

EINSCHÄTZUNG ZU DEN KONSENSGESPRÄCHEN ZUR GESUNDHEITSREFORM

Mittwoch, 30. Juli 2003

Angesichts der unsäglichen Kompromisse, die CDU/CSU, SPD, B90/Die Grünen und die FDP in den sogenannten Konsensgesprächen verhandelt haben, sehen wir es als unsere Pflicht an, PatientInnen und Krankenversicherte mit unserer Einschätzung der „Eckpunkte der Konsensverhandlungen zur Gesundheitsreform“ vom 21.7.03 zu konfrontieren. Unsere Einschätzung zu dem Kompromisspapier jeweils in kursiv.

1. Stärkung der Patientensouveränität durch Transparenz, Wahlmöglichkeit und Beteiligungsrechte

1.1. Einführung einer Patientenquittung: Die Patienten erhalten auf Verlangen eine Kosten- und Leistungsinformation in verständlicher Form vom Arzt, Zahnarzt oder Krankenhaus.

Eine alte Forderung der Patientenberatungsstellen, die nun mit völlig neuer Absicht daherkommt, geht es doch jetzt darum, Einsparungen zu erzielen, den PatientInnen ein „Kostenbewusstsein“ für ihre Erkrankungen beizubringen. Ein unwirksames Instrument, wenn das Quittieren durch PatientInnen nicht Voraussetzung für die Abrechnung des Arztes mit der Kassenärztlichen Vereinigung ist.

1.2. Einführung der intelligenten Gesundheitskarte: Ab 2006 löst sie die bisherige Krankenversicherungskarte ab. Sie soll fälschungssicher sein, datenschutzrechtlichen Belangen genügen ... sowie auf Wunsch des Versicherten Gesundheitsdaten ... verfügbar machen.

Solange die datenschutzrechtlichen Bedenken nicht abschließend geklärt sind, macht es keinen Sinn, die Gesundheitskarte einzuführen. Es besteht ein erhebliches Informationsdefizit auf PatientInnenseite über die Missbrauchsgefahren der Gesundheitskarte. Es gibt Begehrlichkeiten von vielen Seiten z.B. von privaten (Kranken-)versicherern oder Arbeitgebern gegenüber freiwillig hinterlegten Patientendaten auf den Karten, die PatientInnen gar nicht bewusst sind.

1.3. Möglichkeit der Wahl der Kostenerstattung für alle

Versicherten: Alle Versicherten sollen unabhängig von ihrem Versichertenstatus die Möglichkeit zur Kostenerstattung erhalten. ...



GESUNDHEITSLADEN
MÜNCHEN e.V.
INFORMATIONS- UND
KOMMUNIKATIONSZENTRUM

AUENSTR. 31
80469 MÜNCHEN

TELEFON 089 / 77 25 65

FAX 089 / 7250474

e-mail:

mail@gesundheitsladen-
muenchen.de

internet:

http://gesundheitsladen-
muenchen.de

ÖFFNUNGSZEITEN:

MONTAG BIS FREITAG
10 - 13 UHR

MONTAG UND
DONNERSTAG
17 -19 UHR

PATIENTINNENSTELLE:

MONTAG 17 - 20 UHR
DONNERSTAG 10 - 13 UHR
FREITAG 10 -13 UHR

**DER GESUNDHEITSLADEN
MÜNCHEN E.V. IST VOM
FINANZAMT MÜNCHEN
UNTER DER NUMMER
844/11641 ALS
GEMEINNÜTZIGER VEREIN
ANERKANNT.**

**SPENDENKONTO:
BANK FÜR
SOZIALWIRTSCHAFT
MÜNCHEN
BLZ: 700 205 00
KONTO 88 87 800**

Die Krankenkassen erstatten auf der Grundlage der in der GKV geltenden Vergütungsregeln.

Diese Regelung lehnen wir ab. Sie birgt die erhebliche Gefahr, dass die PatientInnen auf Mehrkosten sitzen bleiben, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden. Dies hat die Kostenerstattung beim Zahnersatz unter Gesundheitsminister Seehofer schon 1998 gezeigt.

1.6. Wahlmöglichkeiten bei Versicherungskonditionen: ...

Krankenkassen (erhalten) das Recht, freiwillig Versicherten z.B. Tarife mit Beitragsrückgewähr oder Selbstbehalten mit Beitragsminderung anzubieten.

Dies bedeutet den Ausstieg der Gleichbehandlung von Mitgliedern in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein untragbarer Zustand, der dem Solidaritätsgedanken in der GKV vollkommen widerspricht.

1.7. Vermittlung von Zusatzversicherungsangeboten durch die Krankenkassen

Obsolet, wenn Kernleistungen der GKV wie Zahnersatz oder Krankengeld nicht ausgegliedert werden.

1.8. Versichertenbonus:

Versicherte können bei erfolgreicher Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, qualitätsgesicherten Präventionsmaßnahmen oder bei freiwilliger Teilnahme an besonderen Versorgungsangeboten wie z.B. dem Hausarztssystem oder der betrieblichen Gesundheitsförderung, einen finanziellen Bonus erhalten. Grundsätzlich ein begrüßenswerter Vorschlag.

1.9. Transparenz über Mittelverwendung durch

Krankenkassen: Die Versicherten haben Anspruch auf Information über die Höhe der Beiträge sowie Verteilung der Beitragsmittel auf Leistungsausgaben einerseits und Verwaltungs- und Personalausgaben der jeweiligen Kasse andererseits.

Im Sinne der Transparenz für PatientInnen und Krankenversicherte ein begrüßenswerter Vorschlag.

1.10. Qualifiziertes Anhörungsrecht für Patientenverbände:

Patientenverbände ... erhalten ... für Fragen, die die Versorgung betreffen, ein qualifiziertes Antrags- und Mitberatungsrecht in den Steuerungs- und Entscheidungsgremien, insbesondere beim Bundesausschuss, dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen den Zulassungsausschüssen sowie den Spitzenverbänden der Krankenkassen.

Ein längst überfälliges Zeichen, PatientInnen verstärkt in Entscheidungen einzubeziehen, doch wir sehen die Angelegenheit zweischneidig, da die Beteiligung in den überkommenen, alten Strukturen der Selbstverwaltung stattfinden soll, deren Effektivität

ohnehin stark angezweifelt wird. Zudem wird lediglich ein Antrags- und Mitberatungsrecht zugestanden, kein Stimmrecht.

1.11. Patientenbeauftragter: Auf Bundesebene soll den Anliegen der Patienten durch die Bestellung eines Patientenbeauftragten Rechnung getragen werden. Dieser soll in unabhängiger und beratender Funktion die Weiterentwicklung der Patientenrechte unterstützen und Sprachrohr für Patienteninteressen in der Öffentlichkeit sein.

Ein Amt, in das viele Erwartungen gesteckt werden, ist nicht so einfach gut auszufüllen. Wir sehen die Unterstützung von regionalen Einrichtungen der Patienteninformation und -beratung als prioritär.

2. Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung

2.1. Stiftung und Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen:

Diese Einrichtung ist im Sinne der Verbesserung der Versorgung von PatientInnen zu begrüßen, allerdings macht es wenig Sinn, wenn das Entscheidungsorgan mit den Vertretern der Selbstverwaltung besetzt ist, die werden sich wie in den bereits bestehenden Gremien gegenseitig blockieren. Darunter wird die Arbeit der Einrichtung leiden.

2.2. Verpflichtung der Ärzte zur Einführung eines Qualitätsmanagements: In den ärztlichen Praxen wird ein internes Qualitätsmanagement eingeführt. ...

Leider bestehen Qualitätsunterschiede auch im Bereich der ambulanten Versorgung, von daher kann es nur recht und billig sein, dass das was für die stationären Einrichtungen verpflichtend gilt, auch für Praxen gilt.

2.3. Fortbildungsverpflichtung für Ärzte: Alle Ärzte und sonstige Gesundheitsberufe müssen durch kontinuierliche interessenunabhängige Fortbildung zur Qualitätssicherung beitragen. ...

Wer keinen Fortbildungsnachweis erbringt, muss Vergütungsabschläge hinnehmen. Wer sich der Fortbildung generell verweigert, muss mit Entzug der Zulassung rechnen.

Was für die Mehrzahl der Berufe gilt, muss insbesondere für Ärzte gelten, die eine besondere Verantwortung tragen. Da die Selbstverwaltung es bisher nicht geschafft hat, die Fortbildung verpflichtend zu regeln, ist es überfällig, dass gesetzliche Grundlagen zur Sanktionierung von sich verweigernden Ärzten geschaffen werden.

3. Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

3.1. Ablösung der ärztlichen Gesamtvergütung durch Regelleistungsvolumina: Die bisherige Gesamtvergütung wird ab 2007 durch arztgruppenspezifische Regelleistungsvolumina ... ersetzt.

Deren Fortschreibung richtet sich nach der Krankheitsentwicklung der Bevölkerung. Die Kassen tragen ... zukünftig das Morbiditätsrisiko, nicht jedoch das Risiko steigender Arztzahlen. ...

Die immer wieder sich ändernden Vergütungssysteme versteht kein Laie und oft auch die Ärzte selbst nicht. Es ist zu begrüßen, dass sich die Krankenkassenausgaben in einer Region nach dem Krankheitsrisiko der Bevölkerung richten, nicht nach der Zahl der Ärztedichte.

3.4. Effizientere Wirtschaftlichkeitsprüfungen:

Wirtschaftlichkeitsprüfungen sollen ... durch darauf spezialisierte Personen durchgeführt werden, die über das Ergebnis regelmäßig Rechenschaft ablegen. Die Vorstände der Krankenkassenverbände und der kassenärztlichen Vereinigungen haften für eine ordnungsgemäße und wirksame Umsetzung dieser Regelungen.

Eine längst überfällige Initiative. Aufgeschreckt durch Abrechnungsskandale, die nur die Spitze des Eisberges sind, sieht die Politik in diesem Bereich Handlungsbedarf. Ob es die Einsparmöglichkeiten sind, die dahinterstehen oder ein ethischer Impetus, sei dahingestellt... Die KVen und Krankenkassen haben bisher versagt, was das Verfolgen von Falschabrechnungen von Ärzten angeht, so ist es nur konsequent, dass die vom Gesetzgeber dazu gezwungen werden.

3.5. Medizinische Versorgungszentren: Medizinische Versorgungszentren sind Einrichtungen für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von ärztlichen und nichtärztlichen Heilberufen, die für Patientinnen und Patienten Versorgung aus einer Hand anbieten.

...

Eine unterstützenswerte Initiative, die die bisher nicht wahrgenommenen Möglichkeiten zum Aufbau von integrierten Versorgungsstrukturen noch mal unterstreicht. Aber wenn die Ärzte nicht wollen, helfen keine gebetsmühlenartig wiederholten Aufforderungen. Im Sinne von Patientenversorgung sehr begrüßenswert.

3.7. Hausarztssystem: Die Krankenkassen werden verpflichtet, flächendeckend hausarztzentrierte Versorgungsformen anzubieten. Für die Versicherten ist das Angebot freiwillig.

Das Hausarztssystem hat seine Vorteile, wenn die gesamte Versorgungsstruktur damit harmonisiert und die Hausärzte entsprechend für diese Tätigkeit qualifiziert sind. Für PatientInnen kann das System Vorteile haben, es ist jedoch völlig unklar, wer als Hausarzt zugelassen wird und unter welchen Bedingungen die PatientInnen den Hausarzt wählen können. Es muss im Sinne der PatientInnen möglich sein, unter einer Zahl von Ärzten den Hausarzt wählen zu können.

3.9. Teilöffnung der Krankenhäuser

Im Sinne der Überwindung der starren Versorgungsgrenzen, die parallel Versorgungsstrukturen vorhalten, die die Gemeinschaft der Krankenversicherten finanziert, ist eine Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung längst überfällig.

3.11. Finanzielle Anreize zur Steuerung des Verordnungsverhaltens

Es wird in Deutschland generell zu viel an Medikamenten verordnet und es werden zu teure Medikamente verordnet. Es ist ein Skandal dass die Arzneimittelausgaben der GKV mittlerweile die Ausgaben für die Versorgung durch niedergelassene Ärzte übersteigen. Alle bisherigen Versuche, diese Problematik anzugehen, sind gescheitert, es bleibt abzuwarten, ob die Drohung was bringt, dass auch hier die KVen und die Krankenkassenverbände haftbar gemacht werden, wenn diese Maßnahme nicht fruchtet.

4. Neuordnung der Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

4.1. Weiterentwicklung der Festbetragsregelung

Statt einer Festbetragsregelung, die von der pharmazeutischen Industrie aller Voraussicht nach wieder unterlaufen wird, brauchen wir eine Positivliste verordnungsfähiger Arzneimittel.

4.2. Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln: Der gemeinsame Bundesausschuss kann das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen damit beauftragen, eine Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln vorzunehmen. Eine Kosten-Nutzen-Bewertung findet nicht statt.

Eine Bewertung der Effektivität eines verordnungsfähigen Arzneimittels muss die Kosten-Nutzen-Bewertung einschließen, sonst ist sie relativ wertlos.

4.4. Ausschluss von Arzneimitteln der privaten Lebensführung:

Arzneimittel, die überwiegend zur Verbesserung der privaten Lebensführung dienen, wie z.B. Mittel gegen erektile Dysfunktionen, werden von der Erstattungspflicht der Kassen ausgenommen.

Konsequent, dass Arzneimittel, die sogar gesundheitsbeeinträchtigend sind, nicht von den Krankenkassen bezahlt werden müssen.

4.5. Verzicht auf Positivliste und Negativliste: Angesichts der Wirkungen einer neuen Festbetragsregelung, der Nutzenbewertung von Arzneimitteln und der grundsätzlichen Herausnahme nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel und sogenannter „life-style-Arzneimittel“ sind Positivliste und Negativliste entbehrlich.

Eindeutig ein Kniefall vor den Interessensvertretern der Pharmaindustrie. Dies wird von führenden Pharma-Experten anders beurteilt.

4.12. Versandhandel

Der Versandhandel von Arzneimitteln ist zu begrüßen, ein Zusammenbruch der wohnortnahen Versorgung, wie von den Apothekerverbänden an die Wand gemalt, droht nicht. Im Gegenteil: Derzeit finanzieren die Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung eine Apothekenstruktur, über deren Engmaschigkeit zu diskutieren ist.

5. Reform der Organisationsstrukturen im Gesundheitswesen

5.6. Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen:

Zur Bekämpfung von Fehlverhalten (z.B. Falschabrechnungen, Korruption) im Gesundheitswesen werden Krankenkassen und kassenärztliche bzw. kassenzahnärztliche Vereinigungen auf Landes- und Bundesebene verpflichtet, entsprechende Prüf- und Ermittlungseinheiten einzurichten.

Diese Entscheidung tut niemandem weh, solange die Sanktionen nicht benannt sind!

5.7. Transparenz bei Krankenkassen und kassenärztlichen

Vereinigungen: Krankenkassen und kassen- bzw. kassenzahnärztliche Vereinigungen müssen künftig über die Verwendung der Mittel gegenüber ihren Mitgliedern Rechenschaft ablegen ... Dazu zählt auch die Veröffentlichung der Vorstandsvergütungen einschließlich etwaiger Nebenleistungen ... *Im Sinne der Transparenz für Versicherte ist zu fordern, dass diese Daten nicht nur den Mitgliedern zur Verfügung gestellt werden müssen, sondern öffentlich gemacht werden müssen, da die Vorstände für Körperschaften des öffentlichen Rechts arbeiten.*

5.8. Reduzierung der Verwaltungsausgaben [der Krankenkassen]

Die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen dürfen im Interesse der Versicherten nicht noch weiter steigen, ein gesetzlich festgeschriebenes Limit ist angemessen.

6. Prävention

Dieser unterbelichtete Bereich soll durch einen gemeinschaftlichen Präventionsfonds auf Bundes- und Landesebene wiederbelebt werden. Es ist paradox, dass ausgerechnet unter Gesundheitsminister Seehofer Mitte der 90er Jahre die Prävention als Krankenkassenleistung eingedampft wurde. Es bleibt abzuwarten, wie sehr sich die Krankenkassen und andere Beteiligte diesem Problem annehmen.

7. Neuordnung der Finanzierung

7.1. Umfinanzierung versicherungsfremder Leistungen: Zur Gegenfinanzierung wird in den Jahren 2004 und 2005 die Tabaksteuer um insgesamt 1 Euro pro Packung angehoben.

Eine sinnvolle Maßnahme, da versicherungsfremde Leistungen in der GKV nichts zu suchen haben, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellen. Es ist abzuwägen, ob alleine RaucherInnen dafür aufzukommen haben oder ob es nicht gerechter wäre eine Steuer zu erheben, die weitere gesellschaftliche Gruppen einbezieht.

7.2. Umfinanzierung von Leistungen: Ab 2005 wird der Zahnersatz aus dem Leistungskatalog der GKV ausgegliedert ...
Eine absolute Fehlentscheidung. Zahngesundheit wirkt unmittelbar auf das körperliche Wohlbefinden. Es ist zu befürchten, dass eine eigenständige Absicherung für den Zahnersatz durch Versicherte teurer wird als ein Belassen im Leistungskatalog der GKV. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass Zahnärzte die Gelegenheit nutzen und noch unverblümt versuchen, den PatientInnen Leistungen anzubieten, die sie privat liquidieren und die nicht Gegenstand der Zahnersatzversicherung sind. Somit sind hier erhebliche finanzielle Belastungen für PatientInnen zu befürchten.

... Ab 2007 wird das Krankengeld allein durch die Versicherten finanziert. ...

Eine Kernleistung der GKV wird ausgegliedert, was die systematische Demontage der solidarischen Krankenversicherung bestätigt. Eine Konsequenz könnte sein, dass die Arbeitgeber sich weniger für gesunde Bedingungen am Arbeitsplatz engagieren, da sie an einem geringen Krankenstand weniger Interesse haben als bei paritätischer Finanzierung.

7.3. Übertragung von Leistungen in die Eigenverantwortung von Versicherten: Sterbegeld, Entbindungsgeld und Leistungen bei Sterilisation ... müssen die Versicherten künftig selber finanzieren. ...

Hier werden vergleichsweise kleine Ausgabenbereiche auch der Sparmanie geopfert, es gäbe hierzu auch die Möglichkeit der Steuerfinanzierung, anstatt die Leistungen komplett zu streichen, da es sich auch um gesamtgesellschaftliche Aufgaben handelt.

... Der Anspruch auf Maßnahmen der künstlichen Befruchtung wird zumutbar eingeschränkt. ...

Dies ist unterstützenswert.

7.4. Neugestaltung der Zuzahlungen und

Befreiungsmöglichkeiten: ... Grundsätzlich wird eine prozentuale Zuzahlung bei allen Leistungen von 10% jedoch mindestens 5 Euro und höchstens 10 Euro erhoben. Die Zuzahlung bei ambulanter ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung beträgt 10 Euro pro Quartal und Behandlungsfall. ... Bei Krankenhausbehandlung fallen täglich 10 Euro für maximal 28 Tage pro Jahr an. ...

Die massive Ausweitung der Zuzahlungen ist ein Schlag ins Gesicht der PatientInnen. Trotz sozialer Abfederung wird eine erhebliche Zahl von PatientInnen überlegen müssen, wie sie ihre Arztbesuche finanzieren sollen. Die Konsequenz kann sein, dass sie Krankheiten verschleppen oder notwendige Rezepte aufgrund der Zuzahlung nicht einlösen.

7.5. Beitragsbemessung aus Versorgungsbezügen:

Versorgungsbezüge und Alterseinkünfte aus selbständiger Tätigkeit von Rentnern werden mit dem vollen Beitragssatz belegt.

Eine Möglichkeit der Einnahmeausweitung für die GKV, die erst in Betracht gezogen werden sollte, wenn Einsparmöglichkeiten insbesondere bei der Pharmaindustrie ausgeschöpft sind.

8. Gleichbehandlung nichtversicherter Sozialhilfeempfänger:

Künftig übernehmen die Krankenkassen auch für die Sozialhilfeempfänger, die nicht gesetzlich krankenversichert sind, die Aufwendungen für Krankenbehandlung. Die Sozialhilfeträger erstatten den Krankenkassen die entsprechenden Aufwendungen zuzüglich einer Verwaltungskostenpauschale bis zu 5%. Bei Sozialhilfeempfängern wird zur Gleichbehandlung mit den GKV-Versicherten eine Selbstbeteiligung von mindestens 1 Euro vorgesehen. ...

Eine begrüßenswerte Regelung, die die Sonderbehandlung von Sozialhilfeempfängern außerhalb des Budgets durch Ärzte beendet.

9. Übertragung der Reformmaßnahmen auf beihilfeberechtigte Minister, Abgeordnete und Beamte

Eine konsequente Regelung, die die Versicherten mit Sonderrechten nicht außen vor lässt.