



Gesundheitsreform 2007

Diskussionsplattform der BAGP

(Stand: 22.11.2006)

Zukünftige Finanzierung des Gesundheitssystems

Die BAGP schlägt zur zukünftigen und nachhaltigen Finanzierung der GKV folgende Schritte auf der Einnahmenseite durch Versichertenbeiträge vor:

- Die Beitragsbemessungsgrenzen für die Gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung werden auf die Höhe der Beitragsbemessungsgrenze der Gesetzlichen Rentenversicherung angehoben. Entsprechende Vorschläge liegen schon lange vor und Szenarien verdeutlichen, dass durch diese Maßnahme die Vorteile für die GKV gegenüber den Nachteilen überwiegen. Dieser Schritt ist von Entscheidungsträgern endlich zu realisieren.
- Die Private Krankenversicherung PKV wird eingeschränkt mit dem Ziel eines umfassenden solidarischen Krankenversicherungssystems für alle Versicherten in Deutschland. Hierzu wird die Versicherungspflichtgrenze schrittweise angehoben und perspektivisch abgeschafft.
- Durch Einbeziehung der PKV in den Risikostrukturausgleich findet ein echter und gerechter Risikostrukturausgleich statt.
- Die Beitragsbemessungsgrundlage wird durch Einbeziehen von Vermögen, Zinseinkünften und anderen nicht lohnbezogenen Einkommen erweitert.
- Zusätzlich soll mittelbar die Erweiterung der Versicherungspflicht auf weitere gesellschaftliche Gruppen (z.B. Beamte) realisiert werden. Die GKV ist von ihrem Charakter her längst ihrem ursprünglichen Status einer Arbeiter- und Angestelltenversicherung entwachsen. Ihrer Rolle als zentrale sozialstaatliche Institution wird sie gerechter, wenn sie eine Krankenversicherung für alle Staatsbürger ist. Gesundheitsexperten bezweifeln überdies, dass Beamte und andere Privatversicherte „bessere Risiken“ darstellen als GKV-Mitglieder.
- Weiter schlägt die BAGP eine arbeitgeberseitige Beteiligung in Form einer betrieblichen Abgabe vor, die die einseitige Belastung der Versicherten, Patient/innen aus den letzten Reformen (0,9 %) kompensiert.
- Der Steuerzuschuss zur GKV muss in vollem Umfang erhalten und ausgebaut werden.

§ 5 SGB V Rückkehrrecht für Nichtversicherte

Das ist eine begrüßenswerte Verbesserung zur jetzigen Situation, nach der ehemals Privatversicherte keinen Versicherungsschutz mehr genießen, wenn sie die Beiträge nicht mehr zahlen können. Das Rückkehrrecht zu einer Krankenversicherung, sei es private oder gesetzliche Krankenversicherung, muss gesetzlich festgeschrieben werden. Dies erfolgt durch die Verpflichtung der PKV zum Angebot eines Basistarifs. Für den Bereich der GKV ist eine weniger strikte Regelung der Vorversicherungszeiten festzuschreiben, damit temporär Nichtversicherten eine Wiederaufnahme in die GKV erleichtert wird.

§ 20 SGB V Impfkostenübernahme

Die BAGP begrüßt diese Regelung. Sie entspricht den Wünschen der Patient/innen, solange die Entscheidungen für Impfungen selbst freiwillig sind. Zu beachten ist aber, dass die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission bisher an die Landespolitik gerichtet waren.

§§ 31, 35b, 73d Arzneimittel

Insgesamt hat die Intransparenz über Arzneimittelverordnungen durch die Reformen (GMG 2004, AUWG 2006) enorm zugenommen. Die Gesundheitsreform 2007 bietet hier keine Erleichterung. Die Regelungen zu Verschreibungen und Zuzahlungen sind sowohl für Patient/innen als auch für Ärzte unübersichtlich. Entwürfe für eine von Patient/innen gewünschte laienverständliche Übersicht über angebotene Arzneien und Wirkstoffe und deren Nebenwirkungen bzw. Wechselwirkungen bietet die Gesundheitsreform nicht.

Anstatt durch zunehmende Regelungen im Bereich der Arzneimittelverordnungen das Verfahren komplizierter zu gestalten, sollte eine generelle Regelung gefunden werden. Zunächst bedarf es einer Liste der wirklich benötigten Arzneien und Inhaltsstoffe. Diese sollte nach Nutzen-Risiko-Abwägung erstellt werden. Aspekte der Kosten-Nutzen-Abwägung sind ebenfalls in der Auswahl der Arzneien zu beachten. Unter dem § 35 b SGB V müssen die Arzneien der Methoden der besonderen Therapierichtungen gelistet werden.

§ 52 SGB V Leistungseinschränkungen bei Selbstverschulden

Leistungseinschränkungen bei selbstverschuldeten Komplikationen für Patient/innen lehnt die BAGP ab, sie widersprechen dem Solidarprinzip der GKV. Zudem werfen sie die häufig nicht zu beantwortende Frage der Ursache für eine Erkrankung auf.

Schönheitsoperationen oder auch „Extrem-Sportarten“ sind zwar eine private Entscheidung des Einzelnen, trotzdem können die BürgerInnen mit den möglichen negativen Ergebnissen nicht alleine gelassen werden.

Die BAGP schlägt vor, dass der Patient / die Patientin vor z.B. Schönheits-Operationen eine obligatorische private Pflichtversicherung gegen eventuelle Folgeschäden abschließt. Die Begutachtung über Folgeschäden und deren Regelungen obliegt einer neutralen Stelle. Das würde zudem einen Qualitätszuwachs bei diesen Leistungen vorantreiben.

§ 53 SGB V Wahltarife in der GKV

Insgesamt lehnt die BAGP das System der Wahltarife ab. Bisherige Erfahrungen beispielsweise aus dem Bereich der Privatversicherungen mit der Regelung der Rückerstattung zeigen negative Tendenzen. Geringverdiener nehmen nicht mehr im nötigen Maße an der gesundheitlichen Versorgung teil, weil sie die Rückerstattung für Lebenshaltungskosten einrechnen.

Die Gefahr ist groß, dass Bürger/innen mit geringen finanziellen Mitteln nicht an der gesundheitlichen Versorgung teilnehmen, um die Rückerstattungskosten zu erhalten. Für diese Bürger/innen besteht die Gefahr der medizinischen Unterversorgung. Das würde die Gesundheit dieser Menschen gefährden und zudem langfristig durch verspätete Behandlung die Kosten für die gesundheitliche Versorgung erhöhen. Insgesamt ist das keine solidarische Lösung. Die BAGP steht zu dem Prinzip „Gesunde für Kranke“.

Beitragsrückerstattung bei Nichtinanspruchnahme von kurativen Leistungen ist nur für die Versicherten interessant, die entweder gesund sind oder diese Mittel zur Auswahl anderer Therapieformen (besondere Therapieformen) nutzen.

Die BAGP setzt sich seit ihrem Bestehen für die Einbeziehung der Komplementärmedizin in den Versorgungsalltag ein. Patient/innen wünschen eine möglichst umfassende Versorgung im Rahmen qualitätsgesicherter Gesundheitsangebote. Daher schlägt die BAGP vor, Regelungen in die Gesundheitsreform aufzunehmen, die es den Versicherten ermöglichen, je nach Bedarf im Rahmen der GKV-Leistungen unter den Therapieformen der Schulmedizin und aller qualitätsgesicherter besonderer Heilmethoden zu wählen.

§ 62 SGB V Sanktionen wegen Nichtteilnahme an Früherkennungsuntersuchungen

Die BAGP lehnt diese Regelungen ab.

Ein Teil der Bürger/innen entscheidet sich aus verschiedenen Gründen gegen eine Teilnahme an den Früherkennungsprogrammen (z.B. Risiko der Methoden, ständige Konfrontation mit Krankheit, Verhältnis Aufwand zu Ergebnis, psychische Belastung durch falsch positiv Befunde usw.). Diese Entscheidungsfreiheit muss respektiert werden.

Die starke Fixierung auf bestehende Früherkennungsprogramme versperrt den Blick auf weitere Möglichkeiten der Krankheitsvermeidung/-Behandlung. Die hohen Kosten für Früherkennungsprogramme fehlen für andere Maßnahmen, z.B. Ursachenforschung. Die Sanktionierung bei Nichtteilnahme passt nicht zum Wunsch nach mündigen Bürger/innen. Nach Ansicht der BAGP sollte es auch deshalb keine Sanktionen (Bonusprogramm) im Bereich der Früherkennung geben, weil es ein Recht auf Nichtwissen gibt.

Zudem haben laut Statistik Bürger/innen mit geringem finanziellen Budget ein höheres Risiko zu erkranken. Genau diese Bürger/innen nehmen erfahrungsgemäß die Angebote der Vorsorgeuntersuchungen weniger wahr. Finanzielle Sanktionen betreffen hier wieder vorrangig Bürger/innen mit geringem finanziellen Budget.

§ 73 SGB V Hausarztzentrierte Versorgung

Die Erfahrungen aus dem Beratungsalltag der BAGP zeigen Unterschiede in der Akzeptanz von Hausarztmodellen. Ein Teil der Bürger/innen, vorrangig mehrfach Erkrankte und Ältere, begrüßt die Einführung der Hausarztmodelle, weil sie sich durch dieses Modell eine bessere Zusammenführung ihrer Gesamtbehandlung erhoffen. Um dieser komplexen Aufgabe gerecht zu werden, bedarf es eines strukturierten und umfassenden Fortbildungskonzeptes für die teilnehmenden Hausärzte. Die aufgeführten Anforderungen (patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, allgemeine Schmerztherapie usw.) entsprechen den Wünschen der Patient/innen und finden die volle Zustimmung der BAGP. Sowohl die Fortbildung als auch die therapeutische Umsetzung bedeuten eine zeitliche Mehrbelastung der teilnehmenden Hausarzt/innen und müssen daher entsprechend honoriert werden. Zudem stellt sich die Frage, ob die Zahl der zur Verfügung stehenden Hausarzt/innen und der Facharzt/innen, die an dem Modell teilnehmen, ausreicht, um die Wahlfreiheit des einzelnen Patienten/ der Patientin zu sichern. Auch der nicht unwichtige Aspekt, sich bei Bedarf eine Zweitmeinung einzuholen, ist durch das Modell eingeschränkt.

Es gibt aber auch den anderen Teil der Bevölkerung, für den das Hausarztmodell keine Vorteile bedeutet. Vor allem Akuterkrankte und jüngere Patient/innen möchten bei Bedarf direkt einen selbst gewählten Facharzt aufsuchen, ganz im Sinne des mündigen Patienten. Für sie bedeutet der Weg über den Hausarzt nur eine zusätzliche Hürde und unnötige Zeiten im Wartezimmer. Beide Gruppen haben ihre Berechtigung, daher sollte keine Gruppe benachteiligt oder durch einen finanziellen Bonus bevorzugt werden.

§ 85 SGB V Vergütungssystem Ärzte

Das Vergütungssystem muss radikal im Sinne der Unterstützung einer stärkeren Ausprägung zur „sprechenden“ Medizin reformiert werden.

Die Einzelleistungsvergütung der vergangenen Jahrzehnte hat zu einem „Hamsterradeffekt“ geführt. Bei gedecktem Budget haben Ärzt/innen in immer kürzerer Zeit immer mehr Leistungen am Patienten verrichtet. Dabei wird die medizinische Notwendigkeit oft hintan gestellt. Der Grundsatz „zuerst nicht schaden“ sollte bei der grundlegenden Entwicklung eines neuen Vergütungssystems im Zentrum stehen.

§ 133 SGB V Fahrtkosten

Die BAGP lehnt eine weitere Einschränkung bei der Zahlung der Fahrtkosten entschieden ab. Die jetzigen Regelungen sind schon für viele Betroffene unerträglich. Bei zunehmender Spezialisierung im ambulanten und stationären Sektor bei entsprechender räumlicher Zentrierung der Angebote müssen bestehende Regelungen zu den Fahrtkosten gelockert und keinesfalls verschärft werden.

§ 137 SGB V Qualitätsmessung und –Darstellung

Maßnahmen der Qualitätssicherung zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung sind ein besonderes Anliegen der BAGP und daher werden alle konstruktiven Schritte in dieser Richtung begrüßt. Hier ist die Einbeziehung aller relevanten Patientenorganisationen aus dem Bereich der Selbsthilfe und der unabhängigen Patient/innen- und Verbraucherberatung besonders wichtig, um gemeinsam mit GKV, Ärzteschaft und unabhängigem Institut Kriterien der Qualitätsmessung (weiter) zu entwickeln.

Ein besonderer Augenmerk sollte auf der Nutzerzufriedenheit liegen. Nach dem Prinzip „aus Fehlern lernen“ müssen Konzepte der Sammlung, Dokumentation und Auswertung von

Strukturmängeln, Systemschwächen und Fehlbehandlungen zur Verbesserung der Versorgungsqualität im gemeinsamen Interesse stehen.

§ 242 SGB V Zusatzbeitrag

Die BAGP lehnt es entschieden ab, diese zusätzliche Belastung für Patient/innen einzuführen (1% des Haushaltseinkommens, bis 8 Euro pro Monat ohne Einkommensprüfung). Dies ist angesichts der zurückliegenden Reformen mit einer Vielzahl von einseitigen Belastungen für Patient/innen nicht mehr zu verantworten und vor dem Hintergrund einer deutlich wahrzunehmenden gesellschaftlichen Verarmung nicht zu rechtfertigen.

Ein nicht unerheblicher Teil der Bürger/innen kann sich schon jetzt die Kosten für ihre medizinische Versorgung nur noch teilweise oder gar nicht mehr leisten. Besonders Geringverdiener/innen und chronisch kranke Bürger/innen sind finanziell bereits ausgelastet bzw. überlastet.

Ein einheitlicher Zusatzbeitrag steht zudem im deutlichen Widerspruch zum Solidarprinzip, da es keine Staffelung eines Beitrages nach finanzieller Situation des Versicherten gibt.

§ 262 SGB V Risikostrukturausgleich

Ein krankheitsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) ist notwendig, solange es noch unterschiedliche Krankenkassen gibt. Der geplante Morbi-RSA berücksichtigt aber zu wenige Erkrankungen und unterschätzt die Folgen der Multimorbidität von Patient/innen.

§ 291 SGB V Sonderbeitrag für elektronische Versichertenkarte

Die Mehrkosten für die elektronische Versicherungskarte sind in vollem Umfang durch die Krankenversicherungen aus deren Verwaltungsetat zu bestreiten. Über einen anteiligen Steuerzuschuss ist nachzudenken. Versicherte und Patient/innen dürfen keinesfalls eine Umlage für eine von ihnen nicht favorisierte Versichertenkarte auf elektronischer Basis bezahlen müssen. Zudem merkt die BAGP an, dass die Kosten von 1 Euro pro Versichertem als unverhältnismässig hoch eingeschätzt werden im Vergleich beispielsweise zu 0,55 Euro jährlich für die Selbsthilfe.

PKV Basistarif

Der PKV-Basistarif stellt eine unbedingte Notwendigkeit in der Übergangsphase dar. Die Ausgestaltung der Details des Basistarifes muss sich stark an den Konditionen der GKV orientieren. Keine Gesundheitsprüfung vor Aufnahme in die Krankenkasse und Festlegung des Beitragssatzes. Der Höchstbeitrag muss sich an dem Beitrag orientieren, der für die freiwillige Versicherung eines GKV-Mitglieds Geltung hat.

Pflicht zur Qualitätssicherung bei Leistungsanbietern

Hier sieht die BAGP ebenfalls einen begrüßenswerter Ansatz, der in jedem Fall weiter ausgebaut werden sollte. Die BAGP schlägt vor, diesen wichtigen Aspekt in dem Entwurf der Gesundheitsreform zu erweitern. Beispielsweise ist die direkte Beteiligung der Patienten(vertreter/innen) hier besonders von Vorteil. Zufriedenheitsbefragungen unter den Patient/innen zu gesundheitlichen Leistungen und zu Leistungserbringern durch eine unabhängige Stelle sind eine weitere notwendige Maßnahme zur realistischen Qualitätssicherung im Sinne der Nutzer/innen.

Patienteninformationen vom IQWiG

Die BAGP begrüßt die Absicht, evidenzbasierte Patienteninformationen des G-BA an das IQWiG zu übertragen.

Krankenhausfinanzierungsgesetz - Krankenhausfinanzierung

Bereits heute zeigen sich deutlich die negativen Auswirkungen der Kostengestaltung im stationären Sektor. Einschränkungen in der medizinischen Versorgung und in der Pflege durch Personalmangel sind nur ein Beispiel. Für Patient/innen und natürlich auch für das Krankenhauspersonal ein unhaltbarer Zustand. Die Qualität der Versorgung sinkt bei gleichzeitigem Anstieg möglicher Behandlungsfehler. Die Einführung eines Sanierungsbeitrages von 1 % der Ausgaben für stationäre Krankenhausleistungen würde diese finanziell bedenkliche Lage weiterhin zuspitzen und wird daher von der BAGP entschieden abgelehnt. Hier braucht es ein vernünftiges Kosten-Nutzen-Management und nicht weitere Einsparmaßnahmen.