



Die Beauftragte der Bundesregierung  
für die Belange der  
Patientinnen und Patienten

Frau Groeters  
Landschaftsverband Rheinland  
Dezernat 8

**Helga Kühn-Mengel**  
Mitglied des Deutschen Bundestages

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin  
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin

TEL +49 (0)30 18 441-3420

FAX +49 (0)30 18 441-3422

E-MAIL [patientenbeauftragte@brmg.bund.de](mailto:patientenbeauftragte@brmg.bund.de)

Fax: 0221 – 8284-1814

Berlin, 23. November 2006

Sehr geehrte Frau Groeters,

zunächst möchte ich für die Einladung zur Sitzung der Gesundheitsausschusses des Landschaftsverbandes Rheinland am 24. November 2006 danken. Wie Sie erfahren haben, ist es mir aufgrund der morgigen namentlichen Abstimmungen nicht möglich, Ihrer Einladung zu folgen. Die Bundestagsfraktion des SPD besteht auf Präsenz ihrer Abgeordneten, da der Bundeshaushalt zur Abstimmung steht. Ich bitte Sie also um Ihr Verständnis, wenn ich jetzt doch nicht kommen kann. Es ist aber bereits ein neuer Termin am 22. Januar 2007 vereinbart worden, an dem ich selbstverständlich gerne mit Ihnen den ein oder anderen Punkt der Gesundheitsreform persönlich diskutieren möchte.

Es ist mir aber wichtig, Ihnen heute schon einige Punkte mitzuteilen, die ich besonders kritisch sehe und die Ihre Klientel betrifft. Ich habe diese auch gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit vertreten und in die politische Diskussion zum Entwurf des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, GKV-WSG) eingebracht.

#### **1. Die neue Chronikerregelung nach § 62 SGB V.**

Diese Regelung sehe ich besonders kritisch.

Die ursprüngliche Chronikerregelung ist in dem Gesetzentwurf beibehalten worden. Das ist zu begrüßen, da eine finanzielle Überforderung chronisch kranker Menschen unbedingt verhindert werden muss. Die Bindung der Chronikerregelung an therapiegerechtes Verhalten ist jedoch abzulehnen.

Selbstverständlich tragen auch die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung Verantwortung für ihre Gesundheit und sollten diese nach Kräften erhalten und wiederherstellen. Die im Entwurf enthaltene Regelung läuft aber der bisherigen Absicht der Politik zuwider, Patienten und Ärzte auf mehr Augenhöhe zu bringen.

Gerade das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Projekt "Der Patient als Partner" hat eindrucksvoll gezeigt, wie wichtig und gesundheitsfördernd es ist, dass Patientinnen und Patienten in den Entscheidungsprozess über ihre Behandlung einbezogen sind.

Der Sechs-Länder-Vergleich des Commonwealth Fund (CWF) hat die Kommunikation zwischen Arzt und Patient als eine der Schwachstellen im deutschen Gesundheitswesen beschrieben: 61 % der Befragten gibt an, dass ihr Arzt sie nicht immer über Behandlungsalternativen aufklärt und nach ihrer Meinung befragt; in 46 % der Fälle werden Behandlungsziele selten oder nie erklärt. 42 % der Patientinnen und Patienten vermissen klare Informationen, auf welche möglichen Warnsymptome sie achten sollen.

Eine Malus-Regelung ist aber vor dem Hintergrund der oben dargestellten Informationsdefizite nicht zielführend.

Das gleiche gilt für die Bindung der Chronikerregelung an die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen. Auch diese ist abzulehnen.

Leider nutzen nur etwa jeder fünfte Mann und jede zweite Frau in Deutschland die Angebote der gesetzlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Dies belegt die Auswertung des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung Deutschlands. Im Jahr 2004 nahmen demnach 18,3 % der Männer und 46,8 % der Frauen die gesetzlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Anspruch.

Ich bin der Meinung, dass sich aus diesen Zahlen ein Handlungsbedarf ergibt. Bisher ist es nicht gelungen, die Versicherten zur stärkeren Teilnahme an Früherkennungsprogrammen zu motivieren. Ich unterstütze deshalb die Zielsetzung der Regelung, die Teilnehmerate zu erhöhen.

Die im Gesetzentwurf vorgelegte Regelung, nach der nur jene von der reduzierten Belastungsgrenze profitieren, "die vor ihrer Erkrankung regelmäßig die für sie relevanten, vom Gemeinsamen Bundesausschuss näher zu bestimmenden Vorsorguntersuchungen in Anspruch genommen haben" halte ich aber für den falschen Weg.

Zielführender wären: Information, gezielte Ansprache von Risikogruppen, Kampagnen, Einladesysteme, aufsuchende Prävention und eine Lösung, die die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen belohnt. Dies würde den seit 1998 begonnenen Weg der Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung, der Setting-Ansätze und der Stärkung der Patientenbeteiligung fortsetzen.

Solange das System der gesetzlichen Krankenversicherung seine "Bringschuld" in den Bereichen Prävention und Information noch nicht erfüllt hat, dürfen die Patientinnen und Patienten nicht einseitig belastet werden.

Für Patientinnen und Patienten zählt vor allem die Frage, ob die geplanten Maßnahmen die gesundheitliche Versorgung auch in Zukunft sichern und verbessern. Ein wichtiger Aspekt ist, dass jeder und jede einzelne die dem jeweiligen medizinischen Bedarf entsprechende Versorgung erhält. Dabei müssen auch geschlechtsspezifische Aspekte und die Bedürfnisse von Kindern Berücksichtigung finden.

## **2. Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser nach § 14 Abs 7 Bundespflegesatzverordnung**

Zunächst ist festzustellen dass die Krankenhäuser mit einem Ausgabenanteil von einem Drittel die Gesamtausgaben der Krankenkassen und damit die Beitragssatzentwicklung maßgeblich beeinflussen. Auch bei allem Verständnis für die insgesamt schwierige wirtschaftliche Situation vieler Krankenhäuser kann im Hinblick auf die angespannte finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung und die weitreichenden Änderungen, die in den Eckpunkten für andere Bereiche des Gesundheitssystems beschlossen wurden, der Krankenhausbereich als größter Ausgabenblock nicht außen vor bleiben. Insofern müssen sich die Krankenhäuser mit einem Sanierungsbeitrag für stationäre Leistungen an der Reform beteiligen.

Inzwischen wurden bei den politischen Gesprächen zur Umsetzung der Eckpunkte zur Gesundheitsreform 2006 gegenüber dem ersten Arbeitsentwurf Änderungen bei den Regelungen für den Krankenhausbereich vorgenommen. Der Beitrag der Krankenhäuser soll nunmehr in folgender Weise modifiziert und abgesenkt werden:

Die in den Eckpunkten vorgesehene zusätzliche Belastung der Krankenhäuser in Höhe von 250 Mio. Euro durch die Einführung einer Anschubfinanzierung für die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen durch Krankenhäuser soll entfallen. Eine ver-

besserte Umsetzung der ambulanten Teilöffnung der Krankenhäuser wird durch die Einführung eines Zulassungsverfahrens durch die Länder erreicht. Die bisher in diesem Bereich von den Krankenkassen nicht genutzte Option zur Gestaltung des Versorgungsgeschehens kann damit konsequent umgesetzt werden.

Die Umsetzung des Sanierungsbeitrags soll nicht mehr durch eine dauerhafte Absenkung des Landes-Basisfallwerts, sondern durch ein differenziertes Maßnahmenbündel erfolgen. Die Quote zum Ausgleich des Mindererlöses soll nicht mehr so stark abgesenkt werden wie ursprünglich vorgesehen (entspricht etwa 0,2 Prozentpunkten des Sanierungsbeitrags). Weitere 0,1 Prozentpunkte des Sanierungsbeitrags werden durch die Streichung der Rückzahlungspflicht der Krankenkassen für nicht verwendete Mittel der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung erreicht. Der verbleibende Einsparbeitrag wird durch einen Abzug von der Rechnung des Krankenhauses in Höhe von 0,7 Prozent erzielt; der Rechnungsabzug ist nur bei gesetzlich versicherten Patienten vorzunehmen.

An der Verlängerung der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung wird festgehalten, da auch hierdurch strukturelle Veränderungen erreicht werden können. Die bereits mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) eingeführte Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung hat gezeigt, dass mit diesem Instrument bestehende Umsetzungsblockaden aufgehoben werden können.

Ohne Zweifel stehen die Krankenhäuser angesichts absehbarer Kostensteigerungen und begrenzter Einnahmenentwicklungen vor weiteren großen Herausforderungen. Auf der anderen Seite bleibt auch angesichts der überproportionalen Ausgabenzuwächse der Krankenkassen für stationäre Behandlung in den Jahren 2005 und 2006, durch die nach derzeitigem Erkenntnisstand 2006 rd. 3 Mrd. Euro mehr gezahlt wurden als 2004, ein Einsparbeitrag des Krankensektors unverzichtbar.

### **3. Aufhebung der Beteiligung der psychiatrisch tätigen Kliniken am Sanierungsbeitrag**

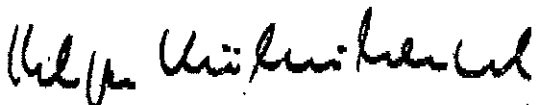
Abweichend von den Ausführungen zum Sanierungsbeitrag für Krankenhäuser bin ich der Auffassung, dass die psychiatrisch tätigen Krankenhäuser nicht mit dem Sanierungsbeitrag belastet werden sollten.

Psychische Erkrankungen einschließlich der Suchterkrankungen nehmen eine immer größer werdende Bedeutung im Gesundheitswesen ein. Die Beeinträchtigung der Lebensqualität für die betroffenen Personen ist ebenso hoch wie die beispielsweise durch Frühverrentungen oder Arbeitsunfähigkeitstage verursachten Folgekosten.

Gleichzeitig sind aber die durch die Behandlung in psychiatrischen Kliniken unmittelbaren Kosten in der Vergangenheit – im Gegensatz zu anderen Bereichen der stationären Versorgung – nicht angestiegen. Die Zahl der Pfl egetage und Pflegebetten hat sich trotz gesteigener Fallzahlen kontinuierlich vermindert.

Hierdurch werden schon jetzt in den psychiatrischen Kliniken Probleme bei der Aufrechterhaltung der notwendigen Behandlungsqualität verursacht. Denn Rationalisierungen sind in einem Bereich, in dem die therapeutische Zeit das entscheidende Behandlungsmedium ist, nur schwer zu erzielen. Eine Beteiligung der Kliniken an dem Sanierungsbeitrag würde die Behandlungsqualität ernsthaft in Frage stellen. Sie sollte daher aus dem Entwurf gestrichen werden.

Mit freundlichen Grüßen



Helga Kühn-Mengel