

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V. (DGVP)

durch Herr Dr. Barabasch, Herr Candidus, Herr Haas, Frau Kern, Herr Prof. Kossow, Herr Pfeiffer.

Zum Gesetzesentwurf der Fraktionen und der CDU/CSU und SPD
und zu den Anträgen Bundestagsdrucksache Nr.

16/1928 der Abgeordneten und der Fraktion der Bündnis 90/Die GRÜNEN

16/1997 der Abgeordneten und der Fraktion der FDP

16/3096 der Abgeordneten und der Fraktion DIE LINKE

Stellungnahmen zum Gesetzesentwurf der Fraktionen und der CDU/CSU und SPD

Die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten (DGVP) stellt mit Erstaunen fest, dass der Gesetzesentwurf unter Alternativen zum Gesetz „Keine“ aufführt, obwohl mögliche Ansätze zu Alternativen bereits seit Jahren in der gesundheits-politischen Diskussion genannt werden. Sie bezweifelt die im Gesetzesentwurf genannten potentiellen Entlastungen, sondern sieht als Folge des Gesetzesentwurfs weiterhin steigende Kosten auf die Versicherten und Patienten bei drohenden Leistungseinschränkungen zu kommen.

I. Finanzierung

Mit dem Gesundheitsfonds wird eine zusätzliche Einrichtung geschaffen, die die Strukturen des Gesundheitssystems noch intransparenter gestaltet als sie bereits sind. Die DGVP lehnt die Einführung des Gesundheitsfonds ab. Mit der Festlegung der Kassenbeiträge durch den Staat ist eine deutliche Trennung zwischen staatlicher Regelung und der Regelung innerhalb eines Versicherungssystems aufgehoben. Eine klare und leicht überschaubare Struktur besteht damit nicht mehr.

Die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen und gesellschaftlich gewünschter Leistungen aus Steuermitteln ist grundsätzlich sinnvoll; dies sollte jedoch in einer Form geschehen, die es für den einzelnen Versicherten erkennbar werden lässt, welcher ordnungspolitischer Gedanke dem gesamten Gesundheitssystem zugrunde liegt.

Zur Ermittlung des Risikostrukturausgleiches wird eine sehr große Datenmenge erfasst werden müssen – der bürokratische Aufwand ist erheblich.



DGVP Deutsche Gesellschaft für
Versicherte und Patienten e.V.

Der mögliche Zusatzbeitrag bedeutet eine zusätzliche Belastung.

Die DGVP plädiert für eine Entschärfung der Zuzahlungsregeln für einkommensschwache Personengruppen wie z.B. Arbeitslose, Hartz IV Empfänger und Menschen mit Minimalrenten. Diese Zuzahlungen sind für die Betroffenen kaum aufzubringen.

II. Organisation

Für die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten (DGVP) ist die Struktur des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht akzeptabel. Der Bundesausschuss wird von der Bundesregierung und den ihr genehmen Verbänden bestimmt. Eine unabhängige Vertretung von Patienten-Interessen findet nicht statt. Die Vertreter der Patienten müssen von den Patienten in den Ausschuss gewählt werden können. Sie müssen zudem Stimmrecht erhalten.

Der Medizinische Dienst hat die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausversorgung zu überprüfen. In seiner bisherigen Arbeit hat sich der Medizinische Dienst der Krankenkassen als ein ideales Instrument zur Verweigerung von Leistungen gezeigt. Wenn dessen Arbeit unter der Prämisse steht, die Gemeinschaft der Versicherten vor überzogenen Ansprüchen des Einzelnen zu schützen, wie es ein Vertreter des MDK äußerte, zeigen die praktischen Erfahrungen mit dem MDK, dass er vielfach berechnete Ansprüche von Versicherten zurückweist. Dem wird im Gesetzesentwurf nicht begegnet. Bereits jetzt ist festzustellen, dass bei der Behandlung im Krankenhaus aus Furcht vor Beanstandungen der Behandlung eine sachgerechte Behandlung verweigert wird.

III. Versicherungsrecht – Leistungsrecht

Die DGVP stimmt den Anspruch auf eine spezialisierte Palliativversorgung zu, ebenso der geriatrischen Rehabilitation als Pflichtleistung der Kassen und der Mutter-Vater-Kind-Kuren als Pflichtleistung.

Sie begrüßt die Stärkung der Prävention, lehnt jedoch eine rückwirkende Bestrafung von Patienten ab, die keine Vorsorgemaßnahmen in Anspruch nahmen. Die bisherige Freiwilligkeit der Vorsorge verbietet es, nachträgliche Sanktionen zu bestimmen. Eine Voraussetzung für erhöhte Zuzahlung bei fehlender Inanspruchnahme der Vorsorge muss auch künftig daran gemessen werden, dass die bestehende Vorsorge qualitätsgesichert und nachgewiesen wirkungsvoll ist.



- IV. Medizinische Versorgung
Sowohl die Einzelleistungsvergütung als auch die Pauschalvergütung bieten die Möglichkeiten des Missbrauchs, sofern sie nicht an weitere Bedingungen geknüpft sind. Während die Einzelleistung zur Ausweitung der Leistung und Verteuerung reizt, bedeutet die Pauschalierung des Honorars eine deutliche Einschränkung und Verschlechterung der Versorgung der Patienten, sofern sie nicht an Mindeststandards gebunden ist, die auch wirkungsvoll kontrolliert werden. Die DGVP sieht eine Qualitätssicherung der Behandlung der Patienten im Gesetzesentwurf nicht hinreichend gegeben.

Krankenhausversorgung

Die stationäre Versorgung im Akut-Krankenhaus, den Kliniken der Rehabilitation, wird im vorliegenden Gesetzesentwurf unzureichend berücksichtigt. Es fehlt an klaren gesetzlichen Regelungen zur Intensivierung der Vernetzung zwischen stationär und ambulant, damit die vorhandenen Brüche zwischen den Schnittstellen der jeweiligen Einrichtungen beseitigt werden und somit der Behandlungsverlauf integriert gestaltet wird. Dies hätte den Vorteil einer verbesserten Versorgung, einer Qualitätssteigerung und einer höheren Wirtschaftlichkeit. Die DGVP warnt vor einer weiteren Kostenexplosion in den stationären Bereichen und somit vor einer weiteren Verknappung der Finanzmittel.

Weitere Versorgung

Bei der Versorgung mit Arzneimitteln zeichnet sich, ebenso wie bei der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln eine Spirale in Richtung billigste Versorgung ab, ohne dass die Qualität der Versorgung hinreichend gesichert ist. Die Regelungen werden nach Einschätzung der Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten (DGVP) dazu führen, dass Patienten durch die GKV mangelhaft versorgt werden und genötigt werden, die für eine ausreichende Versorgung notwendigen zusätzlichen Kosten wiederum aus eigener Tasche zu bezahlen, wenn sie es denn überhaupt können.

- V. Private Krankenversicherung
Der Gesetzentwurf ist gekennzeichnet durch ein ambivalentes Verhältnis zu den privaten Krankenversicherungen, eine klare Linie im Umgang mit der Privatversicherung ist nicht erkennbar. Zum einen werden sie als „außerhalb der solidarischen Krankenversicherung“ stehend charakterisiert und damit abgewertet. Der Zugang zur Privatversicherung wird erschwert (s. drei Jahre Einkommenshöhe als Beitrittsvoraussetzung). Zum anderen werden sie durch das Pflichtangebot eines Basistarifs der gesetzlichen Krankenversicherung angeglichen.



Als positiv zu werten ist die nun vorgesehene Möglichkeit für Versicherte, die Altersrückstellung bei einem Wechsel mitzunehmen. Die Lösung bleibt allerdings unvollständig, da sie beim Wechsel nur den Basistarif über die mitgenommene Rückstellung sicherstellt. Die Versicherten müssen aufgrund der Regelungen insgesamt damit rechnen, dass die Kosten für die private Krankenversicherung, die bereits in den letzten Jahren deutlich gestiegen sind, weiter steigen werden.

Fazit:

Im Umgang mit den privaten Krankenkassen spiegelt sich eine Schwäche des gesamten Gesetzes wider: ein klarer ordnungspolitischer Gedanke, nach dem das gesamte Gesundheitssystem schlüssig und übersichtlich gegliedert ist, fehlt. Die Widersprüche der Interessen innerhalb der großen Koalition schlagen sich nicht zuletzt in diesem Punkt nieder und verhindern, dass ein in sich geschlossenes und damit auch transparentes Gesundheitssystem geschaffen wird. Für die Versicherten und Patienten bleibt das System undurchschaubar und kaum nachvollziehbar – man fragt sich, ob nicht das letztendlich gewünscht ist, um Diskussionen um Leistungen und Kosten des Systems im kleinem Kreise zu halten.

Die Ankündigung zusätzlicher Leistungspflichten der Krankenkassen weckt wenig Vertrauen, da die Patienten in den vergangenen Jahren nicht in der Lage waren, die bereits bestehenden gesetzlich verbrieften Ansprüche durchsetzen. Die Regelungen z.B. in Bezug auf die chronisch Kranken lassen erkennen, dass auch künftig - trotz der Ankündigung erweiterter Leistungspflichten – mit weiteren Restriktionen zu rechnen ist, die dann eben nicht über die Krankenkassen direkt, sondern über die Ausrichtung von Einrichtungen wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss oder dem Institut für Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen durchgesetzt werden.

Eine Einfallstelle für Leistungskürzungen bietet der vorgenommene Ansatz der Kosten-Nutzen-Berechnung, so berechtigt die Überlegung, Kosten und Nutzen in Bezug zu stellen, grundsätzlich ist. Die geplanten Gesetzesregelungen öffnen alle Möglichkeiten zu Einsparungen aufgrund von Kosten-Nutzen-Überlegungen, sie legen jedoch keine Grenze fest, bis zu der diese Sparüberlegungen gelten sollen. Von daher wird letztlich die Entscheidung über den Wert zum Beispiel von verbesserter Lebensqualität oder längerer Lebenserwartung oder auch der Anspruch einer alternden Gesellschaft insgesamt auf umfassende Versorgung auch im hohen Alter im Praxis- und Klinikalltag aus fiskalischen Gründen getroffen werden, ohne dass den Entscheidungen ein breit diskutierter gesellschaftlicher Konsens zugrunde liegt. Eine beängstigende Vorstellung.



Was dem Gesetzesentwurf weiterhin fehlt:

Die Einbeziehung der Patienten in die Beurteilung der Qualität der Behandlung und in die Maßnahmen der Qualitätssicherung ist wie in den vorgehenden Gesundheitsreformen wiederum unterblieben. Auch ist die vielfach getroffene Aussage, dass die Bedürfnisse der Patienten im Mittelpunkt der Gesetzgebung standen, zu bezweifeln. Gesundheitspolitik wird nach wie vor nicht gemeinsam mit den Versicherten und Patienten, sondern über deren Köpfe hinweg gemacht.

Die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten fordert die Bundesregierung auf, das aktuell bestehende Gesetzesvorhaben aufzugeben und sich unter Beteiligung der Interessenvertreter der Versicherten und Patienten um eine komplette strukturelle Veränderung des Gesundheitssystems zu kümmern, damit innerhalb eines Zeitrahmens von 12 Monaten eine Reform des Systems, der Leistungserbringer im stationären und ambulanten Bereich und der Versicherten und Patienten, freigesetzt werden kann.

Zu den Anträgen:

Die Anträge beinhalten jeweils eine grundsätzliche Bewertung des Gesetzesvorschlages, ohne auf die Details einzugehen. Ablehnungen und Forderungen beruhen jedoch auf grundsätzlich anderen Ansätzen, die in dieser Stellungnahmen nicht im Einzelnen beurteilt werden sollen. Daher nur die Position der DGVP zu den einzelnen Forderungen der Anträge.

16/1928 der Abgeordneten und der Fraktion der Bündnis 90/Die GRÜNEN

Die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten (DGVP) stimmt folgenden Forderungen zu:

- auf den Aufbau überflüssiger Verwaltungsstrukturen ist zu verzichten.
- die Wettbewerbsstrukturen auf der Anbieterseite des Gesundheitswesens weiter zu entwickeln
- einseitige Belastungen der Versicherten zu vermeiden.

Sie lehnt die Aufforderung an den Bundestag ab, die regelhafte und transparente Einbeziehung der PKV in die solidarische Finanzierung des Gesundheitswesens zu gewährleisten. Derzeit leisten die PKV-Versicherten bereits einen wesentlichen Beitrag zur Behebung der Defizite einer unzureichend strukturierten GKV. Über die privat Versicherten, die ja nicht automatisch „die Reichen und Gesunden“ sind, sondern auch mit der Großzahl der „kleinen Beamten“ und der „kleinen Selbstständigen“, unterstützen die GKV über die „Quersubventionierung“ in der Arztpraxis. Die Beschädigung eines weitgehend funktionierenden Systems der Privatversicherung rettet nicht ein ineffizient strukturiertes System der GKV. Es fehlen im Antrag die konkreten Vorschläge zur Umsetzung der GKV im Sinne der genannten Kriterien.

16/1997 der Abgeordneten und der Fraktion der FDP

Die FDP stellt einen Kriterienkatalog auf, anhand dessen die GKV reformiert werden soll. Dem Kriterienkatalog kann die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten (DGVP) in seiner allgemeinen Formulierung im Antrag folgen. Es fehlen im Antrag – wie bei der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen - die konkreten Vorschläge zur Umsetzung der GKV im Sinne der genannten Kriterien.

16/3096 der Abgeordneten und der Fraktion DIE LINKE

Die Forderungen konzentrieren sich lediglich pauschal auf die Ausweitung des Versichertenkreises und Verbreiterung der Bemessungsgrundlagen um die Einnahmeseite der bestehenden GKV zu verbessern, ohne bestehende massive Strukturängel überhaupt zur Kenntnis zu nehmen. Sie enthalten keinerlei Vorschlag oder Kriterium, an dem sich eine Strukturverbesserung des bestehenden Systems orientieren könnte. Die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten (DGVP) lehnt den Antrag daher ab.

Heppenheim, den 06.11.2006

Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V. (DGVP)