



Stellungnahme der Deutschen Rheuma-Liga Bundesverband e. V. zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)

Allgemeine Einschätzung

Die Deutsche Rheuma-Liga unterstützt die Ziele der Bundesregierung, die Gesundheitsversorgung möglichst effizient zu gestalten und für alle Bürgerinnen und Bürger die soziale Sicherheit im Krankheitsfall zu gewährleisten.

Aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga enthalten die vorgesehenen Umsetzungswege bei den Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung positive Ansätze, unter anderem den Anspruch auf ein Versorgungsmanagement zur Vermeidung von Schnittstellenproblemen, die Verbesserung der Regelungen zur Beteiligung der Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung, die Einführung der geriatrischen Rehabilitation als Pflichtleistung und die Klarstellung für Regelungen zur Anerkennung von Praxisbesonderheiten. In den meisten Bereichen geht die konkrete Ausgestaltung nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga jedoch nicht weit genug. So muss zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit bereits vor der geriatrischen Rehabilitation der Zugang zur krankheitsspezifischen Rehabilitation verbessert werden und die Rehabilitation insgesamt eine Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherung werden. Auch sind immer noch keine Veränderungen der Bedarfsplanung vorgesehen, obwohl die Deutsche Rheuma-Liga immer wieder auf die Defizite der bisherigen Bedarfsplanung hinweist, die zu erheblichen Versorgungsdefiziten für rheumakranke Menschen führt.

Als problematisch wird die zunehmende Tendenz zu einzelvertraglichen Regelungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern gesehen, da diese zu einer weiteren Unübersichtlichkeit und fehlendem Zugang für chronisch Kranke führt.

Die Reform der Finanzierungswege für die Krankenversicherung ist nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga nicht gelungen, da das Ziel einer solidarischen Absicherung der Krankheitskosten durch alle gesellschaftlichen Gruppen mit dem Gesundheitsfonds nicht erreicht wird. Wesentliche Mehrkosten sind durch die Reform zu Lasten der gesetzlich Versicherten vorgesehen. Diese werden durch den Zusatzbeitrag, den die Krankenkassen erheben können, mit bis zu einem Prozent des Einkommens zusätzlich belastet. Besonders kritisch sieht die Deutsche Rheuma-Liga, dass ausgerechnet bei den Geringverdienern sogar mehr als ein Prozent des Einkommens erhoben wird, da ein Beitrag von bis zu 8 Euro pro Monat pauschal ohne Prüfung der Höhe des Einkommens eingezogen werden kann.

Als problematisch sieht die Deutsche Rheuma-Liga auch die an mehreren Stellen erfolgte Aufnahme eines Verschuldensprinzips als Maßstab für Finanzierungsentscheidungen in die Gesetzliche Krankenversicherung. So sollen die Versicherten an den Folgekosten bei medizinisch nicht indizierten Maßnahmen beteiligt werden und ein therapiegerechtes Verhalten bzw. die Wahrnehmung von Vorsorgemaßnahmen wird zum Entscheidungskriterium, ob chronisch Kranke die Überforderungsklausel von 1 % für Zuzahlungen in Anspruch nehmen können. Grundsätzlich sieht die Deutsche Rheuma-Liga zwar eine klare Verpflichtung der Betroffenen, an ihrer Krankheitsbewältigung und Gesundheitsvorsorge mit zu arbeiten. Die Bestrafung chronisch Kranker wird aber nicht als geeignete Maßnahme zur Erhöhung der Einsicht und Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit von Betroffenen gesehen.

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Zu § 5 SGB V-Entwurf

Die Bundesregierung begründet mit dem Gesetzentwurf eine Versicherungspflicht für Personen, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall haben. Damit soll sichergestellt werden, dass auch für die zunehmende Zahl der nicht Krankenversicherten die Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung möglich ist bzw. eine Krankenversicherung neu möglich ist, soweit eine andere Absicherung nicht gewährleistet ist.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt die geplante Regelung, da eine Absicherung im Krankheitsfall für alle gesellschaftlichen Gruppen gewährleistet sein muss.

Zu § 6 SGB V-Entwurf

Zukünftig sollen abhängig Beschäftigte erst dann versicherungsfrei sein, wenn ihr regelmäßiges Jahresarbeitsentgelt in drei aufeinander folgenden Jahren die Jahresarbeitsentgeltgrenze überstiegen hat. Auf diese Weise wird ein Wechsel der freiwilligen Versicherten in die private Krankenversicherung erschwert. Die Bundesregierung will auf diese Weise zur Stärkung des Solidarprinzips in der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen.

Die Deutsche Rheuma-Liga ist der Auffassung, dass die vorgesehene Regelung nicht weit genug geht. Mit der Gesundheitsreform sollte die Chance genutzt werden, die Krankenversicherung über alle Bevölkerungsschichten hinweg solidarisch zu finanzieren. Die in dem Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen behalten die Trennung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung aufrecht mit den damit verbundenen Problemen für die solidarische Finanzierung der Absicherung im Krankheitsfall. Einen Wechsel erst nach drei Jahren der Überschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze zu ermöglichen wird das Grundproblem der Abwanderung der besser Verdienenden in die privaten Krankenversicherungen nicht lösen. Hier muss nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga nachgebessert werden.

Zu § 11 Abs. 4 SGB V-Entwurf

Der Gesetzentwurf sieht einen neu eingeführten Anspruch der Versicherten auf ein Versorgungsmanagement zur Lösung von Schnittstellenproblemen beim Übergang zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen vor.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt ausdrücklich die vorgesehene Regelung. Schnittstellenprobleme werden von rheumakranken Menschen immer noch regelmäßig berichtet. Die vorgesehene Neuregelung kann dazu beitragen, diese zu verringern. Darüber hinaus sind Regelungen vorzusehen, wie die Schnittstellen mit anderen Sozialleistungsträgern, insbesondere der Deutschen Rentenversicherung Bund im Bereich der Rehabilitation ebenfalls verringert werden können.

Zu § 13 SGB V-Entwurf

Mit der Neuregelung entfällt die Pflicht der Krankenkassen, Versicherte zu beraten, bevor diese die Kostenerstattung wählen.

Die Deutsche Rheuma-Liga lehnt dies ab. Das Prinzip der Kostenerstattung führt für chronisch kranke Menschen zu einer hohen Belastung der Prüfung von Arztrechnungen und ggf. zu hohen Kosten, wenn die in Rechnung gestellten Beträge wesentlich über der Kostenerstattung der Krankenkassen liegen und die Betroffenen diese Zahlung übernehmen müssen. Die Beratungspflicht der Krankenkassen muss daher erhalten bleiben.

Aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga sollte statt der Wahlmöglichkeit einer Kostenerstattung eine verpflichtende Patientenquittung ohne zusätzliche Kosten für die Betroffenen eingeführt werden, damit diese über die Kosten ihrer Behandlung und über die vom Leistungserbringer abgerechneten Leistungen informiert sind.

Zu § 20 c SGB V-Entwurf

Der Gesetzentwurf sieht einen eigenen § 20 c zur Förderung der Selbsthilfe vor. Mit der Neuregelung soll die Förderung der Selbsthilfe gestärkt und weiter entwickelt werden. Insbesondere wird sichergestellt, dass das vorgesehene Fördervolumen nicht unterschritten wird, indem nicht verbrauchte Fördermittel zur Förderung im darauf folgenden Jahr zur Verfügung stehen müssen.

Im Hinblick auf das Verfahren wird eine Beteiligung der Spitzenorganisationen der Selbsthilfe an der Erstellung des Verzeichnisses der Krankheitsbilder, bei deren gesundheitlicher Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist, sowie bei der Erstellung der Grundsätze zu den Inhalten der Förderung und zur Verteilung der Fördermittel auf die verschiedenen Förderebenen und Förderbereiche vorgesehen. Es wird darüber hinaus festgelegt, dass die Förderung durch pauschale Zuschüsse und als Projektförderung erfolgen kann, um die pauschale Förderungsmöglichkeit zu stärken.

Im Bezug auf das Vergabeverfahren wird festgelegt, dass die Förderung auf der Landesebene und in den Regionen entsprechend dem Wohnort der Versicherten erfolgen soll. Hierdurch soll eine zielgerichtete Verwendung der Gelder erreicht werden. Außerdem wird festgelegt, dass mindestens 50 % der Fördermittel für kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung aufzubringen sind, und dass die Krankenkassen hierzu durch die Vertretung der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen beraten werden.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt grundsätzlich, dass der Förderung der Selbsthilfe mit dem Gesetzentwurf ein noch höherer Stellenwert zugewiesen wird. Besonders begrüßt wird die Regelung, dass die nicht ausgeschütteten Fördermittel im Folgejahr zur Verfügung gestellt werden müssen. Der bisherigen Praxis der Krankenkassen, nur einen Teilbetrag der verpflichtend festgelegten Beträge auszuschöpfen, wird damit endlich abgeholfen.

Eine Problematik wird darin gesehen, dass aufgrund der Organisationsreform zukünftig der Spitzenverband Bund der Krankenkassen über die Förderung der Selbsthilfe allein entscheiden wird. Die Selbsthilfeorganisationen werden damit auf Bundesebene von der Förderung allein durch einen Zuwendungsgeber abhängig.

Zu § 31 SGB V-Entwurf

Mit der Gesetzesänderung wird ein Höchstbetrag für innovative Arzneimittel eingeführt. Wenn der Preis des Arzneimittels den Erstattungshöchstbetrag übersteigt, hat zukünftig der Versicherte die Mehrkosten zu tragen.

Grundsätzlich unterstützt die Deutsche Rheuma-Liga das Bemühen der Bundesregierung, im Bereich der Arzneimittel die zusätzliche Kostenbelastung bei innovativen Medikamenten in ein angemessenes Verhältnis zum medizinischen Zusatznutzen zu stellen. Es ist jedoch zu befürchten, dass die Festlegung des Nutzens ohne Berücksichtigung der patientenrelevanten Faktoren erfolgt. So müssen aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga auch Innovationen als Fortschritt erstattungsfähig bleiben, bei denen der Zusatznutzen im Bereich der einfacheren Anwendung (z.B. Möglichkeit des Selbstspritzens gegenüber zeitraubenden Infusionen) oder der Nebenwirkungsreduktion liegen. In diesen Bereichen haben Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses bisher zum Teil die Patientenperspektive nicht ausreichend berücksichtigt. Dies würde in Kombination mit der neuen Höchstpreisregelung dazu führen, dass Patienten, die ein neues Präparat aufgrund der einfacheren Anwendung nutzen wollen, dieses zukünftig teilweise selbst bezahlen müssten. Dies ist aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga nicht akzeptabel.

Zu § 33 SGB V-Entwurf

Mit der Neuregelung des § 33 wird die Versorgung mit Hilfsmitteln in der Regel auf solche Hilfsmittel beschränkt, deren Hersteller Verträge mit den Krankenkassen abgeschlossen haben. Die Krankenkassen sollen zukünftig vor dem Abschluss von Verträgen Ausschreibungen vornehmen. Wenn Versicherte einen anderen Leistungserbringer wählen, mit dem ihre Krankenkasse keinen Vertrag abgeschlossen hat, müssen sie die entstehenden

Mehrkosten selbst tragen. An der bisherigen Regelung, dass allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens nicht erstattungsfähig sind, wird nichts geändert.

Die Deutsche Rheuma-Liga kritisiert die vorgesehene Regelung zur Ausschreibung von Hilfsmitteln. Es ist zu befürchten, dass zukünftig allein der Preis und nicht mehr die Qualität des Hilfsmittels bei der Vertragsgestaltung der Krankenkassen berücksichtigt werden, auch wenn im Gesetzestext ausdrücklich auf die Qualitätsanforderungen verwiesen wird. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass auch bei einem berechtigten Interesse der Betroffenen die Mehrkosten durch den Versicherten zu tragen sind. Die Wahlfreiheit der Betroffenen wird damit abhängig von den finanziellen Möglichkeiten. Dies ist nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga nicht akzeptabel. Bereits heute decken die Festbeträge nicht in allen Fällen die erforderlichen Kosten für Hilfsmittel. Diese Tendenz würde sich weiter verstärken und damit zusätzliche Kosten für chronisch rheumakranke Menschen verursachen, die nicht in die Überforderungsklausel von 1 % eingehen.

Darüber hinaus ist nichts an der problematischen Regelung geändert worden, dass Hilfsmittel des alltäglichen Gebrauchs nicht erstattungsfähig sind. Rheumakranke Menschen benötigen eine Vielzahl von Hilfsmitteln des alltäglichen Gebrauchs, die regelmäßig wesentlich teurer sind, als vergleichbare Gebrauchsgegenstände für nicht behinderte Menschen. Die behinderungsbedingten Mehrkosten müssen nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga durch die Krankenkassen erstattungsfähig werden.

Zu § 35 b SGB V-Entwurf

Mit der Regelung wird die vorgesehene Nutzenbewertung durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen in eine Kosten-Nutzen-Bewertung erweitert.

Dabei muss nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga sichergestellt werden, dass bei alternativlosen Arzneimitteln die Kosten auf jeden Fall übernommen werden. Darüber hinaus muss sichergestellt werden, dass die Patientenbeteiligung nach § 139 a eine Einbeziehung der relevanten Organisationen für die jeweiligen Erkrankungen bei dieser Kosten-Nutzenbewertung direkt sicherstellt und nicht nur eine Einbeziehung der Dachverbände vorgesehen wird.

Zu § 37b SGB V-Entwurf

Neu eingeführt wird mit dem Gesetzentwurf ein Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt die Aufnahme der ambulanten Palliativversorgung in den Versorgungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen. Für Menschen mit schwersten rheumatischen Erkrankungen, die in seltenen Fällen trotz medizinischer Behandlung zum Tode führen, ist die Sicherung der ambulanten Palliativbehandlung ein wesentlicher Fortschritt zur Verbesserung der Lebensqualität in den letzten Lebensmonaten.

Zu § 40 SGB V-Entwurf

Versicherte können nach dem Gesetzentwurf bei einer Rehabilitationsmaßnahme auch eine zertifizierte Einrichtung wählen, mit der ihre Krankenkasse keinen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, müssen dann aber die dadurch entstehenden Mehrkosten tragen.

Bereits jetzt besteht nach § 9 SGB IX ein Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten im Hinblick auf die Entscheidung über die Leistungen und die Ausführung der Leistungen. Das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten wird bisher durch die Krankenkassen nicht angemessen umgesetzt. Immer noch werden Rheumapatienten entgegen deren Wünschen in nicht qualifizierte Einrichtungen zur Rehabilitation geschickt, nur weil die Krankenkasse mit der entsprechenden Einrichtung einen Vertrag hat.

Die Durchsetzung des Wunsch- und Wahlrechtes der Betroffenen ist nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga dringend erforderlich. Durch die nun vorgesehene Neuregelung im § 40 SGB V wird aber den Versicherten die Kostenpflicht für ggf. entstehende Mehrkosten bei einer Einrichtung, mit der kein Versorgungsvertrag besteht, auferlegt. Statt die Krankenkassen zu verpflichten, das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten tatsächlich umzusetzen, wird eine Quelle zusätzlicher finanzieller Belastungen für die Betroffenen eingerichtet, wenn diese sicherstellen, dass ihre Behandlung in einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung durchgeführt wird. Die Deutsche Rheuma-Liga fordert die Bundesregierung daher auf, die Kostenpflicht für die Nutzung geeigneter Einrichtungen nicht einzuführen.

Die Neuregelung des § 40 sieht außerdem vor, dass ambulante Rehabilitation nicht nur in wohnortnahen Einrichtungen, sondern auch als mobile Rehabilitationsleistung erbracht werden können.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt die Öffnung für die mobilen Rehabilitationsleistungen. Dieses Angebot wird vor allem nicht mobilen und pflegeabhängigen Betroffenen die Möglichkeit zu einer fachgerechten Rehabilitation ermöglichen. Dabei muss jedoch sichergestellt werden, dass nicht Leistungen, die in stationären Einrichtungen erbracht werden sollten, künftig im Rahmen der ambulanten aufsuchenden Rehabilitation erbracht werden. Dies muss im Gesetzentwurf ausgeschlossen werden, indem eine deutliche Nachrangigkeit der mobilen Rehabilitation gegenüber den beiden anderen Rehabilitationsformen vorgesehen wird.

Zu § 40 a SGB V-Entwurf

Mit dem Gesetzentwurf wird ein Rechtsanspruch auf Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation eingeführt.

Nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga ist grundsätzlich zu befürworten, dass Rehabilitationsleistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden. Für die rheumatischen Erkrankungen muss dies jedoch über den Bereich der geriatrischen Rehabilitation hinausgehen. Um Pflegebedürftigkeit bei rheumatischen Erkrankungen zu vermeiden bzw. hinauszuzögern und eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu erhalten, müssen Rehabilitationsleistungen

bereits wesentlich früher durchgeführt werden. Nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga sollte gerade aufgrund der Neugestaltung der Finanzierung und der absehbaren Versuche der Krankenkassen, auf jeden Fall die Erhebung eines Zusatzbeitrages zu vermeiden, die Rehabilitationsleistungen auch bei chronischen Erkrankungen als Pflichtleistung gefasst werden.

Zu § 52 SGB V-Entwurf

Mit der Neuregelung des § 52 Abs. 2 wird ein Verschuldensprinzip für die Folgen medizinisch nicht indizierter Maßnahmen in die gesetzliche Krankenversicherung eingeführt. Dabei wird im Gesetzestext z. B. auf ästhetische Operationen, eine Tätowierung oder ein Piercing abgestellt.

Aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga ist die Aufnahme eines Verschuldensprinzips über den Vorsatz hinaus klar abzulehnen. Die Formulierung im Gesetzestext zeigt bereits, dass über die drei genannten Bereiche der ästhetischen Operationen, der Tätowierung und des Piercings hinaus weitere Maßnahmen einbezogen werden können. Die vorgesehene Regelung öffnet Tür und Tor für Versuche der Krankenkassen, die Regelung auch auf andere aus ihrer Sicht nicht indizierte Leistungen auszuweiten. Aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga darf eine Einführung des Verschuldensprinzips nicht erfolgen.

Zu § 53 SGB V-Entwurf

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz sollen den Krankenkassen umfassende Möglichkeiten für Wahltarife eingeräumt werden. Hierzu gehören u.a. Selbstbehalte und das Kostenerstattungsprinzip.

Nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga dürfen keine Wahltarife eingeführt bzw. fortgeführt werden, die die solidarische Finanzierungsgrundlage der gesetzlichen Krankenversicherung durchbrechen. Hierzu gehören in erster Linie die vorgesehenen Selbstbehalte. Diese sollten ersatzlos gestrichen werden.

Zu § 62 SGB V-Entwurf

Mit den Neuregelungen des § 62 SGB V sollen Versicherte zur Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen verpflichtet werden. Auch soll die Mitarbeit chronisch kranker Menschen an der Behandlung dadurch sichergestellt werden, dass die Überforderungsklausel nur dann greift, wenn der Arzt ein therapiegerechtes Verhalten des Versicherten feststellt. Dies kann z. B. durch die Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm nachgewiesen werden.

Die Deutsche Rheuma-Liga unterstützt grundsätzlich die Verpflichtung von Betroffenen, an ihrer Behandlung mitzuarbeiten und Vorsorgemaßnahmen wahrzunehmen. Aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga darf dies jedoch nicht dazu führen, dass Betroffene, die Vorsorgeuntersuchungen nicht wahrgenommen haben bzw. sich nicht in ein strukturiertes Behandlungsprogramm einschreiben, durch zusätzliche Kosten bestraft werden. Aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga müssten hier klare Bonusstrukturen eingeführt wer-

den. Eine Verpflichtung zur Wahrnehmung kostenpflichtiger Vorsorgeuntersuchungen darf auf keinen Fall erfolgen.

Mit der vorgesehenen Regelung würde das Arzt-Patienten-Verhältnis eine weitere hohe Belastung erfahren. Grundsätzlich widerspricht das vorgesehene Verfahren allen neueren Ansätzen des Shared-Decision-Making zwischen Arzt und Patient. Das Konzept stellt allein auf die Anweisung des Arztes und die Verpflichtung des Betroffenen, diese zu befolgen, ab. Nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga ist diese Regelung grundsätzlich nicht geeignet, um eine gemeinsame Entscheidungsfindung in der Behandlung und den Willen der Betroffenen zur Mitarbeit zu fördern.

Zu § 73 b SGB V-Entwurf

Mit dem Gesetzentwurf wird festgelegt, dass die Krankenkassen ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung anzubieten haben. Die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung soll für die Versicherten freiwillig sein.

Aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga ist sicherzustellen, dass die Angebote zur hausarztzentrierten Versorgung auch langfristig freiwillig bleiben. Hier ist kritisch anzumerken, dass auch die Einführung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) als freiwillig für die Versicherten deklariert wurde, jetzt aber mit dem Gesetzentwurf finanzielle Nachteile für die Versicherten eingeführt werden sollen, wenn sie nicht an den vorhandenen DMPs teilnehmen, da sie dann nicht auf die reduzierte Überforderungsklausel zurückgreifen können.

Zu § 73c SGB V-Entwurf

Der neu gefasste § 73c SGB V ermöglicht den Krankenkassen den Abschluss von Selektivverträgen mit einzelnen Leistungserbringern, Gemeinschaften von Leistungserbringern oder Kassenärztlichen Vereinigungen.

Aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga ist grundsätzlich der Abschluss von speziellen Versorgungsverträgen zur Förderung des Qualitätswettbewerbes unter den Leistungserbringern positiv zu bewerten. Die mit dem Gesetzentwurf vorgesehene Ausrichtung auf einen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen wird nicht für sinnvoll erachtet, da auf diese Weise das System der Gesundheitsversorgung für chronisch kranke Menschen noch weiter unverständlich und unübersichtlich wird. Insgesamt ist festzustellen, dass das System der Gesundheitsversorgung für chronisch kranke Menschen kaum noch durchschaubar ist. Mit der jetzt geplanten Regelung würde diese Tendenz noch weiter verschärft, was vor allem zu Problemen für ältere und krankheitsbedingt stark eingeschränkte Versicherte führen wird.

Auch kann die Situation entstehen, dass Betroffene aufgrund spezieller Versorgungsangebote ihrer Krankenkassen nicht in der Lage sind, die Kasse aufgrund der Erhebungen des Zusatzbeitrages zu wechseln. Auf diese Weise wird speziell für chronisch Kranke der Wechsel zu einer günstigeren Krankenkasse mit Versorgungsdefiziten verbunden.

Zu § 73d SGB V-Entwurf

Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass bei der Verordnung von besonderen Arzneimitteln ein speziell qualifizierter Arzt eine Zweitmeinung abgeben muss. In der Gesetzesbegründung wird ausdrücklich auf die bei Autoimmunerkrankungen eingesetzten Biologica verwiesen.

Aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga ist grundsätzlich gegen ein Zweitmeinungsverfahren bei besonders hochpreisigen Arzneimitteln nichts einzuwenden. Die Deutsche Rheuma-Liga befürchtet jedoch, dass aufgrund der fehlenden Zahl von Rheumatologen durch die geplante Neuregelung zusätzliche Engpässe in der Versorgung entstehen werden, da bereits jetzt die Wartezeiten für einen Termin beim Rheumatologen zum Teil über 6 Monate betragen. Wenn diese unhaltbare Situation noch durch Zweitmeinungsverfahren verschärft wird, wird dies der Versorgung weiteren Schaden zufügen. Auch muss sichergestellt werden, dass eine ausreichende Zahl von besonders qualifizierten Ärzten verfügbar ist, was für den Bereich der Rheumatologie kaum leistbar sein wird, da bereits jetzt in Teilen der östlichen Bundesländer kaum noch Rheumatologen praktizieren.

Darüber hinaus wäre bei der Einführung solcher Verfahren sicherzustellen, dass für die Patienten keine zusätzlichen Kosten, z. B. durch erneute Zahlungen von Praxisgebühren im neuen Quartal und zusätzliche Fahrtkosten anfallen.

Als positiv gewertet wird die Einbeziehung der besonderen Arzneimittel in die Praxisbesonderheiten, die bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit berücksichtigt werden. Hier hat es in der Vergangenheit immer wieder Probleme gegeben, die die Versorgung mit innovativen Medikamenten beeinträchtigt hat.

Zu §§ 85, 85 a und b SGB V-Entwurf SGB V-Entwurf

Der Gesetzentwurf sieht auch eine Neuregelung im Hinblick auf die Gesamtvergütung vor. So wird eine Euro-Gebührenordnung eingeführt, bei der auch regionale Zu- und Abschläge aufgrund von Über-/Unterversorgung ermöglicht werden. Die Festlegung erfolgt auf Landesebene unter Einbeziehung der Vorgaben des Bewertungsausschusses des Spitzenverbandes der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Die Zu- und Abschläge können nur regional gegeben und nicht auf Arztgruppen bezogen werden.

Die Deutsche Rheuma-Liga unterstützt grundsätzlich eine gerechtere und den Versorgungsnotwendigkeiten angepasste Vergütung von Ärzten. Sie begrüßt alle Maßnahmen, die zum Abbau von regionaler Unterversorgung mit Ärzten führen kann.

Problematisch ist an den vorgesehenen Regelungen aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga jedoch, dass die Festlegung der Gesamtvergütung aufgrund der derzeit erfolgten Behandlungsfälle mit einer Einbeziehung der Änderung der morbiditätsbedingten Leistungsmenge festgelegt werden soll. Im Bereich der Rheumatologie ist eine massive Unterversorgung im fachärztlichen Bereich derzeit festzustellen. Mit der Festschreibung der Euro-Gebührenordnung auf das derzeitige Leistungsvolumen wird für diesen Bereich die Unterversorgung festgeschrieben. Hier müssen dringend Nachbesserungen vorgenommen werden.

Die Einbeziehung von Morbiditätsdaten in die Festlegung der Gesamtvergütung wird unterstützt. Hier ist jedoch nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga bei der Festlegung des Verfahrens zur Bestimmung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur eine Patientenbeteiligung an den Entscheidungen des Bewertungsausschusses dringend vorzuschreiben. Da der Bewertungsausschuss auch die Möglichkeiten zu regionalen Zu- und Abschlägen aufgrund unterschiedlicher Versorgungsstrukturen festlegt, ist eine Patientenbeteiligung elementar.

Bei der Festlegung von Regelleistungsvolumina müssen nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga über die Arztgruppen hinaus auch die Schwerpunktbereiche differenziert werden. Der Aufwand ist bei verschiedenen Schwerpunkten, z. B. im Bereich der inneren Medizin, unter Umständen wesentlich unterschiedlich. Wenn diese z. B. für allgemein tätige Internisten und Rheumatologen gleich sind und die Morbidität alleine aufgrund von Alter und Geschlecht bestimmt wird, sind hier erhebliche Verwerfungen zu befürchten, die sich negativ auf die Honorarsituation der Ärzte in einzelnen Schwerpunktbereichen auswirken wird, was in der Folge wiederum zu Versorgungsdefiziten der Versicherten führt.

Die für die Festlegung der Morbiditätsstruktur der Versicherten erforderliche Datenlage führt außerdem nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga zu nicht akzeptablen Weitergaben nicht anonymisierter Versichertendaten. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen im § 85a Abs. 6 sind nicht geeignet, die Daten der Versicherten zu schützen. Hier müssen dringend Nachbesserungen erfolgen.

Zu § 87 SGB V-Entwurf

Mit dem Gesetzentwurf wird dem Bewertungsausschuss von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und dem Spitzenverband der Krankenkassen auf Bundesebene die Aufgabe zugeteilt, einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztliche Vergütung festzulegen. Dabei sollen auch unterschiedliche Orientierungswerte für die Leistungen im Regelfall, bei Unterversorgung oder bei Überversorgung erarbeitet werden.

Die Deutsche Rheuma-Liga hat bereits mehrfach darauf hingewiesen, dass die Feststellung von Unterversorgung, wenn sie allein auf die übergeordneten Arztgruppen und nicht auf die Schwerpunktbezeichnungen der Ärzte ausgerichtet sind, zu keinen verlässlichen Ergebnissen führt. Wenn mit dem neuen Gesetzentwurf auch die Vergütung der Ärzte an die Feststellung von Unter- bzw. Überversorgung geknüpft wird, würde die bereits jetzt katastrophale Versorgungssituation Rheumakranker, die unter anderem auch auf die fehlende Spezifizierung der Bedarfsplanung im Hinblick auf die Schwerpunkte der Ärzte zurückzuführen ist, noch weiter verschlechtert. Auch wenn grundsätzlich die Idee, durch Zu- und Abschläge Anreize für die Niederlassung in unterversorgten Regionen zu geben, positiv gesehen wird, ist bei der derzeitigen Anbindung an die Bedarfsplanung eine weitere Verschlechterung der Versorgungslage absehbar.

Zu § 91 SGB V-Entwurf

Mit dem Gesetzentwurf wird eine Neuorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses vorgesehen. Die ehrenamtlichen Mitglieder von KBV, DKG und Krankenkassen werden durch hauptamtliche Mitglieder im Beschlussgremium ersetzt.

Aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga ist die vorgesehene Professionalisierung der Entscheidungsstrukturen unter Beibehaltung der Ehrenamtlichkeit von Patientenvertretern nur dann akzeptabel, wenn die entsendenden Organisationen der Patientenvertreter eine strukturelle und finanzielle Unterstützung erhalten. Andernfalls wird das Informations- und Beteiligungsgefälle zwischen den hauptamtlichen Mitarbeitern und den Patientenvertretern noch weiter verschärft.

Zu § 101 SGB V-Entwurf

Der Gesetzentwurf sieht keine Veränderung im Hinblick auf die Grundlagen zur Bestimmung von Überversorgung vor.

Die Deutsche Rheuma-Liga weist immer wieder darauf hin, dass die derzeitige Praxis der Bedarfsplanung einer angemessenen Versorgung rheumakranker Menschen nicht gerecht wird, da nicht die Schwerpunkte, sondern lediglich die Arztgruppen berücksichtigt werden. Hier müssen dringend Änderungen am Gesetzentwurf vorgenommen werden, die klarstellen, dass für alle Schwerpunkte von Ärzten eigene Verhältniszahlen festgelegt werden müssen.

Zu § 106 Abs. 5 a SGB V-Entwurf

Der Gesetzentwurf sieht eine Neuregelung der Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung vor. Dabei soll u. a. auch das Verfahren zur Anerkennung von Praxisbesonderheiten klar gestellt und vereinfacht werden.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt diese geplante Änderung, da es in der Vergangenheit immer wieder regionale Probleme bei der Anerkennung von Praxisbesonderheiten gegeben hat.

Zu § 116 b SGB V-Entwurf

Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass zukünftig die ambulante Behandlung in Krankenhäusern ermöglicht werden soll, wenn dies im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes vorgesehen ist. Hierfür soll eine einvernehmliche Bestimmung mit allen an der Krankenhausplanung beteiligten erreicht werden.

Aus Sicht der Deutschen Rheuma-Liga ist es zu begrüßen, dass die Bundesregierung die bisher unbefriedigende Umsetzung des § 116 b zum Anlass genommen hat, die Verfahren zu ändern. Es ist jedoch zu befürchten, dass die Beauftragung der Landeskrankenhauspläne erneut eine Zeitverzögerung mit sich bringen wird, da die Ländereinrichtungen bisher nur punktuell mit diesem Thema befasst waren. Auch ist auf jeden Fall sicherzu-

stellen, dass bei der Landeskrankenhausplanung eine angemessene Patientenbeteiligung realisiert wird.

Zu § 132 a-c SGB V-Entwurf

Mit dem Gesetzentwurf wird für die Bereiche der häuslichen Krankenpflege, der Soziotherapie und der sozial-medizinischen Nachsorgemaßnahmen auf gemeinsame Richtlinien auf Bundesebene verzichtet. Dies wird nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga dazu führen, dass in den einzelnen Bundesländern und Regionen sehr unterschiedliche Regelungen angewendet werden, die nicht einer gleichmäßigen Versorgungsqualität dienen. Die Regelungen müssen daher nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga weiterhin auf Bundesebene festgelegt werden.

Zu § 133 SGB V-Entwurf

Im Gesetzentwurf sind pauschale Abschläge für die Erbringer von Fahrdiensten vorgesehen.

Hier wird nicht überprüft, ob der Ausgabenanstieg im Bereich der Fahrtkosten aufgrund einer veränderten Versorgungssituation entstanden ist. Pauschale Abschläge ohne inhaltliche Begründungen können nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga kein geeignetes Mittel zur Steuerung der Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung sein.

Zu § 135 SGB V-Entwurf

Mit dem Gesetzentwurf wird für den Gemeinsamen Bundesausschuss eine Frist von 6 Monaten gesetzt, innerhalb derer eine Beschlussfassung zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden erfolgt sein muss. Wenn dies nicht der Fall ist, kann die Leistung nach Ablauf weiterer 6 Monate zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt die vorgesehene Regelung, da in der Vergangenheit immer wieder der Eindruck entstanden ist, dass der Gemeinsame Bundesausschuss die Entscheidung unnötig verzögert hat und damit neue Methoden nicht zügig in die Versorgung einbezogen wurden. Entsprechende Fristen sollten auch für die Bearbeitung des Gemeinsamen Bundesausschusses in anderen Versorgungsbereichen eingeführt werden, z.B. bei Präventionsmaßnahmen.

Zu § 139 SGB V-Entwurf

Der Gesetzentwurf sieht eine Neuregelung des Hilfsmittelverzeichnisses und der Qualitätssicherung bei der Hilfsmittelversorgung vor. Dabei wird auch klargestellt, dass der Leistungsanspruch der Versicherten durch das Hilfsmittelverzeichnis nicht abschließend konkretisiert wird.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt diese Klarstellung, da in der Vergangenheit mit Verweis auf das Hilfsmittelverzeichnis notwendige Hilfsmittel nicht durch die Krankenkassen finanziert worden sind.

Zu § 139 a SGB V-Entwurf

Der Gesetzentwurf sieht im Hinblick auf das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen vor, dass zukünftig über die Nutzenbewertung hinaus eine Kosten-Nutzen-Bewertung durchgeführt wird. Der Arbeitsauftrag wird außerdem auf die Diagnostik und Therapie von Krankheiten mit erheblicher epidemiologischer Bedeutung erweitert. Im Hinblick auf das Verfahren wird festgelegt, dass die Patientenorganisationen Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben wird.

Die Deutsche Rheuma-Liga weist darauf hin, dass die Ausweitung des Arbeitsauftrages des IQWiG dann mit erheblichen Problemen für die Versorgung verbunden sein wird, wenn das IQWiG weiterhin die Praxis beibehält, lediglich Studien mit sehr hohen Evidenzklassen in der Bewertung zu berücksichtigen. Dies wird der Versorgung in vielen Bereichen nicht gerecht, in denen randomisierte und kontrollierte Studien nicht oder nur unter Einschränkung möglich sind. Das Verfahren des IQWiG muss daher internationalen Gepflogenheiten angepasst werden, auch Erfahrungen aus der Versorgung und Versorgungsstudien mit einzubeziehen, die geringere Evidenzklassen aufweisen. Andernfalls ist mit erheblichen Problemen für die Versorgung zu rechnen. Bei der Patientenbeteiligung muss sichergestellt sein, dass hier nicht nur die Dachverbände bei der Anhörung beteiligt werden, sondern vor allem die diagnosespezifisch relevanten Organisationen gehört werden.

Zu § 140 a SGB V-Entwurf

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass zukünftig Verträge der integrierten Versorgung eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen sollen.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt grundsätzlich die vorgesehene Regelung. Dabei muss jedoch sichergestellt werden, dass erfolgreiche kleinere Projekte zur Verbesserung der Versorgung rheumakrankter Menschen nicht aufgrund der Neuregelung eingestellt werden. Außerdem sollte sichergestellt werden, dass die Ziele der integrierten Versorgungsverträge sowie die darin vorgesehenen Maßnahmen öffentlich zugänglich gemacht werden, damit eine höhere Transparenz für die Betroffenen erreicht werden kann. Hierzu ist eine zentrale Aufbereitung dieser Informationen, z. B. im Internet, zu realisieren.

Zu § 140f SGB V-Entwurf

Im Gesetzentwurf wird das Recht der Organisationen von Patienten, Anträge im Rahmen der Beteiligung an Entscheidungen im Gesundheitswesen zu stellen u. a. auf die Erweiterung der Liste von seltenen Erkrankungen, Erkrankungen mit speziellen Behandlungsverläufen und hochspezialisierten Leistungen sowie auf Qualitätssicherungsmaßnahmen ausgedehnt.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt die vorgesehene Ausweitung der Beteiligungsrechte. Nach Auffassung der Deutschen Rheuma-Liga müssen darüber hinaus dringend Beteiligungen von Patientenorganisationen an der Landeskrankenhausplanung sowie an den Entscheidungen des Bewertungsausschusses realisiert werden. Dies gilt insbesondere, da dem Bewertungsausschuss durch die Festlegung der Kriterien für die Berechnung der Morbiditätsstruktur mit dem Gesetzentwurf neue Aufgaben zugewiesen werden. Hier muss dringend die Information der Patientenorganisationen zu den Versorgungssituationen mit berücksichtigt werden.

Zu § 242 SGB V-Entwurf

Der Gesetzentwurf sieht eine neue Struktur der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung vor. Es wird ein Gesundheitsfonds eingerichtet, wobei für den allgemeinen Beitragssatz die Festlegung durch die Bundesregierung erfolgt. Darüber hinaus können die Krankenkassen einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag erheben, der auf maximal 1 % der beitragspflichtigen Einnahmen des Versicherten begrenzt ist. Sofern der monatliche Zusatzbeitrag den Betrag von 8 € nicht übersteigt, kann die Krankenkasse diesen ohne Prüfung der Höhe der Einnahmen des Mitglieds einziehen. Wenn die Zuweisungen aus dem Fonds den Finanzbedarf einer Krankenkasse übersteigen, kann die Krankenkasse Prämien an ihre Mitglieder auszahlen.

Die Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband wehrt sich entschieden gegen die Einführung eines allein von den Versicherten zu tragenden Zusatzbeitrages. Mit dem Zusatzbeitrag wird ein weiterer Schritt aus der Paritätischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung durch Arbeitgeber und Versicherte hinaus getan. Der Zusatzbeitrag würde außerdem insbesondere die Bezieher sehr kleiner Einkommen benachteiligen, deren Einkommen unterhalb von 800 € liegen. Ausgerechnet bei dieser Gruppe der Geringverdiener kann der Zusatzbeitrag oberhalb von 1 % der Einnahmen liegen.

Die Deutsche Rheuma-Liga weist außerdem darauf hin, dass es eine absehbare strukturelle Folge des Zusatzbeitrages ist, dass die Krankenkassen erhebliche Einsparanstrengungen ausüben werden, um die Erhebung eines Zusatzbeitrages zu vermeiden. Hierbei sind besonders die Kann-Leistungen, wie die Rehabilitation, gefährdet. Es ist daher zu befürchten, dass sich durch den Zusatzbeitrag auch die Versorgung chronisch kranker Menschen verschlechtern wird.

Für unverantwortlich hält die Deutsche Rheuma-Liga außerdem die Möglichkeit, dass Krankenkassen Prämien an ihre Mitglieder zahlen können, wenn sie mit geringeren Ausgaben auskommen. Auf diese Weise wird die solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen weiter untergraben.

Zu § 266 SGB V-Entwurf

Aus dem Gesundheitsfonds erhalten die Krankenkassen nach dem Gesetzentwurf Zuweisungen zur Deckung ihrer Ausgaben. Die Zuweisungen setzen sich aus einer Grundpauschale sowie alters-, geschlechts- und risikoattestierten Zu- und Abschlägen zum Ausgleich der unterschiedlichen Risikostrukturen zusammen.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt grundsätzlich, dass mit dem Gesetzentwurf ein grundlegender morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich eingeführt wird.

Zu § 268 SGB V-Entwurf

Die Gestaltung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich wird über die Frage entscheiden, ob gesetzliche Krankenversicherungen, die viele chronisch kranke Mitglieder haben, mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds auskommen werden oder ob diese Kassen einen Zusatzbeitrag erheben müssen. Bei der Festlegung der Morbiditätsgruppen sollen 50-80 Krankheiten, insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf, speziell berücksichtigt werden.

Experten bezweifeln, ob die Zahl der Erkrankungen ausreichend sein wird, um die Morbiditätsstruktur tatsächlich abdecken zu können. Die Deutsche Rheuma-Liga fordert die Bundesregierung daher auf, vor dem Beschluss über den Risikostrukturausgleich, der mit einer Rechtsverordnung erfolgen soll, die Organisationen der Patientenselbsthilfe anzuhören. Die derzeitige Konzeption birgt vor allem die Gefahr, dass Krankenkassen, die eine hohe Zahl von Betroffenen mit Krankheiten als Mitglieder haben, die im Hinblick auf die Kostenverursachen im mittleren Bereich liegen, erhebliche finanzielle Probleme bekommen werden. Dies könnte z.B. für Betroffene mit Arthrosen gelten.

Zu § 275 SGB V-Entwurf

Der Gesetzentwurf sieht eine Neuregelung der Arbeit des medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) vor. U. a. wird für die Prüfung der Notwendigkeit von Rehabilitations- und Vorsorgemaßnahmen eine Stichprobenprüfung durch den MDK vorgesehen, statt der bisherigen regelmäßigen Prüfung.

Die Deutsche Rheuma-Liga unterstützt die Absicht der Bundesregierung, Bürokratie abzubauen und den Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen zu verbessern.

Zu § 15 SGB XI-Entwurf

Mit dem Gesetzentwurf wird im Bereich der Pflegeversicherung die Berücksichtigung von Zeitaufwand für erforderliche Leistung der Behandlungspflege bei der Begutachtung vorgesehen.

Die Deutsche Rheuma-Liga kritisiert, dass nach der vorgesehenen Regelung kein Wahlrecht für die Betroffenen vorgesehen wird, das es ermöglicht zu wählen, ob die Behandlungspflege als Teil der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Pflegeversicherung erbracht werden soll. Es ist sicherzustellen, dass Betroffene die Leistungen der Behandlungspflege auf ihren Wunsch hin im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung weiter erhalten können. Dies ist vor allen Dingen für notwendige Leistungen im Anschluss an Rehabilitationsmaßnahmen und stationäre Aufenthalte von hoher Bedeutung, wenn durch die häusliche Krankenpflege die Notwendigkeit einer stationären Betreuung vermieden werden kann, aber die Eingangsvoraussetzung von einer mehr als sechs Monate bestehenden Pflegebedürftigkeit für die Pflegeversicherung nicht erfüllt

sind. Die vorgesehene Regelung bringt die Gefahr mit sich, dass weiterhin Pflegeversicherung und Krankenversicherung die Kostentragungsverpflichtung jeweils mit Verweis auf die Leistungspflicht der anderen Versicherung von sich weisen.

Zu § 62b SGB XI-Entwurf

Nach dem Gesetzentwurf können die Pflegeeinrichtungen den Verträgen zur Integrierten Versorgung beitreten bzw. eigene Verträge zur Integrierten Versorgung abschließen.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt diese Einbeziehung von Pflegebedürftigen in die Integrierte Versorgung.

Zu § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Mit dem Gesetzentwurf sollen für Patienten mit außerordentlichen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen, die im DRG-System bisher zu extrem hohen Kostenunterdeckungen der Krankenhäuser führen, geeignete Vergütungsformen entwickelt werden.

Die Deutsche Rheuma-Liga begrüßt diese Regelung, da die DRG's in Einzelfällen keine geeigneten Kostendeckungspauschalen für schwerwiegende Fälle vorgesehen haben und dies insbesondere bei Universitätskliniken und Kliniken der Maximalversorgung zu erheblichen Finanzierungsproblemen geführt hat.