

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0248(57)  
vom  
15. Wahlperiode**

## Stellungnahme

zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**„Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems“**  
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG)  
– Drucksache 15/1170 –

### Vorbemerkung

Die Stellungnahme orientiert sich an den im Ablaufplan der Anhörung mitgeteilten Themenblöcken. Sie bezieht sich auf diejenigen Inhalte, welche den Arbeitsbereich der DGVP direkt tangieren.

Dass in der Begründung zum Gesetzentwurf der Reformbedarf des Gesundheitswesens auf Grund seiner verkrusteten Strukturen sowie der Fehlentwicklungen und Fehlsteuerungen des Gesundheitssystems endlich anerkannt und als vorrangiges Ziel die Sicherung der Qualität angestrebt wird, entspricht den Einschätzungen der DGVP.

### Stellungnahme im Einzelnen zu:

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

##### Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin

Für die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten (DGVP) erscheint es derzeit fraglich, ob die Einrichtung des Zentrums geeignet ist, die mit ihm verbundene Zielsetzung kostengünstiger zu erreichen als es Reformen der bestehenden Einrichtungen ermöglichen.

Wir befürchten eine weitere Bürokratisierung der Qualitätsprozesse und eine weitere Regulierung der Arzneimittelverordnung, die zu einer Verlängerung der Wartezeit der Patienten auf Therapiefortschritt führen würde.

##### Fortbildungspflicht der Ärzte

Die DGVP begrüßt die Verpflichtung zu regelmäßiger Fortbildung der Ärzte. Auch dies gehört seit langem zu den Forderungen des Vereins. Da die

Fortbildungsverpflichtung verbindlich sein muss, verknüpfen wir sie mit einer Rezertifizierung der Vertragsärzte alle fünf Jahre. Bei der kurzen Halbwertszeit des Wissens in der Medizin steht für die Patienten zu viel auf dem Spiel, wenn sie von einem nicht aktuell weitergebildeter Arzt behandelt werden.

#### Qualitätsmanagement in den Praxen

Diese Forderung ist zu begrüßen.

#### Arzneimittelsicherheit verbessern

Die Instrumente *elektronisches Rezept* und *elektronische Gesundheitskarte* sind notwendig, um diesen Prozess zu fördern. Sie reichen aber allein nicht aus. Weitere wichtige Voraussetzungen sind nach Auffassung der DGVP mehr *Gespräch über Arzneimittel* zwischen Arzt und Patient, stärkere Nutzung des *pharmazeutischen Know-hows der Apotheker*, besser *verständliche Beipackzettel* – und die aktive Unterstützung der Arzneimittelsicherheit durch gut informierte und motivierte Patienten.

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

#### Einzelverträge

Die DGVP hält die mit §106b vorgesehenen Einzelverträge zur Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung für problematisch. Begründung:

- *Beschränkung der freien Arztwahl*: die Entwicklung würde dahin gehen, dass Versicherte einer bestimmten Krankenkasse sich schließlich nur in solchen gebietsärztlichen Einrichtungen behandeln lassen können, mit denen entsprechende Versorgungsverträge bestehen.
- *Versorgungsengpässe*: Die Verpflichtung der Kassen zum Abschluss von Einzelverträgen beinhaltet die Möglichkeit der qualitativen und quantitativen Steuerung. Eine vordergründig ökonomische Orientierung kassenseitig könnte dabei zu Engpässen in der flächendeckenden fachärztlichen Versorgung führen. Damit sind längere Wartezeiten bzw. Anreisewege der Patienten verbunden, die insbesondere Älteren, chronisch Kranken, multimorbiden und behinderten Menschen zum Nachteil gereichen dürften.
- *Qualitätssicherung erfolgt nach Normen der betreffenden Krankenkasse*: In Verbindung mit der Tatsache, dass nach dem GMG-Entwurf Krankenkassen Rabattverträge mit den Arzneimittelherstellern abschließen können, ist zu befürchten, dass die Vertragsärzte der Kassen nur solche Medikamente verordnen dürfen, für die entsprechende Vereinbarungen bestehen. Das würde neben der Negativliste, Positivliste und Liste von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln, die im Ausnahmefall zu verordnen sind, zu einer weiteren Liste von solchen Medikamenten führen, die von der jeweiligen spezifischen Kasse zu erstatten sind.
- *Intransparenz*: die möglichen Folgen einer solchen Einzelvertragsregelung sind geeignet, den Durchblick für die Versicherten weiter zu erschweren.

#### Öffnung der Krankenhäuser

Dies kann im Einzelfall sinnvoll sein. Besser als die Erweiterung der teureren Krankenhausversorgung ist es jedoch, auf ein flächendeckendes Netz an

fachärztlichen Praxen hinzuwirken. Wir sehen hier Risiken für die notwendige flächendeckende und wohnortnahe fachärztliche Versorgung.

#### Hausarzttarife als Pflichtangebote der Krankenkassen

Dagegen bestehen von Seiten der DGVP keine Bedenken, solange das Angebot freiwillig bleibt und die Ablehnung der Beteiligung an diesem Modell nicht mit höheren Zuzahlungen abgestraft wird.

#### Zulassung von Gesundheitszentren

Dem steht die DGVP positiv gegenüber, wenn sie ergänzende Versorgungsangebote mit überlegener Behandlungsqualität darstellen, durch welche die flächendeckende Versorgung nicht tangiert wird.

#### Weiterentwicklung der integrierte Versorgung

Dies ist außerordentlich wichtig. Wir bedauern, dass seit der Gesundheitsreform 2000 auf diesem wichtigen Gebiet bisher so wenig erreicht wurde.

#### Hausarztssystem

Die DGVP sieht in der durch Bonus- und Malusregelungen verstärkten Absicht, Patienten zuerst zum Hausarzt zu steuern, eine Aushebelung des Rechts auf freie Arztwahl. Dieser Strategie fehlt nach unserer Einschätzung eine überzeugende medizinische und gesundheitsökonomische Grundlage. Verschärft wird dies durch die Verpflichtung der Versicherten, nur solche Gebietsärzte (zumindest neu niedergelassene) in Anspruch zu nehmen, die einen entsprechenden Vertrag mit der jeweiligen Kasse haben.

### **3. Reform des ärztlichen Vergütungs- und Abrechnungssystems**

#### Einführung von Komplexgebühren und Fallpauschalen für fachärztliche Leistungen, sowie ambulante Operationen und Pauschalvergütung für die Behandlung von Versicherten in Hausarztssystemen

Dem steht die DGVP positiv gegenüber, sofern – und eben nur dann – die Qualität der Behandlung gesichert ist.

#### Stärkere Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts bei Einhaltung der Beitragsstabilität

Wir halten es für eine irriige Annahme, dass medizinischer Fortschritt automatisch Kostensteigerungen auslösen muss. Das trifft sicher zu im Fall einer vorher nicht behandelbaren Krankheit, für die nun eine teure, lebenslang anzuwendende Therapie verfügbar ist.

Andererseits lassen sich im Rahmen eines die medizinische Versorgung umfassenden gesamthaften Rationalisierungsprozesses positive ökonomische Effekte erzielen durch die Ablösung von älteren, weniger geeigneten durch neue effektivere Maßnahmen.

Zur Bewertung dieser Effekte reicht der Einnahme-/Ausgabenvergleich nicht aus. Sie können erst durch gesundheitsökonomische Analyse der direkten und indirekten Kosten und Nutzen sowie anderer Parameter verstanden werden. Solche Analysen werden in der GKV kaum angestellt. Andererseits ist eine mittel- und längerfristige Betrachtung nötig ist, um gesundheitsökonomische und volkswirtschaftliche Effekte einer schlechten oder einer medizinisch dem aktuellen Stand entsprechenden Behandlung zu bewerten. Solche Analysen werden in der GKV zu wenig

durchgeführt.

Wir unterstützen das Ziel der Beitragssatzstabilität in soweit, als die Kassenbeiträge ein gegebenes Leistungsniveau spiegeln müssen. Seit längerem erleben die Patienten hingegen steigende Beiträge bei sinkenden Leistungen. Das ist völlig inakzeptabel.

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

##### Ausweitung des gesetzlichen Rahmens für Vereinbarungen zwischen Arzneimittelherstellern und Krankenkassen über Rabatte auf die Listenpreise

In dieser Regelung sieht die DGVP das Risiko, dass die Krankenkassen von Ärzten, Arztgruppen oder Krankenhäusern, mit denen sie Versorgungsverträge abgeschlossen hat, verlangt, sich an eine Arzneimitteliste bestehend aus rabattierten Medikamenten zu halten. Für den Patienten würde dies bedeuten, dass er nicht mehr die Medikamente erhalten würde, die sein Arzt für geeignet hält, sondern solche, für die die Krankenkasse einen günstigen Einkauf vereinbart hat.

Die mit §130a Abs.10 eröffnete Bonusregelung außerhalb der Gesamtvergütung für solche Ärzte, die sich an die Verordnung der Liste rabattierter Medikamente halten, sieht die DGVP als außerordentlich problematisch an. Eine solche Motivationsprämie dürfte dazu führen, dass ärztliche Verordnungsentscheidungen eher nach ökonomischen Gesichtspunkten getroffen werden als den Erfordernissen der Medizin und Zweckmäßigkeit zu entsprechen. Patienteninteressen bleiben dabei auf der Strecke wie dies in der Vergangenheit bei verschiedenen regionalen „Bonusverträgen“ beanstandet werden musste. Es besteht die Gefahr, dass auf diesem Wege gerade fortschrittliche Therapien verzögert für die Patienten verfügbar würden und sich so der Abstand weiter vergrößerte, den Deutschland zu zahlreichen anderen Ländern in der Behandlung wichtiger chronischer Krankheiten hat. Eine direkte Koppelung zwischen der Höhe des ärztlichen Einkommens und dem Sparverhaltens des betreffenden Arztes zu Lasten seiner Patienten ist aus ethisch-moralischen Gründen nicht zu verantworten.

##### Zulassung des Versandhandels

Aus Sicht der DGVP dürften substanzielle Einsparungen von dieser Maßnahme nicht zu erwarten sein. Dagegen sind die potenziellen Nachteile für Patienten beträchtlich. Deshalb muss gewährleistet sein, dass sich die Qualität der Arzneimittelinformation nicht verschlechtert und nicht zusätzliche Risiken für Patienten auftreten.

#### **5. Neuordnung der Finanzierung, Neugestaltung der Zuzahlungen sowie der Beitragsregeln, beitrags- und versichertenrechtliche Veränderungen**

##### Sterilisation

Gegen die Streichung der Sterilisation aus dem Leistungskatalog der GKV hat die DGVP auch aus ethischen Gründen Bedenken. Eine Sterilisation erfolgt in der Regel dann, wenn Paare ihre Familienplanung abgeschlossen und keinen Kinderwunsch mehr haben. Gerade einkommensschwächere Familien, die sich eine Sterilisation künftig nicht leisten können, sind bei abgeschlossener Familienplanung durch ungewollte Schwangerschaft besonders betroffen. Die Regelung würde nach Einschätzung der DGVP zu mehr Schwangerschaftsabbrüchen und damit zu höheren Kosten für die GKV führen, während für die betroffenen Frauen damit ein gesundheitliche Risiken und psychologische Belastungen einhergehen.

#### Sterbegeld

Die geplante Streichung des Sterbegelds halten wir gerade aus Sicht der Versicherten, die über einen langen Zeitraum Beiträge an ihre Krankenkasse gezahlt haben für nicht akzeptabel. Eine solche Maßnahme würde dazu beitragen, das Vertrauen der Bürger in die GKV weiter auszuhöhlen.

#### Krankengeld

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Befreiung der Arbeitgeber von der paritätischen Absicherung des Krankengelds führt aus Sicht der DGVP zu einer unzumutbaren Mehrbelastung der Versicherten. Diese Regelung würde – zusammen mit allen weiteren neuen Zuzahlungen und Eigenleistungen – zu einer Überforderung vor allem von Versicherten mit geringem Einkommen führen.

#### Nichterstattung Rezeptfreie Arzneimittel

Die Herausnahme nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus der Erstattung wäre nach Auffassung der DGVP ein Akt der schieren Willkür. Eine solche Regelung lehnt die DGVP in vollem Umfang ab. Sie ist unsozial, weil die vom Gesetzgeber erhofften Einsparungen in Höhe von rd. 1 Mrd. Euro ohne Härtefallklausel voll zu Lasten der Patienten gehen würden. Diese Regelung vernachlässigt aber auch, dass in gewissem Umfang Substitution durch teurere verschreibungspflichtige Arzneimittel stattfinden dürfte, die mit höheren Nebenwirkungsrisiken einhergeht.

#### Zuzahlung für Arznei- und Verbandmittel

Die DGVP lehnt die geplante Anhebung bei der Zuzahlungsregelung ab als reine Maßnahme der Geldbeschaffung, die keinerlei positive Steuerungswirkung hat. Die Effekte solcher Maßnahmen sind angesichts des Fortbestehens der vielfältigen Fehlsteuerungen und Strukturprobleme – wie in der Vergangenheit erlebt – regelmäßig nach kurzer Zeit verbraucht.

Die Differenzierung der Zuzahlung nach Patienten, die einen Anspruch auf reduzierte Zuzahlung haben, weil sie in einem Hausarztmodell oder DMP sind, erfordert zusätzliche Bürokratie.

#### Praxisgebühr

Nach Auffassung der DGVP ist die Erhebung einer Praxisgebühr grundsätzlich nicht zu vertreten. Sie würde bei multimorbiden Patienten zu einem erheblichen Anstieg von Arztbesuchen führen, weil Überweisungen zu unterschiedlichen Fachärzten benötigt werden. Gerade für Patienten in ländlichen Regionen würde für die Patienten und Kassen durch §28 Absatz 4 ein nicht zumutbarer Verwaltungsaufwand entstehen.

Unabhängig davon eröffnet unserer Auffassung nach § 28 Absatz 4 das Risiko des missbräuchlichen Umgangs durch den die Praxisgebühr einbehaltenden Arzt. Sollte

sich nämlich beim Facharztbesuch herausstellen, dass der Patient, neben der Krankheit, wegen der er überwiesen wurde, eine weitere Erkrankung hat, würde für den Facharzt auf der Grundlage der jetzigen Formulierung Anspruch auf eine weitere Praxisgebühr entstehen.

## **6. Reform der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen und Schaffung effizienterer Konfliktlösungsmechanismen**

### Organisationsrecht der Kassen:

Als grundlegenden Mangel sieht die DGVP die fehlende Patientenbeteiligung in der Selbstverwaltung der Krankenkassen. Die Interessen der Versicherten und Patienten sind unzureichend repräsentiert. In den früheren „Pflichtkassen“ nehmen immer noch überwiegend Gewerkschaften die Stelle der Patientenvertretung wahr. Sie haben dazu eigentlich keine Legitimität. Die „Friedenswahlen“ sind Wahlverhinderungen. Die Regelungen des Sozialwahlrechts bedürfen nach Auffassung der DGVP einer grundlegenden Überprüfung.

## **9. Stärkung der Patientensouveränität und Ausbau von Rechten, Wahl- und Einflussmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten, Prävention und Selbsthilfe, Verbesserung der Transparenz auf allen Ebenen und Einführung von Patientenquittungen sowie der elektronischen Gesundheitskarte, Datensammlungen, Datenschutz, verstärkte Bekämpfung des Missbrauchs und der Korruption im Gesundheitswesen**

### Anhörungsrechte

Die beabsichtigte Verbesserung der Anhörungsrechte ist grundsätzlich zu begrüßen. Gleichzeitig werfen die Ausführungen dazu eine Reihe von Fragen auf, etwa:

- was sind „maßgebliche“ Organisationen zur Wahrung der Interessen der Patienten, behinderten Menschen und der Selbsthilfe auf Bundesebene?
- welche Kriterien gelten für „Maßgeblichkeit“?
- wer legt diese Kriterien fest und wer bestimmt schließlich, welche Organisationen maßgeblich sind?

Die Formel ist rechtlich unbestimmt, ermöglicht es letztlich, Patientenbeteiligung zu verhindern, da es diese „maßgeblichen“ Organisationen vielleicht nicht gibt oder Organisationen für „maßgeblich“ gehalten werden, ohne es wirklich zu sein.

Die Formel signalisiert Hilflosigkeit gegenüber einer Interessengruppe, die eben noch nicht so institutionalisiert ist wie die übrigen Beteiligten in der Gesundheitspolitik wie z.B. Ärzte, Apotheker, Kassen oder Industrie. Patientenverbände im Gesetz mit den tradierten Strukturen anderer Beteiligter gleich zu stellen, die ja in der Begründung des Entwurfs zu recht als „verkrustet“ bezeichnet werden, übersieht strukturelle Nachteile, denen Patientenvertretungen im Gesundheitswesen ausgesetzt sind.

Es ergeben sich zu den Anhörungsrechten darüber hinaus weitere Fragen, z.B.

- soll mit dem Ausbau der Anhörungsrechte nur eine quantitative, systematische Abdeckung der relevanten Gremien und Einrichtungen erreicht werden?
- hält man in diesem Fall einen effektiveren Einfluss der kollektiven Patientenmeinung automatisch für gegeben?
- wie ist gewährleistet, dass der Input der Patientenvertreter auch berücksichtigt wird?
- wie kann der Meinungsbildungs- und Entscheidungsprozess in den betreffenden Gremien für Patientenvertreter transparent und nachvollziehbar gemacht werden?
- warum sind nicht Mitwirkungsrechte und –pflichten angesprochen, um Patientenbeteiligung weiter zu konkretisieren?

Die DGVP ist der Auffassung, dass die notwendigen Verbesserungen weitgehend Theorie bleiben, so lange Patientenorganisationen nicht über die erforderlichen Ressourcen und Kapazitäten verfügen. Mit ihrer heutigen finanziellen Ausstattung sind Vertretungen von Versicherten- und Patienteninteressen enge Grenzen für eine aktive Beteiligung gesetzt. Eine Präsenz, zu der Politik, Selbstverwaltung, Körperschaften und Verbände in der Lage sind, ist deshalb kaum darstellbar, das Ungleichgewicht der Kräfte hat hierin eine ihrer wesentlichen Ursachen. Wer sich mit der Verbesserung der Anhörungs- (und Mitwirkungs-)rechte nicht gleichzeitig zu den Möglichkeiten der Finanzierung dieser Aktivitäten äußert, akzeptiert im Grunde die Festschreibung der inferioren Patientensituation.

#### Haussarztssystem

Nicht von einer Stärkung der Patientenrechte zeugt die Umsetzung des Hausarztmodells in der geplanten Form. Kranke mit ermäßigten Hausarztтарifen einerseits und mit Strafzahlungen andererseits (Praxisgebühr, höhere Eigenbeteiligung im Fall des direkten Facharztbesuchs) zum Hausarzt zu steuern, bedeutet die Aushebelung des Rechts auf freie Arztwahl. Dies sollte im Sinn einer fairen Diskussion dann auch öffentlich so gesagt werden. Folgende weitere Probleme dürften aus den vorgesehenen Maßnahmen resultieren und das Risiko einer verschlechterten Versorgung in sich bergen:

- schon heute besteht regional (vor allem in Ostdeutschland) ein Mangel an Hausärzten; Experten gehen von einem Anhalten des Trends aus
- Engpässe in der Patientenbehandlung durch Hausärzte sind zusätzlich zu erwarten, wenn die strukturierten Programme (DMP) zur Umsetzung gelangen.
- zusätzlich zu den quantitativen Engpässen dürften sich Probleme aus der fehlenden Weiterbildung bzw. dem fehlenden Weiterbildungsangebot für Hausärzte ergeben. Ein entsprechendes Weiterbildungsangebot existiert flächendeckend bisher nicht. Wie viele DMP gleichzeitig sind von einem Hausarzt zu bewältigen?

#### Beteiligung in der Selbstverwaltung der Krankenkassen

Im Abschnitt zum Organisationsrecht der Kassen bleibt das Problem der fehlenden Beteiligung der Patienten in der Selbstverwaltung der Kassen ausgespart. Als grundlegenden Mangel sieht die DGVP die fehlende Patientenbeteiligung in den Selbstverwaltungsgremien. In den früheren „Pflichtkassen“ nehmen immer noch

überwiegend Gewerkschaften die Stelle der Versicherten- bzw. Patientenvertretung wahr. Sie haben dazu eigentlich keine Legitimität. Die „Friedenswahlen“ sind Wahlverhinderungen. Deshalb bedürfen die Regelungen des Sozialwahlrechts nach Auffassung der DGVP einer grundlegenden Überprüfung.

#### Verbesserungen von Datengrundlagen und Datentransparenz

Hier vermissen wir das Eingehen auf die Risiken, die sich aus der elektronischen Speicherung, Verarbeitung und Kommunikation von Patientendaten u. a. für den Schutz der Persönlichkeitsrechts und der Integrität persönlicher Information ergeben. Die angestrebten Entwicklungen müssen daher den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen unter allen Umständen Rechnung tragen. Neue Risiken bedürfen gegebenenfalls weiterer Schutzbestimmungen. Vor diesem Hintergrund hat die European Health Telematics Association (EHTEL) unter wesentlicher Mitwirkung der DGVP eine „Patient Charter on eHealth“ erarbeitet. Risiken sind unter anderem

- Missbrauch von Daten zum Nachteil von Patienten
- unberechtigte Zugriffe auf Patientendaten
- Verletzung der Integrität persönlicher Patientendaten
- Intransparenz der Datenspeicherung

Insgesamt muss mit einem steigenden Bedarf an Aufklärung und Beratung gerechnet werden. Mit der Einrichtung kompetenter Informations- und Beschwerdestellen bzw. einer Ombudsfunktion für Patienten kann angesichts der rasch wachsenden Komplexität der Thematik diesem Bedarf Rechnung getragen werden.

#### Patientenquittung

Verbesserung der Transparenz in der gesetzlichen Krankenversicherung muss eines der zentralen Anliegen grundsätzlich sein. Wir begrüßen die geplante Einführung einer Patientenquittung, die von der DGVP bereits seit 1997 gefordert wird. Sie sollte jedoch automatisch ausgestellt werden, nicht nur auf ausdrückliches Verlangen.

#### Elektronische Gesundheitskarte, elektronisches Rezept

Auch dieses Vorhaben wird begrüßt genau so wie die Nutzung der elektronischen Medien insgesamt zur Verbesserung der Information und des Durchblicks der Bürger genutzt werden müssen. Dabei ist das Prinzip der Freiwilligkeit für uns unverzichtbar, im Übrigen muss der Patient „Herr seiner Daten“ sein. Außerordentlich wichtig ist die Wahrung datenschutzrechtlicher Bestimmungen. Neue Risiken sind entsprechend abzusichern.

#### Arzneimittelsicherheit

Im Hinblick auf einen besseren Schutz vor vermeidbaren Neben- und Wechselwirkungen von Medikamenten halten wir die Instrumente des elektronischen Rezepts und der Gesundheitskarte für sehr notwendig. Sie reichen jedoch allein nicht aus. Weitere wichtige Voraussetzungen, die auch die Patientenposition stärken, sind nach Überzeugung der DGVP *mehr Gespräch über Arzneimittel* zwischen Arzt und Patient, *stärkere Nutzung des pharmazeutischen Know-hows der Apotheker*, *besser verständliche Beipackzettel* und die aktive Unterstützung des Behandlungsprozesses durch *gut informierte und motivierte Patienten*. Risiken des geplanten Versandhandels, den wir im Hinblick auf die Arzneimittelsicherheit kritisch sehen, müssen ebenso wie seine möglichen Chancen definiert und kontrolliert werden.



### Beauftragter zur Bekämpfung von Missbrauch und Korruption

Die Bekämpfung von Missbrauch und Korruption im Gesundheitswesen ist grundsätzlich erforderlich. Der Schaden, welcher der Solidargemeinschaft daraus entsteht, ist ganz erheblich und muss dringend eingedämmt werden!

Wir halten die Stelle eines dafür Beauftragten jedoch nicht für das richtige Mittel. Diese Einrichtung vermischt die Kontrolle auf Korruption mit der Information für Versicherte, dies ist keine sinnvolle Lösung. Die Einrichtung fördert in ihrer Konzeption Denunziantentum. Sinnvoller ist es, Stichproben auf verschiedenen Ebenen des Systems einzuführen.

Alles muss unternommen werden, um Transparenz der Abrechnungen und Finanzströme herzustellen und dadurch die Überprüfung durch die entsprechenden Verantwortungsbereiche selbst zu erleichtern.

### **Fazit**

Das Patientenbild im Entwurf des GMG ist insgesamt widersprüchlich. In der Regel steht Patientenbevormundung über der Wertschätzung von Patientenmitwirkung. Dies kommt z.B. deutlich in der Absicht zum Ausdruck, Patienten mit Anreizen und Strafen zum Hausarzt zu steuern statt ihm selbst die Entscheidung über die Artwahl zu lassen. Der Patient wird allein als wirtschaftlicher Nachfrager nach dem Leistungsspektrum der Kassen für selbständig erklärt, nicht jedoch, wenn es um seine Behandlung und die Sicherung ihrer Qualität geht. Bekenntnisse zu mehr Patientensouveränität wirken daher eher etikettenhaft.

Die Chance, im Gesetz endlich die wesentlichen Rahmenbedingungen zu verändern, die eine wirksame Interessenvertretung der Patienten bisher nicht zuließen, wurde mit dem vorliegenden Entwurf nicht genutzt.

### **Schlussbemerkung**

Der vorliegende Gesetzentwurf weist insgesamt eine Reihe gravierender Mängel auf. Diese sind im Einzelnen:

1. Weiterhin ist in keiner Weise sichergestellt, dass Patienten vor willkürlicher Leistungsverweigerung geschützt werden. Es gibt keinerlei Möglichkeit für sie durchzusetzen, dass der gesetzliche Sicherstellungsauftrag, das Notwendige in ausreichendem Maße zu erbringen, auch erfüllt ist. Vielmehr ist gerade angesichts der fortbestehenden Sparzwänge davon auszugehen, dass weiterhin den Patienten notwendige Leistungen vorenthalten werden. Durch diesen schwerwiegenden Mangel ist die Zielsetzung des Gesetzesentwurfs, eine Qualitätsverbesserung des Gesundheitswesens im Sinne der kranken Menschen zu erreichen, grundsätzlich in Frage gestellt.
2. Einen großen Mangel sehen wir darin, dass der Schutz von Patienten im Fall von Behandlungsfehlern nicht angesprochen wird. Dies würde nach unserer Auffassung in einen Gesetzentwurf gehören, der sich die Verbesserung der

Patientensituation zum Ziel gesetzt hat. Zwar wird im aktuellen Entwurf einer in Zusammenarbeit von BMGS und BMJ vorgestellten Patientencharta das Thema behandelt, bleibt dort aber auf die heute bestehenden Informations- und Beschwerde-/Klagemöglichkeiten beschränkt. Aus allem muss gefolgert werden, dass an eine grundsätzliche rechtliche Besserstellung der Patienten, etwa durch eine Umkehr der Beweislast, wie sie z. B. in Skandinavien mit Erfolg praktiziert wird, offenbar nicht gedacht ist.

3. Nach dem vorliegenden Gesetzentwurf des GMG wird das Risiko Krankheit für die Bürger in schwerer überschaubar.
4. Die medizinische Versorgung dürfte in Zukunft noch mehr von Vorschriften bestimmt sein und entsprechend weniger Raum für die individuelle, auf den Bedarf des einzelnen Menschen zugeschnittene Behandlung bleiben.
5. Die Bürokratie in der GKV wird gemäß den immer wieder erhobenen Forderungen nicht zurückgeführt sondern wächst durch die vorgesehenen Regelungen auf den verschiedenen Ebenen weiter an.
6. Die Intransparenz des Systems nimmt durch die vielfältigen, über das schon bestehende komplizierte Regelwerk im SGB V hinausgehenden Vorschriften weiter kräftig zu.
7. Eher geschwächt als gestärkt wird die Position der Patienten. Die angekündigte „Verbesserung ihrer Wahlmöglichkeiten“ wirkt zynisch angesichts der ökonomischen Zwänge und Anreize, mit denen sie zu systemkonformem Verhalten veranlasst werden.

Heppenheim, im Juni 2003