um Härten etwa für chronisch Kranke tatsächlich zu vermeiden, bleibt dahingestellt. Zu befürchten ist, dass durch diese Maßnahme Umgehungseffekte einsetzen, so dass die nicht verschreibungspflichtigen und nun auch nicht mehr erstattungsfähigen Arzneimittel letztlich durch die Verschreibung nicht nur teurerer, sondern auch riskanterer Medikamente substituiert werden. Zu befürchten ist daher, dass die Maßnahme sogar mehr kostet als sie einbringt. Aufgrund der genannten medizinischen, sozialen und ökonomischen Risiken lehnt der **vzbv** diese Maßnahme ab.

Fahrtkosten

Artikel 1 Nr. 21 zu § 60 SGB V

Die Voraussetzungen für die Übernahme von Fahrtkosten im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme einer Krankenkassenleistung sollen erheblich verschärft werden. Diese Sparmaßnahme würde insbesondere mobilitätsbehinderte Menschen massiv betreffen. Zumindest sind für diesen Personenkreis Ausnahmeregelungen für die entstehenden notwendigen Fahrtkosten zu treffen. Wenn im Zuge der Umsetzung der Fallpauschalenvergütung im stationären Bereich (DRG) die erwünschte Spezialisierung von Krankenhäusern sich fortsetzt, werden Patientinnen und Patienten indes künftig weitere Wege für eine qualifizierte Versorgung zurücklegen müssen. Diesem Sachverhalt muss die Gewährung der notwendigen Fahrtkosten Rechnung tragen.

Sterbegeld

Artikel 1 Nr. 20 zu §§ 58 und 59 SGB V

Die Streichung des Sterbegeldes aus dem Leistungskatalog ist eine im Zuge der Konsolidierung der GKV-Finzen vertretbare Belastung der Versicherten.

Neugestaltung der Zuzahlungen, Befreiungsmöglichkeiten und Bonussysteme

Einführung therapiebezogener Festzuschüsse bei Zahnersatz

Artikel 1 Nr. 9 zu § 30 SGB V

Der **vzbv** lehnt Vorschläge für eine Herausnahme des Zahnersatzes aus dem Leistungskatalog der GKV ab. Die Umwandlung des prozentualen Zuschusses der Krankenkasse zum Zahnersatz in Festbeträge ist demgegenüber aus Sicht des **vzbv** zwar nicht unproblematisch, aber akzeptabel. Sie kann das Preisbewusstsein der Patientinnen und Patienten erhöhen und so im Einzelfall Kosten reduzieren. Allerdings ist zu befürchten, dass die gegenüber dem Arzt geringere Verhandlungsmacht des Patienten eher zu Mehrkosten führt, die dann allein von den Patienten zu tragen sind. Die Einführung von Festbeträge setzt eine höhere Markttransparenz in diesem Bereich und daher unabhängige Beratungsangebote für eine souveräne Konsumententscheidung voraus. Der **vzbv** begrüßt allerdings ausdrücklich, dass auch die Krankenkassen künftig die Gesamtrechnung der Behandlung überprüfen können und verpflichtet werden, ihre Versicherten über qualitative und wirtschaftliche Versorgungsalternativen zu beraten. Durch die im GMG-Entwurf vorgesehene Staffelung der Zuschüsse kann die positive Steuerwirkung des „Bonushefts“ auf beider Form der Bezuschussung weiter genutzt werden. Die pauschale Festlegung der Zuschüsse unabhängig vom konkreten Behandlungsbedarf birgt jedoch die Gefahr, dass Diagnose- und Therapieentscheidungen künftig auf Erstattungsgrößen und Zuschussgruppen hin getroffen werden. Die Regelung könnte so zu Umgehungsstrategien führen, die weder Kosten einsparen noch der medizinischen Notwendigkeit entsprechen. Es ist vor diesem Hintergrund überdies schwer nachvollziehbar, weshalb medizinisch sinnvolle und auf längere Sicht möglicherweise sogar günstigere Alternativen zum Zahnersatz (z.B. Implantate) von Erstattung bzw. Zuschuss generell ausgeschlossen werden, so dass ein Ausweichen sich für die Patientinnen und Patienten nicht lohnt.

Zuzahlungen zu Arznei- und Verbandsmitteln

Artikel 1 Nr. 10, 22 und 24 zu §§ 31, 61 Abs. 1 und 62a SGB V

Die Zuzahlung für Arznei- und Verbandsmittel soll gemäß GMG-Entwurf je nach Packungsgröße vier Euro, sechs Euro oder acht Euro betragen. Diese Zuzahlungen werden halbiert, wenn Versicherte am Hausarztssystem, an zugelassenen Disease-Management-Programmen (DMP) oder an Modellen der integrierten Versorgungsformen teilnehmen. Chronisch Kranke und Behinderte in Dauerbehandlung, für deren Krankheit oder Behinderung Behandlungsprogramme oder integrierte Versorgungsformen nicht zur Verfügung stehen, zahlen ebenfalls die reduzierten Beträge. Für ehemals Zuzahlungsbefreite nach § 61 SGB V gilt nun bei Arznei- und Verbandsmitteln eine pauschale Zuzahlung von einem Euro. Der Reform liegt das Anliegen zugrunde, rein sozial oder indikationsbezogene Befreiungstatbestände zugunsten verhaltensorientierter Zuzahlungsreduktionen zu ersetzen. Aus Verbrauchersicht ist es grundsätzlich sinnvoll, Versicherte und Patienten durch gezielte Anreizsysteme zu wirtschaftlich und gesundheitspolitisch sinnvollem Verhalten zu motivieren, so dass Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bedarfsgerecht, wirksam und wirtschaftlich erbracht werden. Beim üblichen Hausarztpatienten führt die geplante Neuregelung zu einer Entlastung bei den Zuzahlungen. Die Auswirkungen der vorgeschlagenen Regelungen auf Menschen in Dauerbehandlung sind jedoch umgekehrt. So benachteiligt die Staffelung nach Packungsgröße diejenigen Patientinnen und Patienten, die aus wirtschaftlich sinnvollen Erwägungen größere Arzneimittelpackungen nehmen, weil sie das entsprechende Medikament regelmäßig nehmen müssen. Bei den meisten Produkten für chronisch kranke und behinderte Menschen, bei denen die Kosten einer Zählereinheit bei größerer Packung abnehmen, ist diese Form der Zuzahlung daher eine Bestrafung von wirtschaftlicher Verordnungsweise. Chronisch kranke und behinderte Menschen sind im übrigen nicht im üblichen Sinne „heilbar“, sondern auf eine dauernde und umfassende Versorgung angewiesen. Bei dieser Patientengruppe, die einen hohen Anteil der Gesundheitsleistungen in Anspruch nimmt, dürften daher Steuerungs- und Einspareffekte durch Zuzahlungserhöhungen, Eigenanteile oder Praxisgebühren kaum zu erzielen sein.

Bonussysteme

Artikel 1 Nr. 25 zu § 65a SGB V

Den Krankenkassen soll die Möglichkeit eröffnet werden, Versicherten, die regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten oder zur primären Prävention in Anspruch nehmen, einen Bonus zu gewähren bzw. sie noch weiter von Zuzahlungen zu befreien. Zu erwägen wäre, ob auch die Teilnahme an sinnvollen Impfprogrammen mit einem Bonus belegt werden sollte. Eine solche Regelung erscheint allerdings nur dann sinnvoll, wenn die angebotenen Maßnahmen der Früherkennung und Prävention in ihrer Sinnhaftigkeit und Qualität geprüft sind. Die nachhaltige Wirkung einzelner von Krankenkassen durchgeführten Präventionsprogramme ist durchaus umstritten. Die Koppelung von Prävention und Bonussystemen setzt für die einzelnen Krankenkassen einen Anreiz, Präventionsmaßnahmen wiederum primär unter Marketinggesichtspunkten zu betrachten. Ein Qualitätsvorbehalt wäre daher unbedingt in die Regelung des § 65a Abs. 1 aufzunehmen, um den Anreiz zum Missbrauch dieser Bonusoption für Marketingzwecke zu vermindern. Wenn aber unter Qualitätsgesichtspunkten nicht jedes Angebot der Früherkennung oder Prävention auch für jeden sinnvoll ist, weil es sich etwa nur auf eine bestimmte Altersgruppe oder nur ein bestimmtes Geschlecht bezieht, wäre der Zugang der Versicherten zu dem damit verbundenen Bonusvorteil eingeschränkt. Der **vzbv** empfiehlt daher, die Regelung des § 65a Abs. 1 noch einmal zu überdenken und gegebenenfalls fallen zu lassen bzw. auf qualitätsgesicherte Maßnahmen der Früherkennung und Prophylaxe (z.B. Impfungen), die für allen Versicherten sinnvoll sind, zu beschränken. Anreizmodelle sollten sich aus Sicht des **vzbv** weniger auf „gesundheitsbewusstes Verhalten“, das sich kaum kontrollieren lässt, beziehen, sondern auf solche Handlungsoptionen, in denen Versicherte und Patienten durch ihr Verhalten Kosten einsparen oder die Effizienz der Versorgung erhöhen und damit *Systemverantwortung* vor allem im Sinne der *Wirtschaftlichkeit* wahrnehmen können. Die Förderung der betrieblichen Gesundheitsförderung durch einen Bonus (§ 65a Abs. 2) ist demgegenüber uneingeschränkt zu begrüßen.

Praxisgebühr

Artikel 1 Nr. 8 zu § 28 SGB V

Der erste Facharztbesuch im Quartal soll, sofern er ohne Überweisung durch einen Hausarzt erfolgt, mit einer Praxisgebühr von 15 Euro belegt werden. Ausgenommen

sind – neben Kinder-, Augen-, Frauenärzten und Psychotherapeuten – nur Konsultationen im Rahmen von Disease-Management-Programmen (DMP), Modellen der integrierten Versorgung oder in Notfällen. Ungelöst bleibt hier das Problem derjenigen chronisch kranken Menschen, deren Vertrauensarzt kein Hausarzt, sondern ein Facharzt ist, und die keine Möglichkeit haben, sich in eine DMP einzuschreiben. Hier müssen Ausnahmeregelungen geschaffen werden, die es dieser Patientengruppe erlauben, den Facharzt des Vertrauens als Hausarzt zu wählen. Unklar ist ferner, wie die angeblichen Mehreinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Praxisgebühr in Höhe von 600 Mio. Euro berechnet sind. Bekanntlich entfallen 80 % der GKV Ausgaben auf 20 % der Versicherten, die, zumeist chronisch erkrankt, in der Regel wissen, zu welchem Arzt sie zu gehen haben. Rechnet man den erheblichen Anteil der notwendigen Arztbesuche der übrigen 80 % der Versicherten dazu, so können die Kosten von gelegentlichen Nutzern ohne Bedarf nur unerheblich sein. Es ist schließlich nicht auszuschließen, dass die erwarteten Einsparungen und Mehreinnahmen vollständig von den administrativen Kosten bei der Erhebung von Praxisgebühren sowie der Regelung von Befreiungstatbeständen aufgehoben werden. Falls eine solche Praxisgebühr eingeführt wird, ist es aus Sicht des **vzbv** jedenfalls unbedingt notwendig, die Wirkung dieser Maßnahme in einem angemessenen Zeitrahmen auf ihre Kosten-Nutzen-Relation hin zu evaluieren und festzustellen, ob gegebenenfalls unerwünschte Effekte (z.B. die Nicht-Inanspruchnahme notwendiger Leistungen oder administrative Mehrkosten) eintreten.

Eigenbeteiligung im Krankenhaus

Artikel 1 Nr. 18 zu § 39 SGB V

Die Anhebung von Zuzahlungen ist aus Sicht der Patientinnen und Patienten immer mit einer zusätzlichen Belastung verbunden. Im Zuge einer Konsolidierung der GKV-Financen müssen jedoch auch Versicherte und Patienten ihren Beitrag leisten. Die Festsetzung der Zuzahlung für Krankenhausaufenthalte auf 12 Euro pro Tag ist indes aus Sicht des **vzbv** nur akzeptabel, wenn auch diese Belastung in die Überforderungsregelung nach § 62 SGB V eingeht.

Belastungsgrenze für chronisch kranke Menschen

Artikel 1 Nr. 23 zu § 62 SGB V

Eine grundsätzliche Befreiung von Zuzahlungen für Arznei- und Verbandsmittel gibt es gemäß GMG-Entwurf nicht mehr. Bei chronisch kranken Menschen gilt eine Überforderungsgrenze für Zuzahlungen bei Arznei-, Verbands- und Heilmitteln von einem Prozent, für die anderen Versicherten von zwei Prozent des Bruttoeinkommens. Der GMG-Entwurf führt auch an dieser Stelle zu einer Verschlechterung der Situation von Patientinnen und Patienten in Dauerbehandlung insbesondere dann, wenn sie nur über geringes Einkommen verfügen. Angesichts der gerade für diese Patientengruppe zweifelhaften Steuereffekte ist der Sinn einer solchen Regelung aus Sicht des vzbv höchst fragwürdig.

Anlage:

GEMEINSAM HANDELN – VERANTWORTUNG TEILEN

Verbrauchersouveränität und Patientenbeteiligung im deutschen Gesundheitswesen

Aufgaben eines Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Patientinnen und Patienten – Gemeinsames Kommuniké

GEMEINSAM HANDELN – VERANTWORTUNG TEILEN

Verbrauchersouveränität und Patientenbeteiligung

im deutschen Gesundheitswesen



Diskussionspapier für die Beratungen in der
Kommission für Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme
Vorgelegt von Prof. Dr. Edda Müller

Die von Ministerin Ulla Schmidt in der Kommission vorgestellten Eckpunkte zur Modernisierung des Gesundheitswesens stellen das Thema *Patientensouveränität* an den Anfang. Einer der am meisten beklagten Mängel des deutschen Gesundheitswesens besteht in seiner Intransparenz, insbesondere für die Nutzerinnen und Nutzer von Gesundheitsleistungen. Das betrifft die *Qualität von Leistungen* ebenso wie die *Kosten der Versorgung*. Sachgerechte Information und kompetente, unabhängige Beratung sind daher wesentliche Voraussetzungen, um die *Verbrauchersouveränität* zu erhöhen. Dazu kommt der Wunsch vieler Patienten und Versicherten, sowohl im unmittelbaren Behandlungsgeschehen als auch in den Strukturen des Gesundheitswesens besser beteiligt zu werden. *Partizipation* ist ein wesentlicher Faktor für *Effizienz* und *Qualitätsentwicklung*, aber auch für die *Akzeptanz* des Gesundheitssystems insgesamt. Je souveräner Patienten und Versicherte als Verbraucher im System agieren, desto höher die Wahrscheinlichkeit, dass Mittel effizient und zielgenau eingesetzt werden. Versicherten- und Patientenbeteiligung ist daher eine *strukturelle* Bedingung für Qualität und Wirtschaftlichkeit, und damit für die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitssystems. – Unser Vorschlag zur Verbesserung der Verbrauchersouveränität und Patientenbeteiligung konzentriert sich daher auf vier Bereiche:

- 1. Verbesserung der Patientenbeteiligung (kollektive Patientenrechte)**
 - Berufung eines/r *Patientenbeauftragten* und eines zugehörigen *Beirates*
 - Einrichtung einer *Bundesgesundheitskonferenz*
 - *Offizielles Anerkennungsverfahren für Patientenorganisationen*
 - *Ausbau der Selbsthilfeförderung* nach § 20 Abs. 4 SGB V
 - *Differenzierte Beteiligung* von Verbrauchern und Patienten (s. Tabelle)

- 2. Stärkung der Position von Patienten (individuelle Patientenrechte)**
 - Verabschiedung eines *Patientenrechte- und -informationsgesetzes*
 - *Reform der Versicherungsbedingungen für Ärzte*
 - Schaffung eines von *unabhängigen medizinischen Gutachterachterwesens*
 - *Beweiserleichterungen im Behandlungsfehlerfall* für Patienten
 - Ausbau und Vernetzung der *Patientenberatung* nach § 65b SGB V

- 3. Verbesserung der Versichertenbeteiligung**
 - *Direkte Versichertenbeteiligung* bei den Krankenkassen
 - *Verfahrenserleichterungen* in der Krankenkassenselbstverwaltung
 - *Aufhebung der „Friedenswahl“* nach § 46 Abs. 3 SGB IV

- 4. Verbrauchersouveränität und Systemverantwortung**
 - *Veröffentlichung von Qualitätsdaten* im Gesundheitswesen
 - Einführung einer verständlich gestalteten *Patientenquittung*
 - *Anreizsysteme*, die die *Systemverantwortung* der Verbraucher fördern

1. Verbesserung der Patientenbeteiligung (kollektive Patientenrechte)

Institutionelle Reformen

Das deutsche Gesundheitswesen ist in seinen Strukturen noch nicht hinreichend darauf eingestellt, dass selbstbewusste Patienten und Versicherte als Partner im System handeln und sich nicht nur behandeln lassen wollen. Formen und Orte der Verbraucherbeteiligung sind unterentwickelt. Darum sollen einige neue Institutionen geschaffen werden, durch die Partizipation ermöglicht wird:

- *Einrichtung des Amtes eines/r Beauftragten für die Belange von Patientinnen und Patienten.*
Die Einrichtung des/r Patientenbeauftragten ist von der Bundesregierung bereits in den Eckpunkten zur Gesundheitsreform 2003 angekündigt worden. Diesem/r Beauftragten soll ein *Beirat* zugeordnet sein, in dem die relevanten Organisationen der Patientenvertretung und -unterstützung vertreten sind.
- *Einrichtung einer Bundesgesundheitskonferenz.*
Da die Reform des Gesundheitswesens nicht mit einem Schlag geschieht, sondern ein dauerhafter Prozess sein wird, ist es sinnvoll die relevanten Akteure sowie Vertreter von Versicherten und Patienten regelmäßig zusammenzubringen. Die einzurichtende *Bundesgesundheitskonferenz* soll die bestehenden Foren koordinieren und bündeln; sie soll kontinuierlich und ergebnisorientiert arbeiten und zu verbindlichen Vereinbarungen zwischen den Beteiligten führen. In der Konferenz sollen neben den anderen Akteuren des Gesundheitswesens, einschließlich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, auch die Organisationen der Verbraucher- und Patienteninteressen auf Bundesebene vertreten sein. Solche Gesundheitskonferenzen existieren derzeit zum Teil auf Landes- und regionaler Ebene.

Legitimation und Ressourcen

Um Partizipation in den entsprechenden Institutionen und Gremien zu ermöglichen, muss das Mandat und die Legitimation der jeweiligen Organisation verbindlich geklärt werden; und die Organisationen müssen in die Lage versetzt werden, ihrem Auftrag angemessen nachkommen zu können.

- *Offizielles Anerkennungsverfahren für Patientenorganisationen*, um die seriösen und anerkannten Verbände auf Bundesebene zu identifizieren, etwa im Rahmen einer Selbstverpflichtung.
Die Organisationen der Verbraucher und Patienten übernehmen eine wichtige Sensorfunktion für Probleme im Gesundheitswesen, indem sie Erfahrungen von einzelnen zusammenführen und aus-

werten. Die in der Regel als Verein organisierte Organisationen leiten ihren Vertretungsanspruch zum einen aus dem jeweiligen Mandat der Organisation (Mitgliedschaft, Struktur und Auftrag) her, d.h. aus der Frage, welche Gruppe sie zu *repräsentieren* in der Lage ist, und zum anderen aus der *fachlichen* Kompetenz (inhaltliche Schwerpunkte, Expertise zu bestimmten Themen), die sich vor allem aus den Serviceangeboten der jeweiligen Organisation ergibt. Ein vom BMGS durchgeführtes Anerkennungsverfahren sollte anhand klar definierter Kriterien das Mandat und das inhaltliche Profil der jeweiligen Organisation transparent machen.

- *Ausbau der Selbsthilfeförderung* nach § 20 Abs. 4 SGB V in einem gemeinsamen Selbsthilfe-Fonds

Damit Betroffenenbeteiligung dauerhaft funktionieren kann, müssen die Organisationen der Patienten, insbesondere die Selbsthilfe von chronisch kranken und behinderten Menschen und von Medizingeschädigten, sowie Selbsthilfekontaktstellen strukturell gefördert werden. Die Ausführung des im Jahr 2000 reformierten § 20 Abs. 4 SGB V zur Selbsthilfeförderung ist derzeit noch unbefriedigend: die gesetzlich festgeschriebene Summe (0,51 € pro Versichertem) wird gar nicht oder anhand intransparenter Kriterien verausgabt. Wie im Entwurf zum Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) vorgesehen, sollen die Mittel künftig von einem gemeinsamen Fonds verwaltet werden, an dessen Verwaltung die Vertreter der Selbsthilfe auf allen Ebenen zu beteiligen sind.

Strukturelle Reformen

Die Entscheidung, für welche Institution bzw. welches Gremium im Gesundheitswesen welche *Form der Verbraucher- oder Patientenpartizipation* geeignet ist, muss differenziert getroffen werden.

- *Differenzierte Beteiligung* von Verbrauchern und Patienten

Je nach Gremium und Mandat sind die Beteiligungsoptionen unterschiedlich auszugestalten: als Verfahrens-, Beratungs- oder Entscheidungsbeteiligung. Dies ist bei einigen Institutionen und Gremien schon gewährleistet. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über bestehende und die zum Teil noch zu schaffenden Gremien (hell unterlegt), in denen Beteiligung schon geschieht (X) oder noch eingerichtet werden muss (X). Die den GMG-Entwurf betreffenden Beteiligungsoptionen für Verbraucher- und Patientenorganisationen sind in der Tabelle besonders gekennzeichnet (dunkel unterlegt). Dort wird in der Regel die *schwächste* Form der Beteiligung (*Verfahrensbeteiligung*) vorgesehen. Unser Vorschlag geht einen Schritt weiter im Sinne der *Beratungsbeteiligung*, weil es sich in diesen wie in den vom GMG-Entwurf noch nicht berücksichtigten Stellen um Selbstverwal-

tungsgremien handelt, die für ihre Meinungsbildung auf die *kontinuierliche Expertise der Betroffenen* angewiesen sind, deren Entscheidungen aber von den Partnern der Selbstverwaltung zu verantworten sind. *Entscheidungsbeteiligung* ist demgegenüber immer dann anzustreben, wenn das Mandat der Organisationen sich mit dem Anspruch des Gremiums weitestgehend deckt, d.h. wenn in dem Gremium Gegenstände verhandelt werden, die von allen Beteiligten in der gleichen Weise mitzuverantworten sind. Das gilt natürlich für Beratungsgremien im Rahmen politischer Entscheidungsfindungsprozesse; aber auch für solche Organe, die sich die Akteure im Gesundheitswesen schaffen, um Patienten- und Verbraucherinteressen zu repräsentieren (z.B. Beiräte von Ärztenverbänden, Krankenkassen, Industrie u.s.w.). Auch wenn solche Gremien insgesamt eher der *Beratungsbeteiligung* zuzuordnen sind, weil dort in der Regel Entscheidungen nur vorbereitet, aber nicht beschlossen werden, herrscht doch *innerhalb* des Gremiums volle Gleichberechtigung, so dass aus dieser Binnenperspektive sehr wohl von *Entscheidungsbeteiligung* zu sprechen ist.

In der folgenden Tabelle sind die betreffenden *Institutionen* (1. Spalte) und ihre jeweiligen *Gremien* (2. Spalte) im einzelnen aufgelistet. Jedem dieser Gremien ist die aus unserer Sicht geeignete *Ausgestaltung der Beteiligung* (3.-5. Spalte) vermerkt. An einigen Stellen sind Unterschiede zum GMG-Entwurf (dunkel unterlegt) verzeichnet. Schließlich ergibt sich aus dem Charakter des jeweiligen Gremiums das die Auswahl bestimmende *Mandat* (6. Spalte), je nach dem, ob die Organisation sich aufgrund der von ihr vertretenen Interessengruppe (*repräsentatives Mandat*) oder durch ihre Erfahrungskompetenz (*fachliches Mandat*) legitimiert.

Verbraucher- und Patientenbeteiligung im deutschen Gesundheitswesen

Institution	Gremium	V*	B*	E*	Mandat
Bundestag	Anhörungen	X**			repräsentativ
Ministerien	Anhörungen	X			repräsentativ
BMGS	Beirat des Patientenbeauftragten***			X	repräsentativ
BMGS	Bundesgesundheitskonferenz			X	repräsentativ
BMGS	Deutsches Forum Prävention			X	fachlich
BMGS	gesundheitsziele.de			⊗	fachlich
BMGS	Kommission Off Label Use			⊗	fachlich
BMGS	Kommission Telematik			⊗	fachlich
BMGS	Automatische Verschreibungspflicht		X		fachlich
BMGS	Ausschuss für Gefahrstoffe		⊗		fachlich
BMGS	Ausschuss für technische Hilfsmittel		⊗		fachlich
Behörden					
BfARM	Arzneimittelkommissionen § 62 AMG		X		fachlich
BfARM	Stufenplanverfahren § 63 AMG		X		fachlich
BfR	Giftkommission ChemG		X		fachlich
ZQM	Kuratorium § 139i			X*** *	repräsentativ
ZQM	Arbeitsgruppen § 139d Abs. 2	-	X		fachlich
ZQM	Patienten- und Verbraucherbeirat	-	X		fachlich

IfA	Positivliste	X			fachlich
Akteure					
Selbstverwaltung	Prävention / Selbsthilfeförderung § 20		⊗	X	fachlich
	Festbeträge Hilfsmittel § 36	⊗	X		fachlich
	Versorgungsmodelle §§ 63-66	(x)	X		fachlich
	Strukturverträge § 73a	-	X		fachlich
	Gesamtverträge §§ 82/83	-	X		fachlich
	Bundesausschüsse § 92	x	X		fachlich
	Rahmenempfehlungen §§ 111a/112/125	(x)	X		fachlich
	Hilfsmittelverzeichnis § 128	x	X		fachlich
	Häusliche Krankenpflege § 132a	x	X		fachlich
	Qualitätssicherung §135	(x)	X		fachlich
	Preisvergleiche Hilfsmittel § 137		X		fachlich
	Qualitätssicherung §137b/c/d	-	X		fachlich
	Koordinierungsausschuss § 137e	-	X		fachlich
	DMP § 137f	x	X		fachlich
	GKV	Integrierte Versorgung § 140	-	X	
Medizinischer Dienst § 275		-	X		fachlich
DRG-Überarbeitung § 9 KHEntgG		-	X		fachlich
Selbstverwaltung			X		repräsentativ
Beiräte einzelner Krankenkassen				X	repräsentativ
BÄK	Patientenforum			X	repräsentativ
KBV	Beirat			X	repräsentativ
Sonstige					
Land/Kommune	Gesundheitskonferenzen			X	repräsentativ
Land	Ethikkommissionen			(⊗)	fachlich
Land	Gutachter-/Schlichtungsstellen			(⊗)	fachlich

- * V = Verfahrens-; B = Beratungs-; E = Entscheidungsbeteiligung
- ** ⊗ = bereits voll oder (⊗) = zum Teil existierende oder Beteiligungsmöglichkeiten
- *** hell unterlegt = Gremien, die derzeit noch nicht existieren
- **** dunkel unterlegt = Beteiligungsregelungen im GMG-Entwurf

2. Stärkung der Position von Patienten (individuelle Patientenrechte)

Weiterentwicklung der Patientenrechte

Obwohl die Rechte von Patientinnen und Patienten in Deutschland durch Gesetz und Rechtsprechung weitgehend definiert sind, werden diese Rechte nicht immer wahrgenommen. Ende 2002 ist daher mit dem Dokument „Patientenrechte in Deutschland“ der aktuelle Stand der rechtlichen Situation von Patienten zusammenfassend dargestellt worden. Gleichwohl gibt es Bereiche, in denen die rechtliche Position von Patientinnen und Patienten gegenüber Behandlern noch unzureichend geregelt ist.

- Es empfiehlt sich daher, das bestehende Recht im Rahmen eines zuschaffenden *Patientenrechte- und -informationsgesetzes* transparent zu kodifizieren und substantiell weiterzuentwickeln.

Das betrifft vor allem Konfliktfälle im Fall eines Behandlungsfehlers:

- *Reform der Versicherungsbedingungen für Ärzte*, um das Zugeben eines Fehlers zu erleichtern.

- Schaffung eines von Leistungsanbietern und Kostenträgern *unabhängigen medizinischen Gutachterachterwesens*.
 - *Beweiserleichterungen im Behandlungsfehlerfall* für Patienten bis hin zur Beweislastumkehr beim Kausalitätsnachweis.

Fehler sind menschlich und können auch Ärzten unterlaufen. Häufig werden Fehler dem Patienten gegenüber nicht eingestanden, da der Arzt befürchtet, dass gegebenenfalls der Haftungsschutz verloren geht. Das führt zu einer schweren Belastung des Vertrauensverhältnisses zwischen Patient und Arzt, die durch Klärung der Haftungsbedingungen beseitigt werden sollte. Vor allem aber muss die Rechtsstellung des Patienten im Konfliktfall gestärkt werden, indem der Arzt bei einem vorliegenden Behandlungsfehler darlegen muss, dass das Patientenleiden *nicht* von der Behandlung verursacht wurde (Beweiserlastumkehr). Die individuelle Regelung von Haftungsansprüchen sollte für Menschen mit schweren Schäden bei ungeklärter Verursachung durch eine verschuldensunabhängige Haftungsregelung (Behandlungsfehlerfonds) ergänzt werden.

Patientenberatung

Um das Recht von Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung, Würde und angemessene Versorgung konkret mit Leben zu füllen, sind *unabhängige Information* und *Beratung* sowie *persönliche Unterstützung* notwendig. Unabhängigkeit ist dort gewährleistet, wo die Angebote von Interessen der Leistungsanbieter wie der Kostenträger unbeeinflusst stattfinden.

- Die Pflichtförderung von Modellprojekten im Rahmen des § 65b SGB V muss nach Auswertung des Modells auf eine sichere finanzielle Basis gestellt und ausgebaut werden.
- Über die Modellprojekte nach § 65b hinaus bedarf es einer *bundesweiten Vernetzung* der Patientenberatung, um Qualität zu gewährleisten und Erfahrungen aus der Beratung zeitnah auszuwerten.

Im Hinblick den Beratungsauftrag der Sozialversicherungen wird eine grundsätzliche Novelle des SGB I vorgeschlagen.

3. Verbesserung der Versichertenbeteiligung

Auch die Beteiligung der *Versicherten* ist in Deutschland verbesserungsbedürftig. Im Zuge der anstehenden Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung sind folgende Maßnahmen auf ihre Umsetzung zu prüfen:

- Einführung von *Elementen unmittelbarer Versichertenbeteiligung* z.B. durch Urabstimmungen oder Versichertenbefragungen.
- *Verfahrenserleichterungen* bei der *Aufstellung neuer Listen* bzw. Kandidaten für die Wahl zu den Selbstverwaltungsorganen (Meldefristen und Zulassungsbedingungen).

- *Aufhebung der „Friedenswahl“* nach § 46 Abs. 3 SGB IV, wonach Vorschlagslisten als gewählt gelten, wenn nicht mehr Bewerber benannt sind, als gewählt werden können.

Die Versicherten sind in den Selbstverwaltungsgremien der Krankenkassen formal vertreten. Rund 50 Millionen Wahlberechtigte sind alle fünf Jahre aufgefordert, bei den „Sozialwahlen“ ihre Stimme abzugeben. Trotz des enormen Kostenaufwands bei der Organisation der Sozialwahlen von über 35 Mio. € ist die unmittelbare Versichertenbeteiligung und effektive Wahlbeteiligung mangelhaft. So fand 1999 bei insgesamt 796 der 810 Versicherungsträger überhaupt keine Wahlhandlung statt, da die eingereichten Vorschlagslisten in der Regel die Zahl der zu vergebenen Plätze nicht überschreiten („Friedenswahl“). In diesem Falle betrachtet das Gesetz die Wahl der entsprechenden Kandidaten auch ohne eigentlichen Wahlvorgang als erfolgt. Bei insgesamt 810 Versicherungsträgern erfolgte eine unmittelbare Wahlhandlung – in der Regel durch Briefwahl – lediglich bei 14 allerdings mitgliederstarken Krankenkassen. Die Wahlbeteiligung bei diesen 14 Versicherungen lag allerdings auch nur bei knapp 40 %. Die Öffnung der Wahllisten für unabhängige Patienten- und Versichertenvertreter sowie die Einführung direkter Mitbestimmung soll auch die Beteiligung der Versicherten erhöhen und die Selbstverwaltung der Krankenkassen insgesamt aufwerten.

4. Verbrauchersouveränität und Systemverantwortung

Transparenz über Qualität und Kosten

Um ihre Rolle als mündige Verbraucher wahrnehmen zu können, müssen die im Gesundheitswesen erbrachten Leistungen und ihre Kosten den Patienten und Versicherte transparenter gemacht werden.

- Vorliegende *Qualitätsdaten* über medizinische, pflegerische und rehabilitative Leistungen im ambulanten und stationären Bereich (Entwicklung transparenter Benchmarkingsysteme) sind in für Verbraucher verständlicher Weise zu veröffentlichen und nutzbar zu machen.
 - Erbrachten Leistungen sollen im Zuge einer für den Patienten nachvollziehbar gestalteten *Patientenquittung* dokumentiert werden, so dass die Patienten einen Teil der Abrechnungskontrolle im stationären wie im ambulanten Bereich mit übernehmen können.

Zur Wirtschaftlichkeit des Systems gehört, dass sich die Nutzerinnen und Nutzer von Gesundheitsleistungen über die Qualität der angebotenen wie der in Anspruch genommenen Leistungen und Produkte (z.B. Arznei- oder Hilfsmittel) informieren können, auch wenn sie diese nicht direkt bezahlen. Die breite

Diskussion um die zum Teil in der Presse veröffentlichten „Ranglisten“ von Medizinern und medizinischen Einrichtungen und die vielfältigen diesbezüglichen Fragen in der Patientenberatung zeigen, dass es einen erheblichen Informationsbedarf über die Qualität, insbesondere der *Ergebnisqualität medizinischer Leistungen* gibt. Wenn Wahlentscheidungen von Verbrauchern im Gesundheitswesen stärkeren Einfluss auf das Leistungs- und Kostengeschehen ausüben soll, dann ist die unabhängige und sachgerechte Information der Verbraucher über die Qualität der Leistungen und der Leistungsanbieter dafür eine wichtige Voraussetzung.

Anreize für Systemverantwortung

Die Verbraucher haben ein Interesse daran, dass die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bedarfsgerecht, wirksam und wirtschaftlich erbracht werden. Versicherte und Patienten sollten aber zusätzlich durch gezielte *Anreizsystemen* zu *wirtschaftlich und gesundheitspolitisch sinnvollem Verhalten* motiviert werden, z.B. durch:

- Zahlung einer Praxisgebühr von 10,- € für Facharztbesuche ohne Überweisung durch den Hausarzt im Rahmen von freiwilligen Hausarztmodellen,
- Minderung der Zuzahlungen bei Teilnahme an einem Modell der Krankenkasse zur integrierten Versorgung oder zum Disease-Management,
- erhöhte Zuzahlungen bzw. Eigenfinanzierung bei Arzneimitteln mit schlechter Kosten-Nutzen-Relation oder fragwürdiger Wirkung.

Die möglichen Anreizmodelle beziehen sich weniger auf „gesundheitsbewusstes Verhalten“, das sich kaum kontrollieren lässt, sondern zielen auf solche Handlungsoptionen, in denen die Versicherten und Patienten durch ihr Verhalten Kosten einsparen oder die Effizienz der Versorgung erhöhen und damit *Systemverantwortung* vor allem im Sinne der *Wirtschaftlichkeit* wahrnehmen.

Aufgaben eines Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Patientinnen und Patienten

Gemeinsames Kommuniqué

- Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft und Bundesverband der Notgemeinschaften Medizingeschädigter e.V.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.
- Sozialverband Deutschland e.V.
- Sozialverband VdK Deutschland e.V.
- Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.

Die unterzeichnenden Organisationen begrüßen die im Koalitionsvertrag getroffene Festlegung, eine/n Beauftragte/n für die Belange von Patientinnen und Patienten bei der Bundesregierung einzurichten, um die Situation von Patientinnen und Patienten in Deutschland weiter zu verbessern und zu einem Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen entlang dem Leitsatz „*Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt*“ aktiv beizutragen. Dabei sollen auch Genderaspekte berücksichtigt werden. Wir sind uns im Hinblick auf Position und Aufgaben des/der Beauftragten in folgenden Punkten einig:

I Mandat, Ansiedlung und Umfeld des/der Patientenbeauftragten

1. Der/die Beauftragte nimmt die Belange von Patientinnen und Patienten innerhalb der Bundesregierung wahr. Er/sie hat kein Mandat, für *die* Patientinnen und Patienten in Deutschland zu sprechen, sondern ist der Regierung und dem Parlament verantwortlich.
2. Der/die Beauftragte soll im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung angesiedelt sein, um sich dort, aber auch ressortübergreifend für die Belange von Patientinnen und Patienten einzusetzen.
3. Der/die Beauftragte kann und soll in seiner/ihrer Arbeit auf ein fachliches und politisches Umfeld zurückgreifen, in dem die verschiedenen Gruppen und Interessen von Patientinnen und Patienten repräsentiert sind. Die unterzeichnenden Organisationen, die ein breites Spektrum von Patienteninteressen widerspiegeln, sind zur Mitwirkung bereit.

II Aufgaben und Kompetenzen des/der Patientenbeauftragten

1. **Verbesserung der rechtlichen Position der Patientinnen und Patienten**

Konkret bedeutet das u.a.:

- Die transparente rechtliche Kodifizierung und inhaltliche Weiterentwicklung der individuellen Patientenrechte, inklusive des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung, durch die Schaffung eines **Patientenrechtegesetzes**, in dem auch die Position von Patientinnen und Patienten vor Gericht gestärkt wird (z.B.

durch Beweiserleichterungen bei Behandlungsfehlern, Mitwirkungsrecht bei der Bestimmung eines neutralen gerichtlichen Gutachters, Gleichstellung der Patientenaufzeichnungen mit der Krankenakte als Dokumentenbeweis u.s.w.).

- Aufbau einer systematischen Erfassung und zentralen Auswertung von Arzneimittelschäden und Behandlungsfehlern (**Medizinschadensregister**) auf der Grundlage der von Ärzten und Patienten gemeldeten Fälle.
- Aufbau von unabhängigen und neutralen **Schiedsstellen** für Konflikte im Gesundheitswesen. In der Struktur dieser Schiedsstellen müssen die Interessen von Patientinnen und Patienten verankert sein.
- Überwindung der Schnittstellenproblematik zwischen SGB V und SGB XI.

2. **Beteiligung von Patientenverbänden und -organisationen**

Konkret bedeutet das u.a.:

- Unterstützung bei der **Beteiligung der relevanten Organisationen** in allen patientenrelevanten Gesetzgebungs- und Verordnungsvorhaben. Der/die Patientenbeauftragte soll nicht stellvertretend für Patienten in Gremien agieren, sondern Patientinnen und Patienten den politischen Raum öffnen, um ihre Interessen selber zu vertreten.
- Schaffung einer geeigneten Plattform für die Artikulation der unterschiedlichen Patientengruppen und -interessen, u.a. zu folgenden Inhalten und fachlichen Themen:
 - ❖ Elektronische Gesundheitskarte,
 - ❖ Hausarztmodelle in der ambulanten Versorgung,
 - ❖ Integrierte Versorgungssysteme,
 - ❖ Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP)
 - ❖ Stärkung von laienorientierten Hilfenetzen,
 - ❖ Verbesserung der Selbsthilfeförderung nach den §§ 20, 4 SGB V und 29 SGB IX,
 - ❖ Sozialversicherung (Bonussystem, Überarbeitung des Leistungskataloges)
 - ❖ Leistungsangebot (IGEL-Leistungen, Über-Unter-Fehl-Versorgung, Patientenquittung)
 - ❖ Prävention und Gesundheitsförderung

3. Verbesserung der Transparenz im Gesundheitswesen für Bürger/Bürgerinnen, Versicherte und Patienten/Patientinnen

Konkret bedeutet dies u.a.:

- Informationen über gesundheitliche Angebote, deren Inanspruchnahme und Qualität z.B. durch Unterstützung bei der Schaffung und Weiterentwicklung anbieterunabhängiger Informationsübersichten und Beratungsangebote.
- Veröffentlichungen und Nutzbarmachung von Studienergebnissen zu gesundheitsrelevanten Fragen
- Transparenz über Kosten im Gesundheitswesen (Leistungsgeschehen, Verwaltungskosten, Forschungsausgaben usw.)
- Offenlegung von Diskussionen und Entscheidungen des Bundesausschusses und anderer für den Leistungskatalog relevanten Gremien

4. **Anwaltschaft für Patientenbelange in der Bundesregierung und -verwaltung**

Konkret bedeutet das u.a.:

- Kommunikation und **Wahrnehmung der Patientenbelange innerhalb des Bundesministeriums** für Gesundheit und Soziale Sicherung und zwischen den Ministerien auf Bundes- und Landesebene. Der/die Beauftragte soll **ressortübergreifende Kompetenzen** erhalten, wie beispielsweise Initiativrechte oder bei der **Evaluation** von bestehenden Normen (Gesetze, Verordnungen) und Verfahren (z. B. Ausführungsvorschriften).

- Aufgreifen individueller, aber vor allem für Patientengruppen oder Patienten insgesamt relevanter Probleme und Beschwerden und **Kommunikation der Problemlagen** und produktiver Lösungsansätze in die Gesellschaft hinein durch einen regelmäßigen **Patientenbericht**.
5. **Anstoßen weiterer und Vernetzen vorhandener Modellprojekte für Patientinnen und Patienten**
Konkret bedeutet das u.a.:
- Projekte und Studien initiieren, die auf Bundesebene **modellhafte Verbesserungen** für die Situation von Patientinnen und Patienten anstoßen und erproben.
 - Über laufende Projekte informieren und ihre **Vernetzung fördern**, z.B.:
 - ❖ Patientenberatung etwa nach § 65 b SGB V
 - ❖ Patientenberatung nach § 7 Pflegeversicherungsgesetz
 - ❖ Klinisches Benchmarking in der Patientenversorgung
 - ❖ Initiative für mehr Transparenzinformationen im Gesundheitswesen

Wir begrüßen die Absicht der Bundesregierung, die relevanten Organisationen, die auf Bundesebene Patienteninteressen wahrnehmen, an der Gestaltung dieses neuen Amtes schon im Vorfeld der Einrichtung zu beteiligen und bieten hiermit unsere weitere Mitarbeit an.

Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft und Bundesverband der Notgemeinschaften Medizingeschädigter e.V.
Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen
Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.
Sozialverband Deutschland e.V.
Sozialverband VdK Deutschland e.V.
Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.