



Stellungnahme des Deutschen Frauenrates zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

Block I - IV

Der Deutsche Frauenrat bedankt sich für die Gelegenheit, seine Sichtweisen und Anmerkungen zum „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)“ zu übermitteln.

Der Deutsche Frauenrat vertritt über 50 unterschiedliche, bundesweit organisierte Frauenverbände. Insofern fokussiert der Deutsche Frauenrat bei dieser Gesetzesvorlage auf die Aspekte, die Frauen in besonderer Weise betreffen.

Insgesamt begrüßt der Deutsche Frauenrat die Überlegungen, die Gesundheitsversorgung zu reformieren und zu verbessern, insbesondere was die erklärten Ziele wie Sicherung einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung, Intensivierung des Wettbewerbs durch Qualität und Wirtschaftlichkeit sowie Erweiterung der Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten für die Versicherten angeht.

Das Festhalten an einer solidarischen Finanzierung, die Erweiterung der Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten sowie die Sicherung der Qualität bei gleichzeitiger Wirtschaftlichkeit sind uns dabei Grundanliegen.

Diese aber sehen wir zumindest durch Teile des vorliegenden Entwurfs gefährdet.

Auch sehen wir das langjährige Anliegen von mit dem Thema befassten Expertinnen und Experten sowie Frauenverbänden, die Gesundheitsversorgung in Deutschland geschlechtergerechter als bisher zu gestalten, im Reformentwurf leider ein weiteres Mal nicht berücksichtigt.

Dies ist um so bedauerlicher als in § 2 der Gemeinsamen Geschäftsordnung der Bundesministerien seit 2000 die Verpflichtung aller Ressorts festgelegt ist, bei allen politischen, normgebenden und verwaltenden Maßnahmen der Bundesregierung den Ansatz des Gender Mainstreamings zu beachten.

Der im Jahr 2001 im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vorgelegte Frauengesundheitsbericht identifizierte und belegte u.a. folgende Unterschiede:

- Frauen und Männer unterscheiden sich zum Teil hinsichtlich der Symptome und des Verlaufs von Krankheiten.
- Der weibliche und der männliche Körper reagieren u.a. auf Medikamente unterschiedlich.
- Männer und Frauen gehen mit Gesundheit und Krankheit unterschiedlich um, sie haben zum Teil unterschiedliche Arbeits- und Lebensbedingungen, die sich auf Gesundheit und Krankheit unterschiedlich auswirken.
- Für Frauen und Männer liegen auch im Gesundheitssystem unterschiedliche Stereotypen vor, die für beide Geschlechter zu Fehlversorgung führen kann.

Darüber hinaus belegen Studien, dass Faktoren wie Lebenslage und finanzielle Situation einen Einfluss auf die Gesundheit sowie die gesundheitliche Versorgung haben. „Die Gesundheit von sozial benachteiligten Gruppen ist schlechter, die Lebenserwartung deutlich kürzer als von sozial besser gestellten Gruppen.“, so das Ergebnis entsprechender Studien. Ein Umstand, der in der Prävention inzwischen zu speziellen Programmen (closing the gap) führt, welche diese Benachteiligung ausgleichen sollen.

Obwohl diese und weitere geschlechtsspezifische Aspekte erfreulicherweise zunehmend vom medizinischen Fachpersonal als auch von Krankenkassen zur Kenntnis genommen werden, werden sie in Forschung, Ausbildung oder Therapie in den Bereichen der Beurteilungen, Entscheidungen oder bei der Umsetzung in die Praxis zu wenig berücksichtigt. Hierfür können folgende Gründe vermutet werden:

- Außer zu den inzwischen populärwissenschaftlich bekannten Unterschieden besteht nach wie vor selbst in Fachkreisen nicht selten Unkenntnis.
- Trotz des wachsenden Bewusstseins der Unterschiede wird sowohl die Anzahl der Fälle und der Phänomene als auch die Tragweite der Unterschiede unterschätzt.
- In Gremien, Organisationen als auch Praxen besteht eine gewisse Schwerfälligkeit, die bisherige Beurteilungs-, Entscheidungs- als auch Durchführungspraxis entsprechend zu verändern.

Es gibt bisher in den Regelungen zur Gesundheitsversorgung keine ausreichend verbindlichen Vorgaben für die Berücksichtigung genderrelevanter, wie auch alters- und lebenslagen-spezifischer Unterschiede.

Die Gesundheitsversorgung geschlechtergerechter sowie unter der Berücksichtigung von Alter und Lebenslage zielgruppengenaue zu gestalten, bedeutet dabei nicht zwangsläufig, die Versorgungsleistungen auszuweiten. Es geht in vielen Fällen vielmehr um einen wirksameren und differenzierteren Einsatz der Versorgung. Auch können kostengünstige Maßnahmen, die jedoch an der Zielgruppe vorbeigehen, durch eine daraus resultierende Unter-Über- und Fehlversorgung im Nachhinein zu deutlich erhöhten Kosten führen

Im vorliegenden Entwurf werden zwar Patientinnen sprachlich sichtbar (ab S. 547 gibt es jedoch nur noch den männlichen Patienten), die Ärzte sind aber überwiegend männlich. Die Versicherte ist neben dem Versicherten überhaupt nicht zu finden, allenfalls im Plural der Versicherten. Auch der Schiedsstellenvorsitzende ist männlich. (S. 175). Neben vielen Vertretern wird nur an zwei Stellen sichtbar, dass zumindest im Gemeinsamen Bundesausschuss auch Vertreterinnen sitzen.

Weil eine geschlechtergerechte Sprache grundsätzlich Ausdruck eines geschlechtergerechten Ansatzes ist, ist dies auch diesem Reformvorhaben unabdingbar zu berücksichtigen.

Diese zuvor benannten Gegebenheiten sind unter anderem grundlegend für unsere nachfolgenden Anmerkungen zu **Block I - IV**.

I Finanzierung

Da Frauen in unserem Lande bekanntermaßen nach wie vor ein geringeres Einkommen als Männer haben, sind sie bei allen Regelungen, die eine finanzielle Eigenbeteiligung vorsehen, in besonderem Maße betroffen.

Entwurf Nr. 182, S. 132- , neuer § 271 Gesundheitsfonds

Der Deutsche Frauenrat vermag zur Zeit nicht einzuschätzen, in wieweit der geplante Gesundheitsfonds tatsächlich eine Reduzierung der Bürokratisierung , eine geschlechtergerechte Gesundheitsversorgung, eine Steigerung von Qualität der Gesundheitsversorgung aufgrund des Wettbewerbs und ein notwendige Kostenbegrenzung ermöglicht.

Mitversicherung von Kindern

Die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern als gesamtgesellschaftliche Aufgabe kann nicht nur von den Beitragszahlenden der GKV finanziert werden. Insofern erscheint aus der Sicht des Deutschen Frauenrates die Steuerfinanzierung konsequent. Allerdings sieht der Deutsche Frauenrat mit großer Besorgnis die Abhängigkeit von der jeweiligen Haushaltslage.

Entwurf Nr. 178, S. 125-127, § 266, Risikostrukturausgleich

Die solidarische Finanzierung der GKV zeichnet sich gegenüber der PKV gerade dadurch aus, dass sie nicht nach Risiko, sondern nach finanzieller Leistungsfähigkeit ausgerichtet ist. Insofern bedauert der Deutsche Frauenrat außerordentlich, dass ein nach Geschlecht differenzierender Blick in dem gesamten Gesetzentwurf nur im Zusammenhang mit dem Morbiditätsrisiko erfolgt. Das Geschlecht als Risiko müssen viele Frauen in der PKV teuer bezahlen, unabhängig davon, ob sie reproduktive Kosten verursachen oder nicht. Bei den reproduktiven Kosten müssen jedoch auch die zeugenden Männern berücksichtigt werden. Insofern lehnt der Deutsche Frauenrat strikt ab, dass dieses Denken, dass sich in kostengünstigeren Prämien für Männer niederschlägt, auch in die GKV Eingang findet und fordert, dass beim Risikostrukturausgleich feinere Differenzierungen als lediglich die Zugehörigkeit zu einem – angeblich teureren oder kostengünstigeren – Geschlecht erfolgen.

Für dringend erforderlich hält es der Deutsche Frauenrat auch, zu klären, wem die Kosten, die durch die gesundheitlichen Folgen von Gewalt entstehen als Risiko zugerechnet werden.

Entwurf Nr. 161., S. 118 § 242 Erhöhter Beitragssatz:

§ 242 Kassenindividueller Zusatzbeitrag

Der Deutsche Frauenrat lehnt die schleichende Verabschiedung aus der paritätischen Finanzierung ab.

Da bei der finanziellen Lage eher von Zusatzbeiträgen als von Beitragsrückerstattungen auszugehen ist, wird sich dies für Frauen daher besonders negativ auswirken, zumal bereits die vorangegangene Gesundheitsreform finanzielle Mehrbelastungen mit sich brachte.

Die Begrenzung dieses geplanten Zusatzbeitrages auf inzwischen 1 % des beitragspflichtigen Einkommens ist daher lediglich als Deckelung zu begrüßen.

Der Deutsche Frauenrat sieht den Zusatzbeitrag jedoch durchaus auch als problematisch an. Um wettbewerbsfähig zu sein, werden Kassen versuchen, höhere Ausgaben, die einen Zusatzbeitrag auslösen könnten, zu vermeiden. Dadurch entsteht ein Anreiz, um die jungen und „gesunden“ Menschen zu werben und die Aufnahme eines höheren Anteils an den so genannten „Risikogruppen“ wie alten Menschen, behinderten Menschen oder auch Frauen im gebärfähigen Alter zu vermeiden.

Auch ist es nicht einsichtig, warum Menschen, die in einer stärker „belasteten“ Kasse versichert sind, persönlich dafür aufkommen sollen, wohingegen Menschen, die in einer geringer „belasteten“ Kasse versichert sind, weitere Vorteile in Form von Rückzahlungen erhalten können.

Die 8,00 € Pauschalregelung ist nicht nachvollziehbar, da dadurch insbesondere Menschen mit einem Einkommen unter 800 € über die 1% Grenze hinaus belastet werden, während Menschen mit höherem Einkommen vor einer solchen Belastungssteigerung geschützt sind. Bei Menschen mit einer Behinderung und/oder chronischen Erkrankung kann es zu einer Anhäufung von Zusatzkosten (Eigenanteile + OTC-Präparate + Zusatzprämie + nicht erstattungsfähige besondere Therapieformen) kommen. Unklar bleibt auch, wer bei fehlendem eigenem Einkommen für den Zusatzbeitrag aufkommen soll.

Wiedereinführung der Härtefallregelung

Zum Ausgleich sozialer Härten, wie sie durch das geringere Durchschnittseinkommen sowie geringere Renten gerade Frauen häufiger treffen, sind – mit Blick auf die Erfahrungen nach der Abschaffung dieser Regelung durch die letzte Reform – wiederum Härtefallregelungen zu treffen. Für Menschen, die Hilfe zum Lebensunterhalt oder ALG II beziehen, oder bei denen die Kosten von der Sozialhilfe getragen werden, hat die gestiegene Eigenbeteiligung in der Praxis dazu geführt, dass diese Personen benötigte Leistungen nicht mehr oder nicht in der eigentlich benötigten Menge oder Qualität in Anspruch nehmen, was häufig mit Einbußen der Lebensqualität einhergeht.

II Organisation

Entwurf Nr. 14, S. 152: § 91 Gemeinsamer Bundesausschuss:

Für den gemeinsamen Bundesausschuss ist eine Straffung der Entscheidungsstrukturen vorgesehen. Die daraus resultierende Verringerung der Personenzahl in dem Beschlussgremium wirkt sich auf Grund der Proporzregel ebenfalls auf die zugelassene Anzahl der Vertreterinnen und Vertreter der Patientinnen und Patienten aus. Hier steht zu befürchten, dass die je nach Thema sehr differenzierten Belange der Patientinnen und Patienten nicht mehr in ausreichendem Maße dargelegt und vertreten werden können.

Während die jeweils 3 Vertreterinnen und Vertreter von Kassen- und Kassenärztlicher Seite in Zukunft hauptberuflich beim Gemeinsamen Bundesausschuss angestellt sein sollen, sind für die 3 Vertreterinnen und Vertreter der Patientinnen und Patienten keine entsprechenden Mittel vorgesehen. Dies stellt eine weitere strukturelle Schlechterstellung der Vertretung der Patientinnen und Patienten auf der Entscheidungsebene dar, die bereits bei der jetzigen Regelung nicht über die gleichen Ressourcen wie die kassen- und die kassenärztliche Seite verfügen.

Ganz grundsätzlich gibt der Deutsche Frauenrat zu bedenken, ob die Entscheidung für die Hauptamtlichkeit eine richtige Lösung ist. In jedem Fall aber bedarf es ausreichend guter Rahmenbedingungen, damit die Vertreterinnen und Vertreter der PatientInnenseite ihre Rechte angemessen wahrnehmen können.

Im Sinne des Gender-Mainstreamings sind darüber hinaus Unterausschüsse sowie Entscheidungsgremien des Gemeinsamen Bundesausschusses paritätisch zu besetzen.

Um die Wahrung der Belange von Patientinnen in Zukunft besser zu gewährleisten, hält der Deutsche Frauenrat es für dringend erforderlich, in der nach § 140g erfolgenden Anerkennung von Verbänden durch das Bundesministerium für Gesundheit neben den bereits benannten Verbänden einen entsprechenden Frauenverband, wie etwa den Deutschen Frauenrat, in dem ausgewiesene Gesundheits-Expertinnen aus verschiedensten Frauenorganisationen vertreten sind, anzuerkennen.

Einrichtung eines Instituts für Genderbelange in der Gesundheitsversorgung

Um die vielfältigen und oftmals sehr ins Detail gehenden Themen, die im Gemeinsamen Bundesausschuss und seinen Unterausschüssen bearbeitet werden, sowie die aus der Bearbeitung hervorgehenden Entscheidungen auf genderrelevante Belange hin überprüfen zu können, bedarf es darin ausgewiesener Expertinnen und Experten. Dieses spezifische Fachwissen steht in der Regel sowohl in den Themen- oder Arbeitsgruppen, den Unteraus-

schüssen und der Spruchebene des gemeinsamen Bundesausschuss nicht, nicht ausreichend und/oder nicht schnell genug zur Verfügung.
Der Deutsche Frauenrat hält es daher für dringend erforderlich, ein entsprechendes Institut einzurichten, das die für eine gendergerechte Beurteilung und Entscheidung notwendigen Informationen erarbeitet und dem Gemeinsamen Bundesausschuss zur Verfügung stellt.

III Versicherungsrecht / Leistungsrecht

Entwurf Nr. 37 S.30-31, § 62 (Belastungsgrenzen)

„Vorsorgeuntersuchung“

Der Deutsche Frauenrat lehnt es entschieden ab, Patientinnen und Patienten die nicht an Früherkennungsmaßnahmen teilgenommen haben, stärker zu belasten. Dies würde zusätzlich zu der Erkrankung und den daraus entstehenden Kosten (nicht erstattungsfähige Medikamente und Therapien etc) eine weitere Belastung für diese Personengruppe darstellen. Für Frauen und Männer mit einer Behinderung ist darüber hinaus bislang aufgrund der häufig fehlenden Barrierefreiheit nicht sichergestellt, dass sie in gleicher Weise wie nichtbehinderte Personen an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen können. Auch im Hinblick auf die zum Teil umstrittene „Wirksamkeit“ von Vorsorgeuntersuchungen – z. B. des Mammographiescreenings – ist diese Regelung nicht tragfähig. Darüber hinaus hält der Deutsche Frauenrat ganz grundsätzlich ein Recht auf Nichtwissen für unabdingbar.

„Therapiegerechtes Verhalten“

Der Deutsche Frauenrat lehnt die Regelung, bei fehlender Bescheinigung des therapiegerechten Verhaltens Patientinnen und Patienten stärker an den Kosten zu beteiligen, ebenfalls entschieden ab.

Ganz grundsätzlich bedeutet diese Regelung eine Abkehr von dem Prinzip des mündigen Patienten / der mündigen Patientin sowie den Prinzipien des informed- oder des shared-decision-making. Sie stellt vielmehr sogar einen Rückschritt in das paternalistische Rollenverständnis dar, nach dem eine Ärztin / ein Arzt in Fragen der Gesundheit und der entsprechenden Versorgung als allein entscheidungsfähig gilt,

Besondere Brisanz enthält diese Regelung für Personen, die durch das Raster der evidenzbasierten Medizin fallen, indem sie z. B. eine Kombination mehrerer Erkrankungen und/oder Behinderungen haben, für die es keine Standardtherapie gibt oder bei der sich Therapien entgegenstehen.

Darüber hinaus bleibt unklar, wie mit den Personen verfahren wird, für die es kein strukturiertes Behandlungsprogramm gibt oder die es z. B. aufgrund einer fehlenden Barrierefreiheit nicht in gleicher Weise wie nichtbehinderte Personen nutzen können.

Entwurf Nr. 12. S. 14-15, §§ 20 Prävention und Selbsthilfe; 20a Betriebliche Gesundheitsförderung in Kombination mit 20b Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren

Der Deutsche Frauenrat begrüßt es sehr, dass der Prävention in Zukunft ein größerer Stellenwert eingeräumt werden soll.

Allerdings erachtet er es auch hier im Sinne des Gender-Mainstreamings für notwendig, die Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren nicht allein auf die Erwerbsarbeit zu beschränken, sondern um weitere Tätigkeiten wie Haushaltsführung oder die Ausübung von Familienpflichten oder die Pflege von Angehörigen zu erweitern. Diese Arbeiten sind oft in hohem Maße belastend, werden immer noch überwiegend von Frauen ausgeführt, bleiben aber in entsprechenden Maßnahmen weitestgehend unberücksichtigt.

Entwurf Nr. 17., S. 19-20, § 33 Hilfsmittel

Entwurf Nr. 92., S. 77-78, § 126 Zulassung, § 127 Verträge:

Die Erfahrungen in der Praxis mit speziellen Vertragspartnern haben gezeigt, dass diese Regelung oftmals die Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten einschränkt und eine tatsächliche Erprobung unterschiedlicher Hilfsmittel unmöglich macht.

Bei den eingeschränkten Angeboten steht darüber hinaus nicht der tatsächliche Bedarf sondern der Kostenfaktor im Vordergrund. Es steht zu befürchten, dass der mit der Reform angestrebte Wettbewerb in erster Linie über die Kosten und nicht etwa über das Preis-Leistungsverhältnis erreicht wird, was nicht im Sinne einer adäquaten Gesundheitsversorgung sein kann.

Die bereits praktizierte Ausschreibungspraxis mit z. B. Sanitätshäusern hat dazu geführt, dass die Vertragspartner oftmals weit entfernt angesiedelt sind, eine wohnortnahe Versorgung und Betreuung somit nicht mehr gegeben ist. So müssen ggf. Firmen für die Reparatur eines Rollstuhls mehrere hundert Kilometer anreisen, was mit entsprechenden Terminproblemen und entsprechenden Wartezeiten verbunden ist

Durch die Bindung an Vertragspartner können Menschen mit Behinderung oder chronischen Erkrankungen, Menschen aus anderen Kulturen oder Menschen mit situativ bedingter begrenzter Mobilität (z. B. Frauen in Pflegeverantwortung) dazu genötigt werden, ihre Entscheidung für eine bestimmte Kasse ggf. daran auszurichten, ob diese mit einem für diese individuelle Situation ausgestatteten Leistungserbringer (Stichwort: spezialisierte Kenntnisse, Barrierefreiheit, Sprach- und Kulturkenntnisse) einen Vertrag hat. Eine freie Wahl der Kasse oder – bei Verbleiben in der gewählten Kasse - die Auswahl eines für ihre spezifische Situation geeigneten Leistungserbringers ist ihnen dann nicht möglich.

Entwurf Nr. 15, S. 18, § 24 Medizinische Versorgung für Mütter und Väter sowie Nr. 28, S. 26, § 41 Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter

Dass Medizinische Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter Pflichtleistung werden, begrüßt der Deutsche Frauenrat außerordentlich und verweist in diesem Zusammenhang auf die Stellungnahme des Müttergenesungswerks.

Entwurf Nr. 23 S. 23, § 37b Spezialisierte ambulante Palliativversorgung und Nr. 27, S. 25, § 40a geriatrische Rehabilitation

Diese beiden Bereiche sind von außerordentlicher Wichtigkeit, Die vorgesehenen Verbesserungen begrüßt der Deutsche Frauenrat daher sehr.

IV Medizinische Versorgung

Die bereits in der Einleitung benannte dringend notwendige Berücksichtigung von alterslebenslagen- und geschlechtsspezifischen Unterschieden ist in dem aktuellen Reformentwurf bislang nur in dem Risikoausgleich für Kassen sowie Ärztinnen und Ärzte vorgesehen. Die Benennung der Berücksichtigung von alters- lebenslagen- sowie geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Gesundheitsversorgung der Patientinnen und Patienten fehlt hingegen vollständig.

Der Deutsche Frauenrat fordert daher eine entsprechende Verankerung in § 2 Leistungen – entweder als Erweiterung des Absatz 1 oder als Erweiterung des 2a mit verändertem Titel – sowie die Ergänzung des Gesetzestextes an folgenden Stellen:

In weiteren Schritten ist zu überlegen, wie Aspekte eine geschlechter-, lebenslagen- und altersgerechten Gesundheitsversorgung in wichtigen Bereichen wie z.B. der Aus-, Fort- und Weiterbildung von medizinischem Fachpersonal und in Verwaltungsstrukturen verankert werden können.

Vorschläge für die Verankerung von gender-, alters- sowie lebenslagenspezifischen Aspekten im SGB V

Originalgesetzestexte in Kursiv, Vorschläge unterstrichen, (Erläuterungen in Klammern)

§ 2 Leistungen

(1) (...) „Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnis zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.“ (...).

§ 2 a Leistungen an behinderte und chronisch kranke Menschen

Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen“

Vorschlag § 2

- Entweder in § 2 Absatz 1 nach ... *Fortschritt zu berücksichtigen.* einfügen: Sie haben gender-, alters- und lebenslagenspezifische (inklusive kulturspezifische) Unterschiede zu berücksichtigen.
- Oder aber § 2a erweitern durch eine Berücksichtigung unterschiedlicher Belange/Aspekte
§2a Berücksichtigung unterschiedlicher Belange
Bei der Ausarbeitung der Leistungen sowie deren Erbringung sind geschlechts- alters- und lebenslagenspezifische Aspekte zu berücksichtigen.
Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen“

§ 12 Wirtschaftlichkeitsgebot

(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. (...)

Vorschlag § 12

(1) Die Leistungen müssen, unter Berücksichtigung geschlechts- alters- und lebenslagenspezifischer Aspekte, ausreichend, zweckmäßig(...)

§ 20 Prävention und Selbsthilfe

- (1) (...) Die Spitzenverbände der Krankenkassen ...Kriterien für Leistungen nach Satz 1, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik.*
- (2) ...*

Vorschlag: § 20, Absatz 1

Nach ... *Inhalten und Methodik.* anfügen: Dabei sind geschlechts-, alters und lebenslagenspezifische Unterschiede sowie die Belange von behinderten und chronisch kranken Menschen zu berücksichtigen.

§ 92 Richtlinien der Bundesausschüsse

*(1) **Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt** die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten; dabei ist den besonderen Erfordernissen behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und psychisch Kranker Rechnung zu tragen; vor allem bei den Leistungen zur Belastungsprobe und Arbeitstherapie; (...)*

Vorschlag:

Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten, unter Berücksichtigung von gender- alters- und lebenslagenspezifischen Aspekten; dabei ist den besonderen Erfordernissen ...

§ 95 d Pflicht zur fachlichen Fortbildung

(1) Der Vertragsarzt ist verpflichtet, (...) Psychotherapie entsprechen. Sie müssen frei von wirtschaftlichen Interessen sein.

Vorschlag:

Nach ... *Psychotherapie entsprechen, und gender- alters- und lebenslagenspezifische Aspekte berücksichtigen. Ebenso sind Aspekte im Zusammenhang mit Behinderung oder chronischer Erkrankung zu berücksichtigen.*

§ 135 a Verpflichtung zur Qualitätssicherung

(1) Die Leistungserbringer sind ... Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

Vorschlag:

Nach ... Qualität erbracht werden. Sie müssen gender- alters- und lebenslagenspezifische Aspekte sowie die Belange behinderter und chronisch kranker Menschen berücksichtigen.

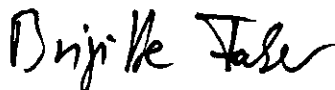
§ 137c Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 überprüft auf Antrag eines Spitzenverbandes der Krankenkassen ... Untersuchungs- und Behandlungsmethoden... unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnis erforderlich sind.

Vorschlag:

Nach ... medizinischen Erkenntnis erforderlich sind. Dabei sind gender- alters- und lebenslagenspezifische Aspekte sowie die Belange behinderter und chronisch kranker Menschen zu berücksichtigen.

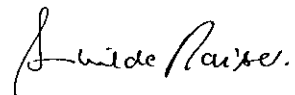
Berlin, 02. November 2006



Brigitte Faber
Mitglied des Vorstandes



Dr. Regine Rapp-Engels
Mitglied des Vorstandes



Brunhilde Raiser
Vorsitzende