

Gesprächspartner Neujahrs-Pressekonferenz:

„Gesundheitspolitische Perspektiven im Jahre 2012“

am 24. Januar 2012

im Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz,
Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55,
10117 Berlin

Christian Zahn	Verbandsvorsitzender Verband der Ersatzkassen e. V.
Thomas Ballast	Vorstandsvorsitzender Verband der Ersatzkassen e. V.
Dr. Jörg Meyers-Middendorf	Abteilungsleiter Politik/Selbstverwaltung Verband der Ersatzkassen e. V.
Michaela Gottfried	Pressesprecherin und Abteilungsleiterin Kommunikation Verband der Ersatzkassen e. V.

Pressemitteilung

Presse: Michaela Gottfried

Verband der Ersatzkassen e. V.

Askanischer Platz 1

10963 Berlin

Tel.: 0 30 / 2 69 31 – 12 00

Fax: 0 30 / 2 69 31 – 29 15

michaela.gottfried@vdek.com

www.vdek.com

24. Januar 2012

Ersatzkassen bauen Marktführerschaft aus Mit stabiler Finanzsituation ins Jahr 2012 vdek fordert Abschaffung des Zusatzbeitrags

Die Ersatzkassen konnten ihre Marktführerschaft weiter ausbauen. Auch durch die Fusionen der DAK mit der BKK Gesundheit und der BKK Axel Springer ist die Zahl der Mitglieder bei den Ersatzkassen um rund eine Million Mitglieder auf über 19 Millionen angewachsen. Zusammen mit den Familienmitversicherten sind jetzt rund 25,6 Millionen Menschen bei den Ersatzkassen versichert. Damit konnten die Ersatzkassen ihren Vorsprung im Marktanteil von 35,8 Prozent auf 37,2 Prozent ausbauen. Es folgen die AOK mit 35,1 Prozent, die BKK mit 16,2 Prozent und IKK mit 7,7 Prozent, die Knappschaft mit 2,8 Prozent und die Landwirtschaftlichen Krankenkassen mit 1,1 Prozent Marktanteil. Dies teilte der Vorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek), Christian Zahn, auf einer Pressekonferenz in Berlin mit. „Die Strategie, auch durch kassenartenübergreifende Fusionen die Marktführerschaft auszubauen, hat sich bewährt“, betonte der Verbandsvorsitzende. Dies war der Fall bei der hkk, der Techniker Krankenkasse, der KKH-Allianz und nun auch bei der DAK-Gesundheit. Diese Fusionen fanden seit 2008 mit Kassen aus dem IKK-Lager und dem BKK-Lager statt.

Auch finanziell stehen die Ersatzkassen stabil da. „Wir starten in das Jahr 2012 mit ausgesprochen guten Zahlen“, erklärte Thomas Ballast, Vorstandsvorsitzender des vdek. Dies liegt vor allem daran, dass die Ausgabenentwicklung günstiger war, als durch den Schätzerkreis im Oktober 2010 angenommen worden ist. Im 1. bis 3. Quartal 2011 konnte die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) einen Überschuss von 3,9 Milliarden Euro verbuchen, wovon 1,7 Milliarden Euro auf den Ersatzkassenbereich fallen. Ballast warnte jedoch vor Begehrlichkeiten. „Aus schwarzen Zahlen können schnell rote Zahlen werden,

insbesondere wenn die wirtschaftliche Situation sich deutlich verschlechtert und die gesetzlichen Kostenbegrenzungsmaßnahmen des GKV-Finanzierungsgesetzes auslaufen. Ich bin froh über die Überschüsse, allerdings sollten wir hier auf Nachhaltigkeit setzen.“

Die finanzielle Entspannung zeigt sich auch bei den Mitgliedskassen (DAK-Gesundheit und KKH-Allianz), die in den vergangenen zwei Jahren einen Zusatzbeitrag nehmen mussten und diesen nun wieder abschaffen können. „Das ist nicht nur ein positives Signal an ihre Versicherten, sondern auch als Signal an die Politik zu verstehen.“ Die Erfahrungen mit der CITY BKK und der BKK für Heilberufe hätten mehr als deutlich gemacht, dass Zusatzbeiträge in ihrer jetzigen Ausgestaltung sehr wettbewerbsschädigende Wirkungen entfalten. Unnötige Wanderungsbewegungen, Verwaltungsaufwände und Beitragsausfälle seien die Folge gewesen. „Da 2012 nunmehr alle Kassen auf die Erhebung eines Zusatzbeitrages verzichten wollen, sollte die Politik die Chance ergreifen, sich von diesem Finanzierungsexperiment endgültig zu verabschieden“, betonte Ballast. Um die Versorgung zu gestalten und als aktiver Player aufzutreten, bräuchten die Krankenkassen ihre Beitragsautonomie zurück.

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) ist Interessenvertretung und Dienstleistungsunternehmen aller sechs Ersatzkassen, die zusammen mehr als 25 Millionen Menschen in Deutschland versichern:

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse
- DAK-Gesundheit
- KKH-Allianz
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- hkk

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) ist die Nachfolgeorganisation des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK), der am 20. Mai 1912 unter dem Namen „Verband kaufmännischer eingeschriebener Hilfskassen (Ersatzkassen)“ in Eisenach gegründet wurde. In der vdek-Zentrale in Berlin sind rund 240 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt.

In den einzelnen Bundesländern sorgen 15 Landesvertretungen und eine Geschäftsstelle in Westfalen-Lippe mit insgesamt weiteren rund 350 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für die regionale Präsenz der Ersatzkassen.

Pressemitteilung

Presse: Michaela Gottfried

Verband der Ersatzkassen e. V.

Askanischer Platz 1

10963 Berlin

Tel.: 0 30 / 2 69 31 – 12 00

Fax: 0 30 / 2 69 31 – 29 15

michaela.gottfried@vdek.com

www.vdek.com

24. Januar 2012

vdek fordert besseren Schutz der Patienten bei Medizinprodukten Patientenrechtegesetz und Pflegereform nachbessern Versorgungsstrukturgesetz: Diskussion um Bedarf und Qualität geht weiter

„Die Patienten müssen stärker vor fehlerhaften Medizinprodukten geschützt werden.“ Dies forderte Christian Zahn, Vorsitzender des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek) auf einer Pressekonferenz in Berlin. Der Skandal um fehlerhafte Brustimplantate der französischen Firma PIP habe deutlich gezeigt, dass bei der Zulassung und im Umgang mit Medizinprodukten in Deutschland adäquate Schutzregelungen fehlten. Das Medizinproduktegesetz muss dringend weiterentwickelt werden“, sagte Zahn. So seien die Hürden für eine Neuzulassung von Medizinprodukten viel zu niedrig gesetzt.

Zurzeit müssen Hersteller im Rahmen der CE-Zertifizierung lediglich nachweisen, dass ihr Produkt seinen Zweck erfüllt. „Was fehlt, sind klinische Studien zur Zweckmäßigkeit und zum therapeutischen Nutzen dieser Produkte sowie der verpflichtende Abschluss einer Produkthaftpflichtversicherung.“ Vorbild könnten die Regelungen im Arzneimittelbereich sein: Vor der Zulassung ist der Nachweis einer Produkthaftpflichtversicherung in Höhe von 300 Millionen Euro pro Arzneimittel zu erbringen. „Für Medizinprodukte, die im Körper verbleiben, müssen wir zudem ernsthaft ein verpflichtendes bundesweites Medizinprodukte-Register diskutieren.“

Jedes Jahr kommen etwa 400.000 neue Medizinprodukte wie Gehhilfen, Hörgeräte, künstliche Knie- und Hüftgelenke usw. neu auf den Markt. Der Gesamtumsatz der produzierenden Medizintechnikunternehmen in Deutschland lag im Jahr 2010 bei 20 Milliarden Euro. Der Ausgabenanteil

der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an den Ausgaben für Medizinprodukte lag 2011 bei rund 16,5 Milliarden Euro.

Beim geplanten Patientenrechtegesetz forderte Zahn Nachbesserungen. „Der vom Bundesgesundheitsministerium und Justizministerium vorgelegte Gesetzentwurf geht in die richtige Richtung“, betonte Zahn. Die bestehenden rechtlichen Regelungen und das Richterrecht im Bürgerlichen Gesetzbuch zusammenzufassen, sei sicherlich eine juristische Herausforderung. „Es darf am Ende nicht passieren, dass die Rechte der Patienten im Ergebnis geschwächt werden.“ Im Rahmen einer begleitenden Öffentlichkeitsarbeit müssten Patienten umfassend und in verständlicher Weise über ihre Rechte informiert werden.

Enttäuschend sei, dass der Gesetzentwurf keinerlei Regelungen zu den ausufernden Individuellen Gesundheitsleistungen gebe. Zahn forderte eine Begrenzung des Angebots von IGeL-Leistungen zum Schutz des Patienten vor medizinischen fragwürdigen Leistungen sowie eine hinreichende Bedenkzeit, bevor sich dieser für IGeL-Leistungen entscheidet.

Um die Patienten noch besser bei Behandlungsfehlern unterstützen zu können, forderte Zahn, dass den Krankenkassen beziehungsweise dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen im Falle eines erhärteten Verdachts innerhalb einer verbindlichen Frist das Recht auf vollständige Einsicht in die Patientenakte gewährt wird.

Hinsichtlich der geplanten Pflegereform wünscht sich Zahn eine schnellere Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. „Die Pflegebedürftigen und deren Angehörigen warten darauf, dass bei der Begutachtung nicht nur körperliche Einschränkungen, sondern auch kognitive oder psychische Verhaltensauffälligkeiten stärker erfasst werden. Dass das mit Mehrkosten verbunden ist, war immer klar.“ Dieses Thema dürfe jetzt nicht auf die lange Bank geschoben werden. Auch die verbesserten Leistungen für Demenzkranke sollten nicht erst 2013, sondern schon Mitte des Jahres 2012 realisiert werden, erklärte Zahn.

Thomas Ballast, Vorstandsvorsitzender des vdek, betonte, dass mit dem Versorgungsstrukturgesetz die Diskussion um Bedarf und Qualität der ärztlichen Versorgung nicht beendet sein werde. Zwar enthalte das Gesetz gute Ansätze zur Steuerung der ärztlichen Versorgung in strukturschwachen Regionen, die es umzusetzen gilt, doch fehle es an Maßnahmen der zum Teil erheblichen Überversorgung gegensteuern zu können. „Allein die Möglichkeiten zum Praxisaufkauf oder zur Befristung von Zulassungen reichen nicht aus, um das ärztliche Überangebot in den Städten abzubauen. Im Gegenteil: trotz guter Ansätze droht die Gefahr, dass es zu einer weiteren Ausdehnung der ärztlichen Überversorgung in den Ballungsgebieten kommt, wenn über neue Bedarfsplanungszahlen

und der Möglichkeit, von der Bedarfsplanungsrichtlinie abzuweichen, zusätzliche Arztstühle geschaffen werden.“

Ballast warnte davor, jetzt im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung erneut eine „Mangeldebatte“ loszutreten. Auch hier gelte: „Wir haben eine gut funktionierende Versorgung, allerdings mit erheblichen regionalen Unterschieden, sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich. Was fehlt, sind verlässliche Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung, um die Effizienz der psychotherapeutischen Versorgung beurteilen zu können. Bisher haben wir keine verlässlichen Hinweise darauf, ob die Patienten mit ihrer jeweiligen psychischen Erkrankung richtig versorgt werden. Es kann also nicht nur darum gehen, einfach mehr Kassensitze für die psychotherapeutische Versorgung zu schaffen. Ziel muss sein, dass jeder erkrankte Patient die für ihn richtige Behandlung durch einen passenden Therapeuten beziehungsweise eine geeignete Einrichtung erfährt“, so Ballast abschließend.

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) ist Interessenvertretung und Dienstleistungsunternehmen aller sechs Ersatzkassen, die zusammen mehr als 25 Millionen Menschen in Deutschland versichern:

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse
- DAK-Gesundheit
- KKH-Allianz
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- hkk

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) ist die Nachfolgeorganisation des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK), der am 20. Mai 1912 unter dem Namen „Verband kaufmännischer eingeschriebener Hilfskassen (Ersatzkassen)“ in Eisenach gegründet wurde. In der vdek-Zentrale in Berlin sind rund 240 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigt.

In den einzelnen Bundesländern sorgen 15 Landesvertretungen und eine Geschäftsstelle in Westfalen-Lippe mit insgesamt weiteren rund 350 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für die regionale Präsenz der Ersatzkassen.

Statement

von

Christian Zahn

Verbandsvorsitzender des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

anlässlich

der Neujahrs-Pressekonferenz

Gesundheitspolitische Perspektiven im Jahre 2012

am 24. Januar 2012

im Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz,
Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55,
10117 Berlin

(Es gilt das gesprochene Wort.)

Sehr geehrte Damen und Herren,

auch ich wünsche Ihnen allen ein gesundes und erfolgreiches Jahr 2012, das für die Ersatzkassengemeinschaft außerordentlich erfreulich beginnt.

Auch durch die Fusionen der DAK mit der BKK Gesundheit und der BKK Axel Springer ist die Zahl der Mitglieder bei den Ersatzkassen um rund eine Million Mitglieder auf über 19 Millionen angewachsen. Damit konnte der vdek den Vorsprung im Marktanteil von 35,8 Prozent auf 37,2 Prozent ausbauen. Es folgen die AOK mit 35,1 Prozent, die BKK mit 16,2 Prozent und IKK mit 7,7 Prozent, die Knappschaft mit 2,8 Prozent und die Landwirtschaftlichen Krankenkassen mit 1,1 Prozent Marktanteil. Zusammen mit den Familienmitversicherten sind jetzt rund 25,6 Millionen Menschen bei den Ersatzkassen versichert. Damit sind die Ersatzkassen unumstritten die Marktführer innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Insofern hat sich die Strategie, auch durch kassenartenübergreifende Fusionen die Marktführerschaft auszubauen, bewährt. Dies war der Fall bei der hkk, der Techniker Krankenkasse, der KKH-Allianz und nun auch bei der DAK-Gesundheit. Diese Fusionen fanden seit 2008 Kassen aus dem IKK-Lager und dem BKK-Lager statt.

Im vergangenen Jahr haben bei den Ersatzkassen Sozialwahlen stattgefunden. Sie haben zu einer veränderten Zusammensetzung der „Parlamente“ der Ersatzkassen geführt. Im Dezember 2011 hat sich auch die Mitgliederversammlung des vdek neu konstituiert. Am 18. Januar folgte der GKV-Spitzenverband.

Für den vdek bedeutete die im vergangenen Jahr stattgefundenene Sozialwahl eine historische Zäsur. Erstmals sind auch Arbeitgebervertreter in der Mitgliederversammlung vertreten. Bis zur nächsten Sozialwahl in 2017 gehören nun neben 27 Versichertenvertretern auch sieben Arbeitgebervertreter dem Gremium an. Ich bin mir sicher, dass die Ersatzkassengemeinschaft von der neuen Partnerschaft mit den Arbeitgebern profitieren wird. Wir werden sehr viel Wert darauf legen, dass wir unsere traditionelle Stärke – nämlich unsere ausgeprägte Orientierung an den Interessen der Versicherten und Patienten – weiterhin als Trumpfkarte im Wettbewerb spielen können.

Damit kommen wir zu einem weiteren wichtigen Thema: Das geplante Patientenrechtegesetz. Die Ersatzkassen fordern schon seit längerem eine Stärkung der Position der Patienten durch ein Patientenrechtegesetz und haben im letzten Jahr ein Positionspapier hierzu verabschiedet. Wir freuen uns deshalb, dass die Bundesregierung nun einen Gesetzentwurf vorgelegt hat und können die

Regelungen weitgehend mittragen. Allerdings sehen wir in einigen Punkten Verbesserungsbedarf:

1) Obwohl Patientenrechte zu etwa 90 Prozent die Rechtsprechung prägen, sind sie dennoch für die Patienten leider äußerst intransparent. Die Patienten wissen häufig nicht, welche Rechte sie haben und sie wissen oft nicht, wie sie sie einfordern können. Patientenrechte sind bislang weder abschließend noch zentral geregelt. Eine Kodifizierung über die Verankerung des Behandlungsvertrages im Bürgerlichen Gesetzbuch könnte Transparenz über das Rechte- und Pflichtengefüge herstellen, zur Rechtssicherheit beitragen und die Wahrnehmung von zustehenden Rechten fördern. Doch der Weg birgt auch Risiken. Insbesondere die Kodifizierung des über Jahrzehnte gewachsenen Richterrechts im Bereich des Haftungsrechts ist eine besondere Herausforderung. Es darf nicht passieren, dass die Rechte der Patienten im Ergebnis geschwächt werden. Meint es der Gesetzgeber ernst, so muss im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit in verständlicher Form umfassend über Rechte und Pflichten der Patienten und Behandler informiert werden.

2) Unterstützung der Patienten durch die Krankenkassen bei Behandlungsfehlern: Die Krankenkassen sollen künftig verpflichtet werden, die Versicherten bei Behandlungs- und Medizinproduktefehlern außergerichtlich zu unterstützen. Diese Regelung unterstützen wir ausdrücklich, sie wird allerdings heute schon bei den Ersatzkassen praktiziert. Unsere Ersatzkassen haben für ihre Versicherten bereits jetzt schon spezialisierte Mitarbeiter, die den Patienten dabei unterstützen, einen Behandlungsfehler zu klären und Schadensersatzansprüche durchzusetzen. Die Beratung kann zum Beispiel dazu führen, dass die Ersatzkassen in Absprache mit dem Patienten und gegebenenfalls in partnerschaftlicher Kooperation mit einem Rechtsanwalt ein Gutachten beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen erstellen lässt. Parallel hierzu kann die Krankenkasse dann (gemäß § 116 SGB X) eventuell Regressansprüche gegenüber dem Schädiger, also zum Beispiel dem Arzt oder Medizinproduktehersteller geltend machen.

Um ihrem Unterstützungsauftrag jedoch besser gerecht zu werden, fordern die Ersatzkassen, dass den Krankenkassen beziehungsweise dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen im Falle eines erhärteten Verdachts innerhalb einer verbindlichen Frist das Recht auf vollständige Einsicht in die Patientenakte gewährt wird.

3) Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL-Leistungen): Ich finde es zunehmend unerträglich, dass Patienten bei einem Arztbesuch immer häufiger mit dem Angebot von oftmals überflüssigen Gesundheitsleistungen konfrontiert werden, für die der Zusatznutzen nicht belegt ist. Jeder von uns kennt die Situation, dass er bei Betreten

der Arztpraxis auf das „Zusatzangebot“ hingewiesen wird. Aber nicht jeder von uns ist auch in der Lage, die Angemessenheit dieser Leistung, den Bedarf, die Qualität, den Nutzen sowie die Kosten richtig zu beurteilen. Unter den TOP 10 der IGeL-Anbieter werden im Übrigen vor allem Augenärzte (Glaukom), Orthopäden (Knochendichtemessung), Frauenärzte (Krebsfrüherkennung) und Allgemeinmediziner (Ultraschall- und Blutunteruntersuchung) von Patienten genannt. (Quelle: Wido 2010). Mit großem Bedauern haben die Ersatzkassen nun festgestellt, dass der Referentenentwurf keinerlei Regelungen zu IGeL-Leistungen enthält. Eine Begrenzung des Angebots von IGeL-Leistungen zum Schutz des Patienten vor medizinischen fragwürdigen Leistungen sowie eine hinreichende Bedenkzeit, bevor sich dieser für IGeL-Leistungen entscheidet, wäre ein Schritt in die richtige Richtung.

4) Thema Patientenschutz: Uns ist es wichtig, dass Fehler erst gar nicht entstehen. Dass nach Angaben des Aktionsbündnisses Patientensicherheit heutzutage 17.000 Menschen jährlich infolge vermeidbarer Fehler bei Krankenhausbehandlungen sterben – jeden tausendsten Klinikpatienten trifft es demnach – ist nicht hinnehmbar. In den meisten Fällen sind Infektionen aufgrund mangelnder Hygiene und Nebenwirkungen von Arzneimitteln der Grund. Fehlervermeidung und Transparenz für den Patienten müssen daher ganz oben auf der Agenda stehen.

Seit einigen Wochen beschäftigen wir uns mit den fehlerhaften Brustimplantaten der französischen Firma PIP. Der Skandal hat gezeigt, dass es bei der Zulassung und im Umgang mit Medizinprodukten in Deutschland adäquate Schutzregelungen fehlen. Jedes Jahr kommen etwa 400.000 neue Medizinprodukte wie Gehhilfen, Hörgeräte, künstliche Knie- und Hüftgelenke usw. neu auf den Markt. Und es wird kräftig in diesem Markt verdient: Der Gesamtumsatz der produzierenden Medizintechnikunternehmen in Deutschland lag im Jahr 2010 bei 20 Milliarden Euro. Der Ausgabenanteil der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an den Ausgaben für Medizinprodukte lag 2011 bei rund 16,5 Milliarden Euro.

Die Hürden für eine Neuzulassung sind hierzulande sehr niedrig gesetzt. Zurzeit müssen Hersteller im Rahmen der CE-Zertifizierung lediglich nachweisen, dass ihr Produkt seinen Zweck erfüllt. Deshalb muss das Medizinproduktegesetz dringend weiterentwickelt werden. Was fehlt sind klinische Studien zur Zweckmäßigkeit und zum therapeutischen Nutzen dieser Produkte sowie der verpflichtende Abschluss einer Produkthaftpflichtversicherung. Vorbild könnten die Regelungen im Arzneimittelbereich sein: Vor der Zulassung ist der Nachweis einer Produkthaftpflichtversicherung in Höhe von 300 Millionen Euro pro Arzneimittel zu

erbringen. Für Medizinprodukte, die im Körper verbleiben, müssen wir zudem ernsthaft ein verpflichtendes bundesweites Medizinprodukte-Register diskutieren.

Mit gutem Beispiel voran geht hierbei das vom vdek mitinitiierte Endoprothesenregister Deutschland (EPRD). Im EPRD werden Informationen von Patienten mit künstlichen Hüft- und Kniegelenken systematisch gesammelt und ausgewertet. Die Daten lassen Rückschlüsse über Fallzahlen, die verwendeten Prothesen und Fehlschläge (das heißt Prothesen, die vorzeitig ausgetauscht werden müssen) zu. Damit hilft das Register, gute Produkte und gute Behandler zu identifizieren. Bei rund 390.000 eingesetzten Hüft- und Kniegelenken und davon rund 37.000 Wechseloperationen sollen die Erkenntnisse aus dem Register dazu beitragen, die hohe Zahl der Wechseloperationen in Deutschland zu senken. Für uns ist klar, der Aufwand lohnt sich. Nicht nur das Solidarsystem wird dadurch entlastet, sondern Patienten wird eine unnötige Operation erspart.

An diesen Aktivitäten können Sie erkennen, dass die Ersatzkassengemeinschaft sich aktiv daran beteiligt, den Patientenschutz durch mehr Transparenz voranzubringen. Dieses Engagement geht weit über das hinaus, was ein Patientenrechtegesetz regeln kann. Durch unsere Internetportale www.pflegelotse.de und www.vdek-arztlotse.de fördern wir Transparenz und helfen damit Versicherten, die richtige Pflegeeinrichtung oder den richtigen Haus- oder Facharzt zu finden.

Meine Damen und Herren,

lassen Sie mich zum Schluss kurz auf die angekündigte Pflegereform eingehen. Grundsätzlich begrüßen wir es, dass es für Personen mit erheblicher eingeschränkter Alltagskompetenz, wie Demenzkranke, verbesserte Leistungen geben soll. Bedauerlicherweise wird aber die notwendige Anpassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf die lange Bank geschoben. Wenn – wie seit Langem gefordert – bei der Begutachtung nicht nur körperliche Einschränkungen, sondern auch kognitive oder psychische Verhaltensauffälligkeiten stärker erfasst würden, könnte den Pflegebedürftigen, vor allem den Demenzkranken, noch mehr geholfen werden. Dass das nicht zum Nulltarif, sondern mit Mehrkosten verbunden wäre, ist allen Beteiligten klar. Die Regierung sollte aber den Mut haben, den Pflegebedürftigkeitsbegriff schon heute anzupassen und nicht nur Übergangslösungen vorzusehen. Ein früheres Inkrafttreten der verbesserten Leistungen – nicht erst 2013, sondern schon Mitte 2012 – halte ich im Interesse der Betroffenen ebenfalls für dringend geboten. Ebenso sollten die Leistungen jährlich unter Berücksichtigung der Bruttolohnentwicklung dynamisiert werden, um einer Entwertung der Pflegeleistungen entgegen zu wirken.

Neben Leistungsverbesserungen soll der Abschluss privater Zusatzversicherungen staatlich gefördert werden. Dies soll auf freiwilliger Basis geschehen. Damit wird aber eine nachhaltige Finanzierung zukünftiger Pflegeleistungen nicht sichergestellt. Vielmehr ist zu erwarten, dass der freiwillige Abschluss von privaten Pflegezusatzversicherungen nur von zahlungskräftigen Personengruppen in Anspruch genommen wird. Nicht jeder kann sich eine solche Zusatzversicherung leisten. Die Erfahrungen mit der Riester-Rente zeigen, dass heute, rund zehn Jahre nach der Einführung, nicht alle Bevölkerungskreise eine Zusatzversicherung abgeschlossen haben.

Die jetzt vorgelegten Reformüberlegungen können insgesamt nur ein erster Schritt sein. Der Nächste darf aber nicht lange auf sich warten lassen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Statement

von

Thomas Ballast

Vorstandsvorsitzender des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

anlässlich

der Neujahrs-Pressekonferenz

Gesundheitspolitische Perspektiven im Jahre 2012

am 24. Januar 2012

im Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz,
Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55,
10117 Berlin

(Es gilt das gesprochene Wort.)

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Gesundheitsbereich werden wir uns 2012 mit den Patientenrechten und der Pflegereform beschäftigen, weil dies die nächsten Projekte der Bundesregierung sind. Und nachdem wir uns im letzten Jahr stark mit dem Entstehen des Versorgungsstrukturgesetzes befasst haben, geht es nun in die Umsetzung.

2012 werden da viele Weichen gestellt. Auf die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen kommen wichtige Aufgaben zu: Erarbeitung einer neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie, von Vorgaben für Qualität und Qualifikation der an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachärzte und Krankenhäuser, Rahmenempfehlung für die regionale Honorarverteilung und anderes mehr. Es wird gelten, diese Aufgaben verantwortlich und mit Augenmaß zu erfüllen. Hinsichtlich der Regionalisierung der vertragsärztlichen Honorarverhandlungen wird sich erst Ende 2012/Anfang 2013 zeigen, welche finanziellen Auswirkungen damit einhergehen. Angesichts der Tatsache, dass bundesweit einheitliche Richtlinien für die Diagnosekodierung (Kodierrichtlinien) nicht mehr vorgesehen sind, drohen bei einer Berücksichtigung der Diagnosen für die Steigerung der Vergütung unkontrollierbare Zuwächse, zum Beispiel durch „Up-coding Effekte“. Es ist auch nicht ausgeschlossen, dass sich die Gesamtvergütungen in den Regionen höchst unterschiedlich entwickeln könnten, was neue Verteilungsdebatten nicht nur zwischen den Arztgruppen, sondern verstärkt auch zwischen den Regionen zur Folge haben könnte. Die Ersatzkassen sind für regionale Lösungen spezifischer Probleme offen, bundesweite Aufschaukelungseffekte beim ärztlichen Honorar darf es aber nicht geben.

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz hat die Bundesregierung dennoch einen ersten und richtigen Schritt getan, die ärztlichen Versorgungsstrukturen für die kommenden demografischen Herausforderungen zu rüsten. Die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung soll dazu beitragen, auf drohende Versorgungsdefizite flexibel reagieren zu können. Die Erweiterung des Instrumentariums zur Versorgungssicherung – etwa die Erleichterung zur Gründung von Zweitpraxen oder die besondere Berücksichtigung der Telemedizin – kann helfen, den Menschen in den strukturschwachen und ländlichen Räumen auch in Zukunft eine wohnortnahe Versorgung zu sichern. Eine besondere Funktion kommt hierbei der Lockerung der Residenzpflicht zu, die es den Ärzten ermöglichen soll, Praxen in ländlichen Gebieten zu betreiben, ohne selbst dort ansässig zu sein und so einen Beitrag dazu leistet, Familie und Arztberuf besser in Übereinstimmung zu bringen. Was dem Gesetz fehlt, sind wirksame Instrumente, Ärzte in die strukturschwachen Räume zu steuern. Zwar sind im Gesetz auch Honorarzuschläge für unterversorgte Regionen

enthalten. Diese Regelung stellt aber nur insofern eine grundsätzliche Neuerung dar, als gleichzeitig die Abschläge für überversorgte Gebiete abgeschafft werden.

Um die Versorgung in der Fläche künftig zu sichern, muss auf den ärztlichen Nachwuchs gesetzt werden. Deshalb sollten die Länder den Entschließungsantrag der Regierungsfractionen zum Versorgungsstrukturgesetz ernst nehmen und die Auswahlverfahren für die Zulassung zum Medizinstudium so weiterentwickeln, dass neben der Abiturnote andere Kriterien stärker gewichtet werden, damit auch junge Menschen jenseits eines Einser-Abiturs und mit Interesse am Hausarztberuf zum Zuge kommen können. Gut wäre auch, zur Förderung von Landärzten eine Vorabquote zu treffen. Dabei könnten sich die Studienbewerber freiwillig verpflichten, nach Abschluss ihrer Aus- und Weiterbildung für einen bestimmten Zeitraum in unterversorgten Gebieten ambulant tätig zu werden. Hiervon verspreche ich mir mehr bessere Effekte für die Versorgung in strukturschwachen Gebieten als von Preisaufschlägen oder dem Aussetzen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

Was dem Gesetz fehlt sind Maßnahmen, um bei der zum Teil erheblichen Überversorgung gegensteuern zu können. Wir haben das immer wieder beklagt. Allein die Möglichkeiten zum Praxisaufkauf oder zur Befristung von Zulassungen reichen nicht aus, um das ärztliche Überangebot in den Städten abzubauen. Im Gegenteil: trotz guter Ansätze droht die Gefahr, dass es zu einer weiteren Ausdehnung der ärztlichen Überversorgung in den Ballungsgebieten kommt, wenn über neue Bedarfsplanungszahlen und der Möglichkeit, von der Bedarfsplanungsrichtlinie abzuweichen, zusätzliche Arztsitze geschaffen werden.

Und schon heute sind wir mit Forderungen nach mehr Arztsitzen konfrontiert. Die Psychotherapeuten verweisen zunehmend auf einen wachsenden Versorgungsbedarf und fordern mehr Kassensitze. Dabei haben wir in Deutschland ein insgesamt gut differenziertes ambulantes Versorgungsangebot. Mehr Therapeuten sind nicht der Schlüssel für eine Verbesserung des Versorgungsangebotes. Was uns fehlt, sind verlässliche Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung, um die Effizienz der psychotherapeutischen Versorgung beurteilen und verbessern zu können. Die Frage ist doch: Kommt heute ein Patient, beispielsweise mit einer akuten Depression, in die „richtigen Hände“? Wir müssen uns also primär darum kümmern, dass die Patienten mit ihrer jeweiligen psychischen Erkrankung den für sie richtigen Therapeuten und die für sie richtige Behandlung bekommen.

Wir erkennen an allem: Mit dem Versorgungsstrukturgesetz darf kein Schlusspunkt hinter die Diskussion um eine bessere Versorgung gesetzt werden. Im Gegenteil: wir müssen in der weiteren Versorgungsgestaltung darauf hinwirken, dass dem alten

Grundsatz „ambulant vor stationär“ konsequent Geltung verschafft wird. Wenn eine Behandlung ambulant möglich ist, sollte diese auch ohne wenn und aber ambulant vorgenommen werden. Die weitere Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung, auch durch Schaffung des neuen Versorgungssektors „ambulante spezialfachärztliche Versorgung“ mit gleichen Wettbewerbsvoraussetzungen für niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser ist von daher auch unter diesem Aspekt ein Schritt in die richtige Richtung. Nicht zuletzt für die Krankenhäuser selbst, die sich – wollen sie dauerhaft einen festen Platz in der Versorgungslandschaft behalten – einer Medizin öffnen müssen, die immer stärker auf ambulante Behandlungskonzepte setzen kann. Daneben brauchen wir eine Qualitätsdiskussion. Immer wieder sind wir damit konfrontiert, dass nicht alles, was an den Patienten an Diagnose und Behandlung erfolgt, auch gut für ihn ist. Wir müssen dahin kommen, dass alle neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und alle relevanten Medizinprodukte und Arzneimittel vorher ausreichend validiert werden. Hierfür brauchen wir Kosten-Nutzen-Bewertungen, die auf therapeutische Endpunkte wie Mortalität, Morbidität, Verringerung der Nebenwirkungen, Erhöhung der Lebensqualität etc. abstellen und immer die eine Frage ins Zentrum stellt: Was bringt das für den Patienten? Generell sollte auch gelten, dass die Anwendung von noch nicht abschließend getesteten Innovationen – seien es Arzneimittel, Medizinprodukte oder auch neue Behandlungsmethoden – ausschließlich in spezialisierten Einrichtungen vorgenommen werden darf. Der allgemein geltende Verbotsvorbehalt, nach dem dies in jedem Krankenhaus erfolgen kann, solange kein explizites Anwendungsverbot gilt, ist zu schwach.

Ich blicke auch positiv in das Jahr 2012, wenn es um die Umsetzung weiterer gesetzlicher Auflagen geht. Wie Sie wissen, sind die Krankenkassen unter Androhung von Sanktionen verpflichtet worden, in 2011 mindestens zehn Prozent ihrer Versicherten mit der neuen elektronischen Gesundheitskarte auszustatten. Für den Ersatzkassenbereich kann ich heute sagen: das hat geklappt. In 2012 sollen es dann 70 Prozent werden. Da hat die Politik ein ambitioniertes Ziel ausgerufen, das außer Acht lässt, dass es nicht allein in der Hand der Kassen liegt, dieses Ziel zu erreichen. Lieferanten wie Versicherte müssen auch mitspielen. Wenn Sie sich vor Augen halten, dass zum Teil zwei, dreimal erinnert werden muss, um das notwendige Foto des Versicherten für die Karte zu erhalten, dann können Sie sich vorstellen, dass damit erhebliche personelle und finanzielle Aufwände mit verbunden sind. Gleichwohl werden die Ersatzkassen alles daransetzen, das Ziel zu erreichen. Eine gute Nachricht in diesem Zusammenhang. Die Gesellschafterversammlung der gematik hat beschlossen, die vorgesehene Online-Anbindung der Gesundheitskarte bereits in 2013 umzusetzen, da es gelungen ist, eine hinreichende Anzahl an Arztpraxen mit tauglichen Lesegeräten auszustatten.

Dieser Beschluss ist zwar kein Garantieschein, zeigt aber, dass alle Beteiligten willens sind, die Online-Anbindung nunmehr schnell zu bewerkstelligen. Ich möchte diesen Zusammenhang auch nutzen, um eine Randbemerkung zu einer Studie einer Unternehmensberatung zu machen, die sich auf fragwürdige Weise in das gesundheitspolitische „Gutachtengeschäft“ einkaufen will. Diese Unternehmensberatung will eine überbordende Bürokratie im Gesundheitswesen ausgemacht haben und die Schuldigen gleich dazu: die Krankenkassen. Abgesehen davon, dass Methode und Rechnung der Autoren zum Erkenntnisgewinn nicht taugen, die Aussagen widersprüchlich und die Lösungshinweise banal sind – eine gute Gesundheitsversorgung braucht eine gute Verwaltung. Die haben wir. Und die ist nicht zum Nulltarif zu haben. Der Anteil der Ausgaben der Krankenkassen für Verwaltung beträgt im Schnitt 5,4 Prozent. Im Jahr 2010 machten die Verwaltungskosten 136 Euro je Versicherter aus. Bei der privaten Krankenversicherung (PKV) sind es allerdings 389 Euro; auch zum Teil begründet durch die exorbitant hohen Abschlusskosten. Summa summarum ist in der freien Wirtschaft der Anteil der Verwaltungskosten fast doppelt so hoch wie in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

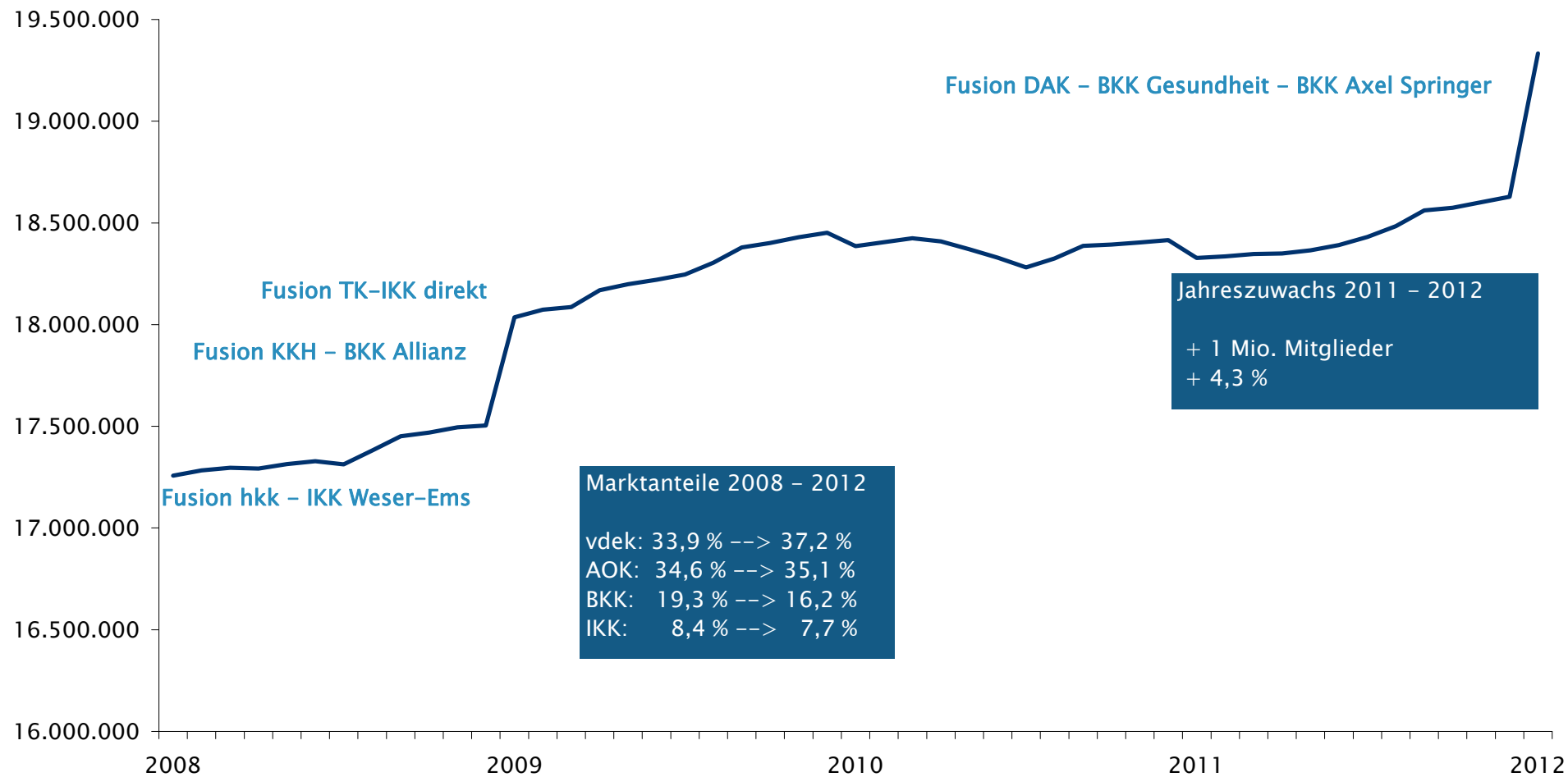
Wir starten in das Jahr 2012 mit ausgesprochen guten Zahlen. Dies ist darin begründet, dass zum einen die Ausgabenentwicklung günstiger war, als für die Ausgabenzuweisungen des Gesundheitsfonds im Oktober 2010 durch den Schätzerkreis angenommen worden sind. Auf Basis der Schätzzahlen der KV 45 (Zahlen 1. bis 3. Quartal) weist die GKV einen Überschuss von 3,9 Milliarden Euro auf. Rund 1,7 Milliarden Euro fallen dabei auf den Ersatzkassenbereich. Das bewirkt eine gewisse Entspannung, ist aber nicht gleichbedeutend mit Entwarnung. Aus schwarzen Zahlen können schnell rote Zahlen werden; insbesondere wenn die wirtschaftliche Situation sich deutlich verschlechtert und die Kostenbegrenzungsmaßnahmen des GKV-Finanzierungsgesetzes auslaufen. Insofern bin ich über die Überschüsse im Fonds auch froh und erteile all denen, die eine Ausschüttung der Mittel des Gesundheitsfonds fordern, eine Absage. Was auf kurze Sicht möglich erscheint, ist auf lange Sicht noch lange nicht gut. Und in diesen Zeiten sollten wir eher auf Nachhaltigkeit setzen.

Die finanzielle Entspannung zeigt sich auch bei den Mitgliedskassen, die in den vergangenen zwei Jahren einen Zusatzbeitrag nehmen mussten und diesen nun wieder abschaffen können. Das ist nicht nur ein positives Signal an ihre Versicherten, sondern auch als Signal an die Politik zu verstehen. Nach den Erfahrungen mit der CITY BKK und der BKK für Heilberufe dürfte auch dort angekommen sein, dass Zusatzbeiträge zwar keine gesunde Kasse in die Knie zwingen, sehr wohl aber wie Brandbeschleuniger wirken. In der Rückschau muss

man den Kopf schütteln über unnötige Wanderungsbewegungen, Verwaltungsaufwände und Beitragsausfälle, die acht Euro auslösen können. Da 2012 nunmehr alle Kassen auf die Erhebung eines Zusatzbeitrages verzichten wollen, sollte die Politik die Chance ergreifen, sich von diesem Finanzierungsexperiment endgültig zu verabschieden. Vielleicht gehört ja etwas Mut dazu, sich von Irrtümern zu lösen und zu Bewährtem zurückzukehren. Ich persönlich würde es als Zeichen von Stärke werten, wenn sich die Politik auf die tragenden Säulen unserer Sozialversicherung besinnt und deren Fundament – die paritätische Finanzierung und Autonomie von Arbeitnehmern und Arbeitgebern bei der Festlegung der Krankenkassenbeiträge – wieder stärkt.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

vdek – Mitgliederentwicklung 2008 – 2011

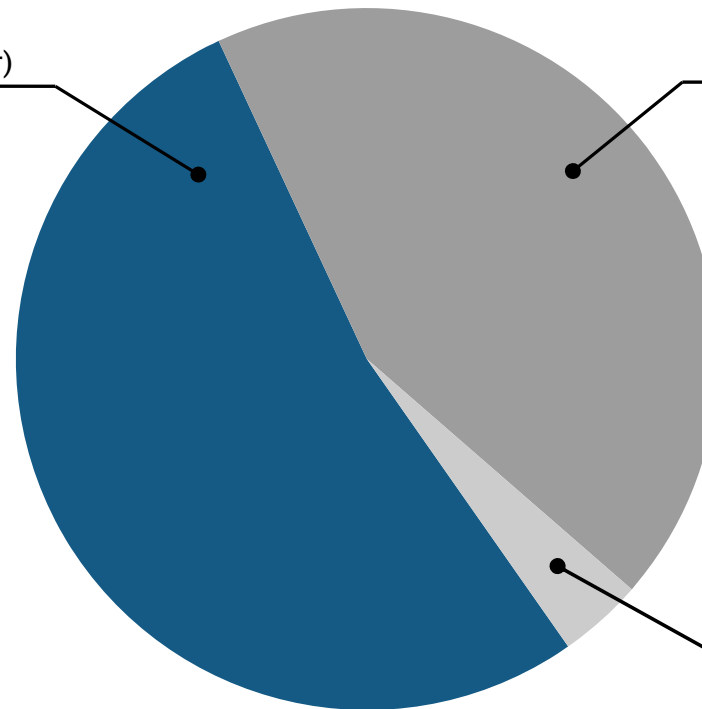


Ausgaben für Medizinprodukte*
in Milliarden EUR
2009 – Deutschland

Ausgaben für Medizinprodukte: 26,3 Mrd. EUR

Hilfsmittel (alle Ausgabenträger)
53 % = 13,9 Mrd. EUR

Sonstiger medizinischer Bedarf
43 % = 11,4 Mrd. EUR.



Verbandmittelbereich
4 % = 1,0 Mrd. EUR.

Quelle: Eigene Darstellung nach: BVMed.

*ohne Investitionsgüter und Zahnersatz

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz sieht vor:

Bedarfsplanung

- Anpassung der Bedarfsplanung unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung
- Flexibilisierung: Abweichungen von Stadt- und Landkreisen, zusätzliche lokale oder qualifikationsbezogene Bedarfe
- Abweichung von der Bedarfsplanungsrichtlinie über „regionale Besonderheiten“

Länderkompetenzen

- Beteiligung der Länder bei den Beratungen des G-BA zur Bedarfsplanung
- Beteiligung der Länder in den Landesausschüssen inklusive Rechtsaufsicht, Beanstandungsrecht und Recht auf Ersatzvornahme
- Anpassung der Sitzverteilung in den Landesausschüssen
- Gremium zu sektorübergreifenden Versorgungsfragen
- Vorlage von Selektivverträgen auch bei den Ländern
- Benennung eines gemeinsamen Bevollmächtigten mit Abschlussbefugnis für jede Kassenart/Land

Instrumente zur Sicherstellung der Versorgung

- Maßnahmen gegen Unterversorgung: Regelungen zur besseren Vereinbarung von Familie und Beruf, Delegation von ärztlichen Leistungen, Telemedizin, Preiszuschläge, Zweigpraxen, Ermächtigung von Ärzten in Reha- und Pflegeeinrichtungen, Eigeneinrichtungen von Kassenärztlichen Vereinigungen oder Kommunen
- Maßnahmen gegen Überversorgung: Vorkaufsrecht der Kassenärztlichen Vereinigungen, Förderung des freiwilligen Verzichts auf einen bestehenden Vertragsarztsitz, Möglichkeit zur befristeten Zulassung
- Preisab- und Preisaufschläge entfallen
- Strukturfonds in unterversorgten Gebieten zur Bezuschussung von Investitionskosten, Zuschläge für Vergütung, Ausbildung, Stipendien

Versorgung

- Stufenweise Einführung der „ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung“ für Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen und hochspezialisierte Leistungen
- Entlassmanagement nach Krankenhausaufenthalt und angemessene Wartezeiten
- Modellvorhaben zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung auf Basis eines Medikationskatalogs auf Wirkstoffbasis

Der vdek sagt dazu:

Eine **Flexibilisierung der Bedarfsplanung** kann helfen, die Versorgung passgenauer zu gestalten. Hier ist Verantwortungsbewusstsein bei allen Akteuren gefragt. Die **Überarbeitung der Arzt-Einwohner-Relationen** darf aber nicht dazu führen, dass sich die vielerorts bestehende massive Überversorgung weiter verstärkt, indem auch in Überversorgungsgebieten neue Arztsitze geschaffen werden.

Die **Länder** haben wesentliche Aufgaben der Daseinsvorsorge zu erfüllen. Deshalb müssen sie an den **Gestaltungsfragen** im Zusammenhang mit der **gesundheitlichen Versorgung** beteiligt sein. Ordnungspolitisch fragwürdig ist, dass die Länder die Rechtsaufsicht über Gremien erhalten, in denen sie selbst beteiligt sind. Die neuen Einwirkungsmöglichkeiten dürfen nicht in einer „Wunschzettel-Politik“ münden. Die **Ersatzkassen** werden ihren gewachsenen Einfluss in den Landesausschüssen nutzen, damit **Versorgungsverbesserungen und Finanzierung in Einklang** miteinander stehen.

Das Gesetz enthält viel zur Bekämpfung von Unterversorgung. Die **Lockerung der Residenzpflicht** birgt Chancen, dass Ärzte Beruf und Familie besser in Übereinstimmung bekommen. Gegen die **massive Überversorgung** in den städtischen Ballungsgebieten hält das Gesetz vergleichsweise wenig bereit. Der Verzicht auf finanzielle Steuerungsinstrumente zum Abbau von Überversorgung ist kontraproduktiv. Der **Praxisaufkauf** dürfte in den Zulassungsausschüssen die Ausnahme bleiben. Ein **Strukturfonds** kann helfen, dass Gelder zur Verhinderung von Unterversorgung systematisch bereitgestellt werden. Dass die Kassen zusätzliche finanzielle Mittel bereitstellen sollen, ist nicht sachgerecht, da für einige Verwendungszwecke bereits Gelder zur Verfügung gestellt werden. Und die Finanzierung von Stipendien fällt nicht in den Aufgabenbereich der Krankenkassen.

Die **Überwindung der Sektorengrenze** und die Schaffung eines **einheitlichen Wettbewerbsrahmens** sind richtungsweisend. Jeder Arzt und jedes Krankenhaus ist grundsätzlich berechtigt, an der neuen Versorgung teilzunehmen, wenn die Qualifikations- und Qualitätsvoraussetzungen erfüllt werden. Ob der Einstieg über ein eng umrissenes Krankheitsspektrum ausreicht, den Verzicht auf eine Bedarfsplanung zu kompensieren, muss sich erweisen. Positiv ist die **strengere Verpflichtung der Leistungserbringung**, für nahtlose Übergänge an den Schnittstellen der Versorgung zu sorgen.

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz sieht vor:

- Versorgungsverträge und Schiedsstelle für ambulante Rehabilitationseinrichtungen

Vergütungsregelungen

- Regionalisierung der Vergütung; Ärzte und Zahnärzte bestimmen auf Landesebene maßgeblich die Verteilung ihrer Honorare
- Anpassung der Vergütung über je eine Veränderungsrate für Demografie und Morbidität
- Aufhebung der Ausgabenbegrenzung bei extrabudgetären Leistungen und der Mengenbegrenzungsmaßnahmen in unterversorgten Gebieten
- Angleichung der zahnärztlichen Vergütung zwischen den Krankenkassen
- Zusätzliche Abrechnungsmöglichkeit für Zahnärzte bei aufsuchender Behandlung von Pflegebedürftigen oder Menschen mit Behinderungen

Leistungen

- Erweiterung der Möglichkeiten für Satzungsleistungen in den Bereichen Vorsorge und Rehabilitation, künstliche Befruchtung, zahnärztliche Versorgung, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege, Haushaltshilfe und Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern
- Mehrkostenregelung bei Intraokularlinsen

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

- Widerspruchsrecht des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages bei Besetzung der unparteiischen Mitglieder
- Einjährige Karenzzeit für unparteiische Mitglieder, Ausschluss der Wiederwahl, Amtszeitverlängerung auf sechs Jahre
- Übertragbarkeit der Stimmen der Leistungserbringerseite auf andere Leistungssektoren
- Erprobungsregelung für Innovationen, deren Nutzen noch nicht hinreichend erwiesen ist

Kassenschließungen

- Mindestzeitraum bei Schließungen: acht Wochen
- Unterstützung der Versicherten durch Informationen und Kündigungsvordrucke
- Weitergeltung der Leistungen, Ausnahme: Satzungsleistungen

Der vdek sagt dazu:

Der geplante Modellversuch zur besseren **Arzneimittelversorgung** überzeugt nicht, da **Einsparungen kaum realisierbar** sein werden, dafür aber wichtige Prüfinstrumente der Kassen entfallen sollen.

Die **Regionalisierung des Honorargeschehens** leistet einer Auseinanderentwicklung der ärztlichen Vergütung Vorschub. Die Krankenkassen werden künftig kaum mehr auf eine sachgerechte Honorarverteilung hinwirken können, auch weil die gemeinsame Selbstverwaltung keine verpflichtenden Vorgaben zur Honorarverteilung mehr machen kann. Durch die **Streichung der ambulanten Kodierrichtlinien** fehlt künftig zudem eine belastbare Grundlage für die Messung der Morbidität. Der Verzicht auf mengenbegrenzende Maßnahmen birgt Kostenrisiken. Die Regelungen zur **Nivellierung** der Unterschiede im Bereich der **zahnärztlichen Vergütung** hingegen stellen eine echte Chance dar, die **Wettbewerbsverzerrungen** zwischen den Kassenarten und zulasten der Ersatzkassen abzubauen.

Die erweiterten Möglichkeiten für Satzungsleistungen sind unter den Krankenkassen umstritten. Grundsätzlich wünschen sich auch die Ersatzkassen **mehr Gestaltungsmöglichkeiten**. Unter den konkreten Systembedingungen wird aber auch die Gefahr gesehen, dass die erweiterten Satzungsleistungen letztlich keinen Beitrag für einen funktionalen Wettbewerb um bessere Versorgungslösungen leisten. Widersprüchlich ist auch, dass der Gesetzgeber zuvor Teile dieser Leistungen aus Wirtschaftlichkeitsabwägungen ausgeschlossen hat. Die **Mehrkostenregelung für Intraokularlinsen** hingegen stellt sicher, dass die Kassen ihren Versicherten künftig zumindest den Anteil der Regelleistung erstatten dürfen.

Das Widerspruchsrecht steht im Widerspruch zur Unabhängigkeit des G-BA als wichtigstes Entscheidungsgremium der **gemeinsamen Selbstverwaltung**. Die Position einzelner Leistungserbringer wird durch die **Übertragbarkeit der Stimmen** gestärkt. Die Erprobungsregelung schafft die Möglichkeit, die Erkenntnisbasis für die Entscheidungen des G-BA zu verbessern. Die **Beteiligung der Hersteller** an den Kosten der wissenschaftlichen Evaluation ist angemessen, gilt aber leider nur in bestimmten Fällen für Medizinproduktehersteller.

Die Regelungen sind sachgerecht und helfen, dass hinreichend Zeit zur Verfügung steht, dass die Versicherten ihr **Kassenwahlrecht** ausüben können und es zu keinen Brüchen bei der **Leistungs-gewährung** kommt.



vdek-Positionen zu Patientenrechten





Patientenrechte stärken

In einem immer komplexer werdenden Gesundheitssystem ist es von besonderer Bedeutung, die Rechte der Patienten zu stärken.

Die Bundesregierung hat ein Patientenrechtegesetz auf den Weg gebracht. Auf dem ersten Entwurf kann man aufbauen. Wesentlicher Bestandteil des Gesetzes soll die Bündelung der heute in den unterschiedlichsten Gesetzen, Berufsordnungen und Gerichtsentscheidungen zersplitterten Regelungskreise mit dem Ziel einer höheren Transparenz für die Patienten sein, damit diese ihre Rechte besser kennen und wahrnehmen. Diesen Ansatz begrüßen wir ausdrücklich.

Darüber hinaus sind wir der Auffassung, dass weitere Maßnahmen notwendig sind. In allen relevanten Bereichen gilt es, eine systematische und angstfreie Feedback-Kultur auszubauen und zu pflegen. Dies hilft, das Gesundheitswesen an den Bedürfnissen der Versicherten und Patienten auszurichten und dient der Qualitätssicherung. Außerdem muss der Patientenschutz ausgebaut werden. Das betrifft (vermeintlich) innovative Leistungen, aber auch die sogenannten individuellen Gesundheitsleistungen, die Patienten ohne ausreichende Aufklärung verkauft werden. Versicherte und Patienten haben uns Vertretern in den Selbstverwaltungsorganen das Mandat gegeben, ihre Interessen zu vertreten. Aus diesem Selbstverständnis heraus setzt sich der vdek für eine Stärkung ihrer Rechte ein.

Dafür stehen unsere Positionen.

Christian Zahn
Vorsitzender des vdek

Thomas Ballast
Vorstandsvorsitzender des vdek



Inhaltsverzeichnis

	Seite
Einleitung	4
1. Versorgungsqualität	4
2. Patientenorientierung	6
3. Patientensouveränität	7
4. Patientenschutz	8
5. Transparenz von Patientenrechten	10
6. Durchsetzung von Patientenrechten	11
7. Selbsthilfe	13



Einleitung

Demokratische Legitimation, Versichertennähe und Praxisorientierung sind die herausragenden Kennzeichen der deutschen Sozialversicherung. Das Prinzip der Selbstverwaltung gründet auf der Einsicht, dass der Staat sich auf eine ausreichende Rahmensetzung beschränkt und der gemeinsamen Selbstverwaltung die versichertenennahe Gestaltung der Versorgungswirklichkeit überlässt. Die gewählten Vertreter in den Selbstverwaltungsorganen der Kranken- und Pflegekassen verstehen sich als Sachwalter der Interessen der Versicherten und Patienten. Aus diesem Selbstverständnis heraus setzen sie sich insbesondere für die Rechte der Versicherten und der Patienten ein. Diese müssen im Mittelpunkt des gesundheitspolitischen Geschehens stehen. Mit ihren Versorgungs- und Schutzinteressen, ihrem Wunsch nach Aufklärung und Mitsprache und nicht zuletzt auch mit ihrem Anspruch auf eine gute Behandlung und Gerechtigkeit im Schadensfall. In diesem Sinne fordern die Selbstverwalter der Ersatzkassengemeinschaft die Politik auf, die Patientenrechte konsequent auszubauen und durchzusetzen.



1. Versorgungsqualität

Jeder Patient hat das Recht auf eine fachgerechte Behandlung. Dies schließt das Recht auf Nichtbehandlung und das Recht auf Wahrung der Persönlichkeitssphäre mit ein. Dieses Recht darf nicht aufgrund von Alter, Geschlecht, Herkunft, sozialem Status, ökonomischer Situation, Weltanschauung oder sexueller Identität eingeschränkt werden.

Das Recht auf eine fachgerechte Behandlung – entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse – setzt bei den behandelnden Ärzten einen hohen und aktuellen Wissens- und Informationsstand voraus. Schon heute sind die Ärzte zur regelmäßigen Fortbildung verpflichtet. Das Angebot der Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen sowie auch der Fachgesellschaften muss

auch im internationalen Vergleich einem hohen Niveau entsprechen. Die Fortbildungsangebote sollen streng darauf ausgerichtet werden, dass die Inhalte einen direkten Versorgungsbezug haben und den aktuellen Stand der Medizin widerspiegeln.

Die ärztliche Fortbildung soll streng an den Versorgungsbedürfnissen ausgerichtet werden.

Den Patienten ist der medizinisch-technische Fortschritt zugänglich zu machen; dabei ist das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten. Gleichzeitig haben sie aber auch das Recht, vor Leistungen geschützt zu werden, deren Zweck, Wirkung und Nutzen (noch) nicht hinreichend geprüft und erwiesen ist. Heute werden im Krankenhaus neue Behandlungsmethoden angewandt, ohne dass vorab Nutzen und Schaden ausreichend geprüft worden sind. Zum Schutze der Patienten sollten noch nicht abschließend geprüfte Behandlungen künftig nur durch entsprechend qualifizierte Einrichtungen erbracht werden dürfen, wobei der wissenschaftliche Nutzenbeleg über Studien anzustreben ist. Damit können neue Methoden bei Eignung auch dauerhaft in die ambulante Versorgung überführt werden.

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sollen nur in besonders qualifizierten Einrichtungen erprobt werden.

Die Patienten haben nach geltender Rechtslage einen Anspruch auf ein Versorgungsmanagement. Dieser Anspruch ist über alle Leistungsbereiche der Kranken- und Pflegeversicherung hinweg umzusetzen. Die Ersatzkassen stellen fest, dass insbesondere das Entlassungsmanagement der Krankenhäuser vielfach verbesserungsbedürftig ist. Anstrengungen, dieses zu verbessern, sind insbesondere mit Blick auf die Patienten, die einer nachgehenden Versorgung und Pflege bedürfen, notwendig. Dazu sind zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor, aber auch zwischen Rehabilitation und Pflege bestehende Schnittstellenprobleme zu beseitigen.

Schnittstellenprobleme zwischen den Versorgungssektoren und den Versicherungsträgern sind konsequent zu beseitigen.



2. Patientenorientierung

Das deutsche Gesundheitssystem bietet allen Versicherten einen niedrighschwelligen Zugang zu seinen Leistungen. Dabei sichert die Solidargemeinschaft der Versicherten eine Leistungsgewährung, die sich am medizinisch Notwendigen ausrichtet. Die Leistung muss zugleich wirtschaftlich sein, damit die gemeinschaftlich aufgebraachten Mittel effektiv und effizient verwendet werden.

Der niedrighschwellige Zugang zu den Gesundheitsleistungen muss erhalten bleiben.

Patientenorientierung heißt, dass der Patient mitgestalten kann. Dies erfolgt zum einen über die Vertreter in den Selbstverwaltungsparlamenten der Kranken- und Pflegekassen und mittelbar in der gemeinsamen Selbstverwaltung. Zum anderen haben Betroffenengruppen sich auf Vertreterinnen und Vertreter in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundes- und Landesebene verständigt. Zur besseren Akzeptanz von Patientenvertretern in den Selbstverwaltungsorganen der gemeinsamen Selbstverwaltung sollten die entsendenden Organisationen mehr Transparenz hinsichtlich ihrer Organisation, ihrer Organisationsverantwortlichen und ihrer Finanzierung schaffen.

Das Gesundheitswesen benötigt eine systematische Feedback-Kultur. Die Rückkopplung mit den Patienten ist ein wesentlicher Baustein, die Leistungserbringung, aber auch die Krankenversicherung, an den Bedürfnissen der Patienten auszurichten. Dies dient nicht zuletzt auch der Qualitätssicherung. Bei den Ersatzkassen sind Ausschüsse implementiert, in denen die über die Sozialwahl gewählten Versichertenvertreter über Widersprüche gegen die Entscheidungen der Kasse befinden. Die Ersatzkassen setzen sich darüber hinaus für ein verpflichtendes Beschwerdemanagement in allen relevanten Bereichen des Gesundheitswesens ein.

In allen relevanten Bereichen des Gesundheitswesens ist ein verpflichtendes Beschwerdemanagement einzuführen.

Das Gesundheitswesen muss am Patienten orientiert sein, nicht am Versicherungsstatus. In der medizinischen Behandlung gibt es zwischen GKV- und PKV-Versicherten keine Qualitätsunterschiede. Allerdings werden PKV-Versicherte bei der Vergabe von Terminen vielfach bevorzugt. Es sind verbindliche Vorgaben für die Ärzte notwendig, damit diese Ungleichbehandlungen künftig vermieden werden.

Dazu gehört auch, das Anbieten von gesonderten Sprechzeiten für privatärztliche Leistungen (Privatpatienten und IGeL-Leistungen für GKV-Patienten) zu untersagen.



3. Patientensouveränität

Mündige Patienten können dem behandelnden Arzt souveräner begegnen. Dem behandelnden Arzt obliegt es, aus seiner medizinischen Fachkenntnis und dem Wissen über die individuelle Situation des Patienten heraus die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Schritte gemeinsam mit dem Patienten zu entwickeln („Shared decision“). Dazu muss er den Patienten umfassend über das Krankheitsbild, Therapiemöglichkeiten und ggf. weiterführende Maßnahmen der Diagnostik – jeweils evidenzbasiert –, deren Risiken und bei Arzneimitteln auch Nebenwirkungen aufklären. Die Informationen müssen richtig, nachprüfbar, klar und verständlich sein. Wichtig ist dabei auch eine verlässliche Information, welche Leistungen zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Dem Patienten muss vor Unterzeichnung von Aufklärungsformularen eine ausreichende Vorlaufzeit eingeräumt werden, in der er sich für oder gegen die Behandlung entscheiden kann.

Der Patient hat ein Recht auf Einsicht in die Patientenakte sowie auf die Zugänglichkeit aller Befundergebnisse einschließlich der bildgebenden Diagnostik und der Befunde. Die exakte Dokumentation von Anamnese, Diagnose, Therapie, möglicherweise aufgetretenen Nebenwirkungen und Behandlungsergebnissen dient nicht nur dem Behandler und dem Patienten als Grundlage für weitere medizinisch-therapeutische Entscheidungen, sondern ggf. auch nach- und weiterbehandelnden Stellen sowie in Streitfällen der Beweisführung. Ähnliches gilt für die Pflege. Die Dokumentation hat zeitnah, wahr und fälschungssicher zu erfolgen und ist vor dem Zugriff Dritter zu schützen.

Eine sorgfältige Dokumentation des Behandlungs- und Pflegegeschehens dient Patienten und Behandlern gleichermaßen und ist in allen Versorgungsbereichen sicherzustellen.

Daneben brauchen Patienten den Zugriff auf weitere vertrauenswürdige und neutrale Informationsquellen zu medizinisch-therapeutischen Fragestellungen, aber auch zu den Leistungen und Angeboten des Gesundheitswesens. Die Krankenkassen halten für ihre Versicherten umfassende Informationen bereit. Nach dem Vorbild der Pflegenoten ist zudem darauf hinzuwirken, dass dem Patienten ein möglichst umfassender, verständlicher Einblick in Behandlungsmöglichkeiten und die Behandlungs-

beziehungsweise Leistungsergebnisse ermöglicht wird. Eine umfassende Information über die spezifischen Behandlungsalternativen und Versorgungsangebote im Gesundheitswesen sowie ihre Ergebnisqualität ist die Voraussetzung für einen funktionierenden, die Qualität steigernden Wettbewerb, in dem der Patient die Möglichkeit hat, zwischen verschiedenen Alternativen fundiert zu entscheiden. Die Krankenkassen sollen umfassend über die Angebote und Anbieter im Gesundheitswesen informieren. Die Leistungserbringer geben umfassend Einblick in die Qualität ihrer Arbeit.

Die Versicherten und Patienten müssen umfassende Einblicke in die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Angebote des Gesundheitswesens bekommen können.



4. Patientenschutz

Patientenschutz bedeutet, die Patienten vor Behandlungs- und Produktrisiken zu schützen. Dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung kommt dabei eine Schutzschirmfunktion zu. Es ist davon auszugehen, dass alle evidenzbasierten Leistungen, deren Nutzen und Wirksamkeit in Studien nachgewiesen worden sind, zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden können. Nicht evidenzbasierte Leistungen und Leistungen mit schlechter Evidenz dürfen nicht in den Leistungskatalog der GKV aufgenommen werden. Solche Leistungen werden heute in zunehmendem Umfang in Arztpraxen als individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL-Leistungen) verkauft. Es ist darauf hinzuwirken, dass die Patienten vor nicht-evidenzbasierten Leistungen, deren Nutzen nicht wissenschaftlich erwiesen ist, geschützt werden. Zum einen muss sichergestellt werden, dass der Arzt vor einer derartigen Behandlung seiner Aufklärungspflicht umfassend nachkommt; auch in Bezug auf die Nicht-Leistungspflicht der Krankenkassen. Daneben ist auf eine striktere Begrenzung des Angebots von IGeL-Leistungen in den Arztpraxen hinzuwirken. Zudem muss den Patientinnen und Patienten hinreichend Zeit eingeräumt werden, das Angebot zu prüfen. Denn vielfach sind die angebotenen Leistungen nicht nur überflüssig, sondern können dem Patienten sogar Schaden zufügen.

Bei IGeL-Leistungen muss eine vorherige umfassende Aufklärung erfolgen und vom Patienten schriftlich bestätigt werden. In diesem Zusammenhang sprechen sich die Ersatzkassen für eine grundsätzliche 24-stündige Einwilligungssperrfrist und eine Konkretisierung der Beratungsanforderungen aus.

Bei Medizinprodukten fehlen derzeit Sanktionsmöglichkeiten, wenn Hersteller oder Anwender ihren Meldepflichten bei unerwünschten Ereignissen oder Mängeln nicht nachkommen. Dazu muss das Medizinproduktegesetz entsprechend weiterentwickelt werden. Für langlebige Medizinprodukte hoher Risikoklassen sollten Register zur Langzeitverfolgung eingeführt werden. Solche Register helfen, nicht nur gute Produkte, sondern auch gute Behandler zu identifizieren. Daneben listet es die fehlerhaften Medizinprodukte. Unerlässlich hierfür ist eine enge Kooperation mit den Anwendern als auch mit den Produkthanbietern. Nur eine Berücksichtigung aller Patientenfälle und aller Produkte innerhalb einer Produktklasse rechtfertigt den materiellen und logistischen Aufwand. In diesem Zusammenhang regen die Ersatzkassen die Erhebung einer Herstellerabgabe zur (Mit-)Finanzierung eines Registers für Medizinprodukte an. Eine Kommission soll gegenüber der Politik Empfehlungen abgeben, für welche Produkte ein Register sinnvoll ist und geführt werden sollte. Darüber hinaus sollten die Dokumentationspflichten für Hersteller von Medizinprodukten gesetzlich konkretisiert werden, damit bei Schäden in Folge des Einsatzes von Medizinprodukten Einsicht in die Unterlagen der Hersteller genommen werden kann, um berechnete Schadensersatzforderungen der Patienten besser durchsetzen zu können.

Im Medizinproduktegesetz sind Auskunfts- und Haftungsnormen zu implementieren.

Mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) ist eine zusätzliche frühe Nutzenbewertung für neue Arzneimittel geschaffen worden, die in erster Linie der weiteren Preisfindung dienen soll. Gleichzeitig wurden aber die Instrumente der ursprünglichen Nutzenbewertung sowie der Kosten-Nutzen-Bewertung in den Hintergrund gedrängt. Im Sinne des erforderlichen Patientenschutzes ist die Bewertung eines Arzneimittels jedoch am maßgeblichen therapeutischen Nutzen auszurichten, der sich im Regelfall nur an harten Endpunkten festmachen lässt wie Überlebenszeit oder Lebensqualität. Dies ist auch für bereits länger auf dem Markt befindliche Arzneimittel erforderlich. Notwendig sind daher Studien, die vor und auch nach der Zulassung relevante Ergebnisse zum Überleben und zur Lebensqualität liefern. Wichtig ist dabei auch die konsequente und über einen längeren Zeitraum durchgeführte Erfassung und systematische Auswertung nicht erwünschter Wirkungen, um auf dieser Grundlage das gesamte Schadenspotential einschätzen zu können.

Nutzenbewertungen sind konsequent an therapeutischen Endpunkten auszurichten und sollen künftig auch die nicht erwünschten Wirkungen erfassen.

Zukünftig ist der Fehlerprävention ein höherer Stellenwert einzuräumen. Kritische Ereignisse entstehen häufig durch eine Verkettung von kleineren Einzelfehlern, widrigen Begleitumständen, systematischen Mängeln und einem Fehlen oder Versagen wichtiger Kontrollmechanismen. Eine systematische Aufarbeitung von Fehlern kann helfen, solche Ereignisse in der Zukunft zu verhindern. Bereits heute gibt es etablierte Analyseprotokolle zur Auswertung von Gutachten zu Behandlungsfehlern. Geeignete Programme zur Förderung von Risikomanagement ergänzen die Analyse und bereiten auf mögliche Krisensituationen vor, um im Ernstfall besser mit ihnen umzugehen. Solche Ansätze werden vereinzelt auch von den Krankenkassen angeboten. Daneben kann auf positive Erfahrungen im internationalen Bereich verwiesen werden. Nicht zuletzt existiert eine Reihe von praktischen Hilfen wie Checklisten und Remindern, die Ärzte und Pflegekräfte im Arbeitsalltag unterstützen. Zur Fehlerprävention gehört aber auch die Schaffung eines Arbeitsklimas, in dem das Anzeigen von Fehlern leichter fällt.

Der Fehlerprävention ist in allen Leistungsbereichen des Gesundheitswesens ein höherer Stellenwert einzuräumen.



5. Transparenz von Patientenrechten

Die Rechte von Patienten sind bislang weder abschließend noch zentral geregelt. Sie finden sich als allgemeine Vorschriften im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB), in den Sozialgesetzbüchern, in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, in Bundesmantelverträgen mit den maßgeblichen Organisationen der Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser, in den Berufsordnungen der Heilberufekammern sowie in zahlreichen Spezialnormen. Darüber hinaus ist Patientenrecht in vielen Bereichen sogenanntes „Richterrecht“. Mehr als 30 Jahre Spruchpraxis haben ein Geflecht an Regelungen geschaffen, an denen sich die Rechtsprechung im Falle von Behandlungsfehlern heute ausrichtet. Für die Patienten ist die derzeitige Rechtslage hochgradig intransparent. Eine Kodifizierung über die Verankerung des Behandlungsvertrages im BGB kann die bisher fehlende Transparenz über das Rechte- und Pflichtengefüge herstellen, zur Rechtssicherheit beitragen und die Wahrnehmung von zustehenden

Rechten fördern. Eine Kodifizierung muss dabei der geltenden Spruchpraxis in Umfang und Tiefe mindestens entsprechen und ist im Sinne des Patientenschutzes weiterzuentwickeln. Eine qualifizierte Öffentlichkeitsarbeit muss diesen Prozess begleiten.

Eine umfassende, qualifizierte und verständliche Informationsarbeit trägt zur Transparenz über die Patientenrechte bei.



6. Durchsetzung von Patientenrechten

Nach der geltenden Rechtslage des § 66 SGB V können die Krankenkassen ihre Versicherten bei der Verfolgung von Schadenersatzansprüchen aus Behandlungsfehlern unterstützen. Alle Krankenkassen sollten verpflichtet werden, ihre Versicherten bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler zu beraten. Bei den Ersatzkassen ist dies gelebte Praxis. Um ihrem Unterstützungsauftrag gerecht werden zu können, ist den Krankenkassen im Falle eines erhärteten Verdachts – begrenzt auf den Unterstützungsauftrag und innerhalb einer verbindlichen Frist – das Recht auf vollständige Einsicht in die Patientenakte zu gewähren. Sollte die Patientenakte Mängel aufweisen oder nicht vollständig oder rechtzeitig herausgegeben werden, muss die Beweislast auf den Behandler übergehen.

Bei einem Behandlungsfehler sollte eine umgehende Information des Betroffenen eine Selbstverständlichkeit sein. Darüber hinaus muss die nach § 294a SGB V gegebene Verpflichtung, wonach Vertragsärzte und Krankenhäuser durch Dritte verursachte Gesundheitsschäden mitzuteilen und die erforderlichen Daten einschließlich der Angaben über Ursachen und den möglichen Verursacher den Krankenkassen zu übermitteln haben, mit Leben erfüllt werden. Sollten Anhaltspunkte beim Leistungserbringer auf einen durch Dritte verursachten Schadensfall – zum Beispiel durch einen Behandlungsfehler – vorliegen, muss künftig unaufgefordert eine Mitteilung an die Krankenkasse bzw. die Kostenträger erfolgen. Der Gesetzgeber sollte zudem den Partnern der Bundesmantelverträge und der Verträge nach § 112 SGB V die Möglichkeit einräumen, Verstöße gegen § 294a SGB V mit Sanktionen zu belegen.

Bei durch Dritte verursachten Gesundheitsschäden wird eine Verpflichtung zur unmittelbaren Information der Kostenträger gesetzlich verankert.

Behandlungsfehler dürfen nicht aus Furcht vor finanziellen Konsequenzen verschwiegen oder verschleiert werden. Deshalb müssen alle Behandler über eine ausreichende

Berufshaftpflicht verfügen. Dies ist heute nicht hinreichend sichergestellt. Beispielsweise haben niedergelassene Ärzte die Berufshaftpflicht lediglich zum Zeitpunkt der Approbation gegenüber der Ärztekammer nachzuweisen. Ein ungenügender Versicherungsschutz kann schon allein durch eine nicht vollumfängliche Anzeige der Veränderung der berufsbedingten Risiken gegenüber dem Versicherer entstehen. Über Änderungen oder Kündigungen der Versicherungen wird die Kammer aber nicht informiert. Hier sollte eine entsprechende Verpflichtung in der Berufsordnung verankert werden. Daneben ist zu prüfen, ob die Haftpflichtversicherer verpflichtet werden sollen, Vertragsänderungen oder -kündigungen der zuständigen Kammer zu melden. Die Kammern hätten in diesem Fall die Möglichkeit zu prüfen, ob der Versicherungsschutz auch tatsächlich dem berufsbedingten Schadensrisiko entspricht. In diesem Zusammenhang ist auch zu prüfen, ob das Interventions- oder Sanktionsinstrumentarium der Heilberufekammern gestärkt werden sollte.

Die Heilberufekammern müssen einen ausreichenden Haftungsschutz ihrer Mitglieder sicherstellen können.

Die Verfahren zu Behandlungsfehlern sind in der Regel langwierig und erstrecken sich zum Teil über viele Jahre. Ein Problem ist die Überlastung der Gerichte. Daneben fehlen vielfach geeignete medizinische Gutachter. Es ist darauf hinzuwirken, die Zahl der qualifizierten Begutachter zu erhöhen. Daneben sollte den Patienten bei der Auswahl von Gutachtern ein Mitspracherecht eingeräumt werden (Vorschlagsrecht, Vetorecht).

In diesem Kontext ist auf die wichtige Funktion der Schlichtungsstellen bei den Ärzte- und Zahnärztekammern hinzuweisen. In vielen Fällen wird über deren Arbeit ein Gerichtsverfahren obsolet. An die Stelle von langwierigen und psychisch stark belastenden Rechtsstreitigkeiten über mögliche Behandlungsfehler sollten vermehrt Schlichtungsverfahren treten. Die Verfahren sollten künftig nach einheitlichen Grundsätzen gestaltet, transparent und kostenfrei sein. Patientenvertreter sind zu beteiligen.

Die Heilberufekammern stellen sicher, dass die Schlichtungsverfahren überall nach gleichen Verfahren arbeiten und kostenfrei sind.



7. Selbsthilfe

Sich selbst und anderen zu helfen ist das erklärte Ziel von mehr als 50.000 Selbsthilfegruppen und über 1.500 Selbsthilfeorganisationen in Deutschland. Menschen engagieren sich in der Selbsthilfe, weil sie ihre gesundheitlichen, sozialen oder seelischen Probleme selbst in die Hand nehmen und für andere Betroffene niedrigschwellige Hilfestrukturen anbieten wollen. Diese wichtige Arbeit unterstützen die Ersatzkassen seit mehr als 25 Jahren.

Seitens der Politik wird immer wieder bekundet, dass die Unterstützung der Selbsthilfe eine Gemeinschaftsaufgabe sei. Die Krankenkassen haben ihren Auftrag ernst genommen und in den zurückliegenden Jahren die Förderung systematisch ausgebaut. Die Förderung durch die GKV hat mittlerweile ein Finanzvolumen von 40 Millionen Euro pro Jahr angenommen und erfolgt nach nachvollziehbaren und akzeptierten Kriterien. Dabei haben sich die beiden Förderstränge in der Selbsthilfeförderung – GKV-Gemeinschaftsförderung und individuelle Förderung durch die Krankenkasse – bewährt und sollten erhalten bleiben.

Zum anderen haben sich aber auch verschiedene Stellen mit Verweis auf die GKV-Förderung aus ihrer finanziellen Verantwortung gelöst. Die Politik sollte deshalb den Gemeinschaftscharakter der Selbsthilfe auch rechtlich fassen und die anderen Sozialleistungsträger, die PKV und die öffentliche Hand verpflichten, die Selbsthilfe in einem angemessenen Rahmen zu fördern und die Förderung transparent zu machen.

Die Verpflichtung zur Förderung der Selbsthilfe wird auf die anderen Sozialleistungsträger, die öffentlichen Stellen und die PKV ausgedehnt und quantifiziert.

Herausgeber:

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Abteilung Politik / Selbstverwaltung

Askanischer Platz 1, 10963 Berlin

Tel.: 0 30 / 2 69 31 - 0

E-Mail: info@vdek.com

www.vdek.com