

Editorial: Gesundheitspolitik der Großen Koalition



München – Für die 18. Legislaturperiode zeichnet sich die Regierung durch eine Große Koalition auf Bundesebene ab. Der Patientenbrief reagiert hierauf mit einem besonderen Format: In einer Doppelausgabe möchten wir über den Themenbereich Gesundheitspolitik im Kontext der Bundestagswahl informieren. Während in dieser Ausgabe des Patientenbriefs der Stand der Koalitionsverhandlungen, insbesondere der Verhandlungsgruppe für Gesundheit, beleuchtet werden soll, werden in der März-Ausgabe 2014 des Patientenbriefes der Start der neuen Regierung und ihr gesundheitspolitisches Programm im Mittelpunkt stehen. Dieser Patientenbrief versteht sich somit als Grundlage, um in der kommenden Ausgabe die Frage nach der Bedeutung der geschlossenen Kompromisse aus Sicht der Selbsthilfe zu beleuchten.

Eine angenehme Lektüre wünscht Ihnen
Ihr Roger Jaeckel, Leiter Gesundheitspolitik

Schwerpunkt: Gesundheitspolitik der Großen Koalition

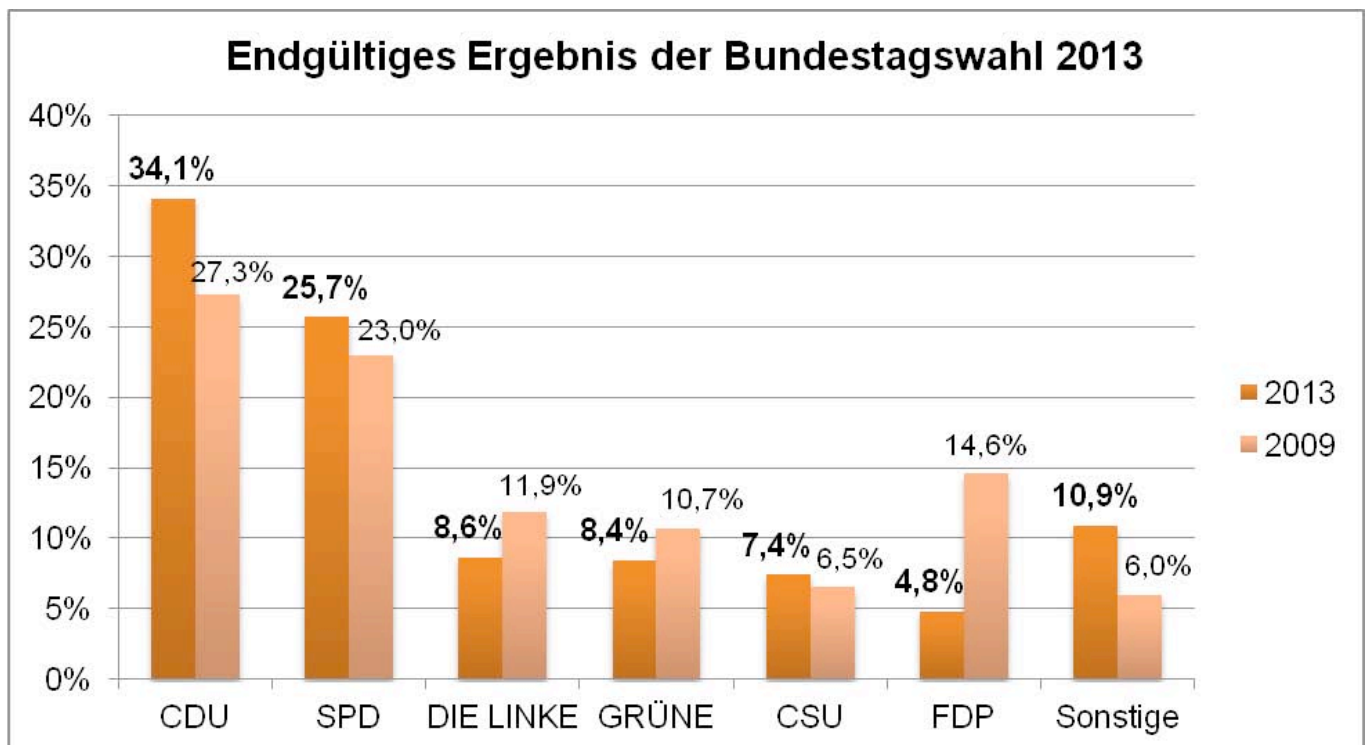
- **Spielte die Gesundheitspolitik für die Bundestagswahl eine Rolle?**
Berlin – In Anbetracht des alles überdeckenden Themas der Finanzkrise in Teilen Europas und bedeutenden sozialpolitischen Themen wie Mindestlohn oder Mütterrente spielte die Gesundheitspolitik für den Ausgang der Bundestagswahl keine entscheidende Rolle. » [Seite 2](#)
- **Wie steht es um die Regierungsbildung und den Ministerienzuschnitt?**
Berlin – Vor Beginn der Regierungs- und Parlamentsarbeit müssen die Ministerien in, vielleicht neuem, Zuschnitt benannt werden, die Minister berufen und die Fachausschüsse wie zum Beispiel der Gesundheitsausschuss neu besetzt werden. » [Seite 5](#)
- **Viel Übereinstimmung in Fragen der Versorgung**
Berlin – In den Versorgungsfragen zeigen Union und SPD viel Übereinstimmung. Eine große Kluft besteht nach wie vor in den grundsätzlichen Ansichten über die Finanzierung in den Bereichen Pflege und Krankenversicherung. » [Seite 7](#)
- **„Ist doch alles in Ordnung!“ trifft auf „Packen wir es an!“**
Berlin – Der Einsatz von Wahlprüfsteinen hat sich bei dieser Bundestagswahl in den Reihen der Selbsthilfe großer Beliebtheit erfreut. Patientenorganisationen fragen nach, Parteien geben Antwort. » [Seite 9](#)
- **Der Nationale Aktionsplan und die besondere Rolle der Selbsthilfe**
Berlin – Der „Nationale Aktionsplan für Menschen mit Seltenen Erkrankungen“ hat zum Ziel, die Lebenssituation der immerhin vier Millionen Menschen mit einer Seltenen Erkrankung zu verbessern. » [Seite 10](#)
- **„Patienten haben Interesse an patientenrelevanten Verbesserungen im System“**
Berlin – Zum sechsten Mal fand am 7. November 2013 der Patientendialog von GSK statt. Im Mittelpunkt der diesjährigen Veranstaltung stand das Thema „Patientenregister“ im Kontext der Qualitätssicherung. » [Seite 11](#)

Große Koalition

Spielte die Gesundheitspolitik für die Bundestagswahl eine Rolle?

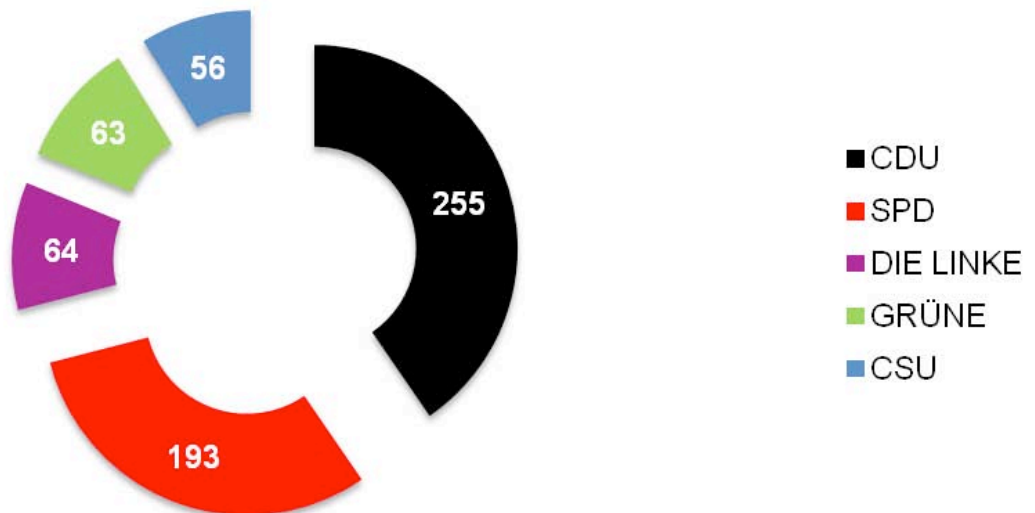
Berlin – In Anbetracht des alles überdeckenden Themas der Finanzkrise in Teilen Europas und bedeutenden sozialpolitischen Themen wie Mindestlohn oder Mütterrente spielte die Gesundheitspolitik für den Ausgang der Bundestagswahl keine entscheidende Rolle.

Offensichtlich sind die Wählerinnen und Wähler – trotz gelegentlicher gegenteiliger Umfrageergebnisse – insgesamt mit der medizinischen Versorgung in Deutschland zufrieden. Das war auch bei früheren Wahlen so. Denn eine grundlegende Änderung des Gesundheitssystems, wie die von der SPD, Bündnis90/Die Grünen und der Linken propagierte Einführung einer Bürgerversicherung, war kein dominierendes Thema im Wahlkampf. Und dies, obwohl eine Bürgerversicherung – nach Aussagen von deren Anhängern – für mehr Gleichheit unter den Versicherten sorgen und die „Zwei-Klassen-Medizin“ beenden werde. Andere Themen der Gesundheitspolitik entzogen sich schon aufgrund ihrer Komplexität dem Wahlkampf mit Ausnahme des Themenkreises Pflege-Demenz-demografischer Wandel, den vornehmlich die SPD kommunizierte. Das konnte aber, aufgrund der genannten gesamtpolitischen Großwetterlage, keinen Einfluss auf die Wahlentscheidung bewirken.



Quelle: Bundeswahlleiter 2013

Sitzverteilung im Deutschen Bundestag



Quelle: Bundeswahlleiter 2013

Regierungskoalition

Die SPD hatte im Vorhinein der Bundestagswahl eine Zusammenarbeit mit der Linkspartei ausgeschlossen und will sich erklärtermaßen für die kommende Legislaturperiode an diese Aussage auf Bundesebene halten. Nach einem Beschluss auf dem Bundesparteitag der SPD Mitte November in Leipzig gilt diese Absage an die Linkspartei nicht mehr für künftige Wahlen. Von Beobachtern wurde dieser Vorgang auch als eindeutige Botschaft an die Union verstanden, die für die SPD wichtigen Themen in den Koalitionsverhandlungen angemessen zu berücksichtigen. Die Grünen sahen sich aufgrund ihres Linksrutsches im Vorfeld der Bundestagswahl und des im Nachgang der Wahl beginnenden personellen und inhaltlichen Erneuerungsprozesses nicht in der Lage, mit CDU/CSU eine Koalition einzugehen. So blieb nur noch der Weg in eine Große Koalition. Eine erneute Wahl hätte für SPD und CDU/CSU unkalkulierbare Risiken, zumal die SPD-Spitzen in ihrer Wiederwahl auf dem SPD Parteitag mit deutlichen Stimmeinbußen abgestraft worden sind und damit ihre Führung geschwächt in einen neuen Wahlkampf ginge. Vor allem aber gäbe es eine heftige Diskussion über die Verantwortung für das Scheitern der Koalition. In der SPD würden möglicherweise diejenigen noch wenigen Kräfte Aufwind bekommen, die schon derzeit für eine rot-rot-grüne Koalition eintreten. Auf der anderen Seite wäre es nicht ausgeschlossen, dass die FDP die 5-Prozent-Hürde bei einem erneuten Wahlgang schafft und auch der AfD dies gelänge. Bei einem solchen Szenario wäre es nicht ausgeschlossen, dass letzten Endes wieder nur eine Große Koalition eine stabile Regierung bilden kann.

Regierungsbildung und Ministerienbesetzung

Wenn sich die Koalitionsparteien auf einen Koalitionsvertrag geeinigt haben, dann ist die entscheidende Hürde überwunden. Zwar heißt es in öffentlichen Erklärungen der Parteien immer wieder, erst kämen die Sachfragen und dann die Personen. Aber parallel zu der Diskussion um den Koalitionsvertrag laufen immer schon – vor allem zwischen den Spitzen der beteiligten Parteien und innerhalb der Parteien – Überlegungen zur konkreten Ausgestaltung der Regierungsarbeit und der personellen Besetzung. Man kann die Verteilung der Ministerien einen „Basar“ nennen, aber es geht um nichts anderes, als um

einen fairen Ausgleich zu ringen. Entscheidend ist dabei die „Wertigkeit“ der einzelnen Ministerien. Es gibt 14 Ministerien, aber 15 Ministerposten, da der Kanzleramtschef ebenfalls ein „Minister für besondere Aufgaben“ ist. Zwar besitzt der Kanzler/die Kanzlerin die sogenannte „Richtlinienkompetenz“, also die Macht über die Grundlinien der Politik und damit auch die Besetzung der Ministerposten, doch ist es ein ungeschriebenes Gesetz, dass der Koalitionspartner die personelle Besetzung der ihm zustehenden Ministerien selbst bestimmt. Oftmals findet das Prinzip der gegensätzlichen Besetzung gleichartiger Politikfelder Anwendung. Beispielsweise stellt die Partei, die das Innenministerium besetzt nicht den Minister für das Justizministerium, da es sich bei beiden um Verfassungsressorts handelt. Wenn in der neuen Großen Koalition zum Beispiel das Arbeitsministerium durch einen SPD-Minister besetzt wird, kann man davon ausgehen, dass das Gesundheitsministerium von einem CDU- oder CSU-Minister geleitet wird.

Brauch ist es auch, dass in manchen Ministerien in der Regel ein Parlamentarischer Staatssekretär installiert wird, der nicht der Partei des Ministers angehört, damit jeweils der Koalitionspartner über die Vorgänge in dem von der anderen Partei geleiteten Ministerium informiert ist. Zum Beispiel war Annette Widmann-Mauz (CDU) Parlamentarische Staatssekretärin bei Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) in der vergangenen, der 17. Legislaturperiode.

Es gilt die Regel, dass die Partei, der ein Ministerium zufällt, dieses in eigener Verantwortung besetzt und der Koalitionspartner in der Personalfrage kein Mitspracherecht hat. Auch innerhalb der Parteien wird hinter den Kulissen immer intensiv über die Besetzung der Ministerposten diskutiert: da fordern die großen Landesverbände eine entsprechende Berücksichtigung, auch der Anteil von Frauen muss berücksichtigt werden. Die Union muss zwischen CDU und CSU einen tragfähigen Kompromiss finden. Die Positionen werden dann in der Regel von oben nach unten besetzt. Wenn alle Ministerien besetzt sind, dann folgen die weiteren Ebenen wie Parlamentarische Staatssekretäre. Entschieden werden muss dann auch über besondere Beauftragte der Bundesregierung, wie z.B. den Patienten- oder Behindertenbeauftragten.

Das Diskontinuitätsprinzip

Am Ende einer Legislaturperiode gilt für den Deutschen Bundestag das Diskontinuitätsprinzip: Gesetzesvorhaben, die innerhalb einer Legislaturperiode nicht verabschiedet worden sind, verfallen nach Ablauf dieser Periode automatisch. Sollten sie von einer neuen Regierung erwünscht sein, müssen sie im Verfahren wieder ganz von vorne beginnen – angefangen mit der Gesetzesinitiative, denn die organisatorische Diskontinuität betrifft alle Organe und Untergliederungen des Bundestages.

Für den Bereich der Gesundheitspolitik bedeutete das Diskontinuitätsprinzip das Aus für das Präventionsgesetz. Es war im Bundestag schon beschlossen und gelangte am 20. September, zwei Tage vor der Bundestagswahl durch das Votum des Bundesrates in den Vermittlungsausschuss von Bundestag und Bundesrat. Da der Bundestag zwei Tage später neu gewählt wurde, wurde die Neubesetzung des Vermittlungsausschusses als gemeinsamem Gremium von Bundestag und Bundesrat erforderlich, die erst nach der Regierungsbildung erfolgt. Somit „verfiel“ dieses Gesetz. Angegliedert an das Präventionsgesetz war auch das Antikorruptionsgesetz für den Bereich des Gesundheitswesens, das damit ebenfalls obsolet war.

Das „Wer ist Wer“ der Gesundheitspolitik

Wie steht es um die Regierungsbildung und den Ministerienzuschnitt?

Berlin – Vor Beginn der Regierungs- und Parlamentsarbeit muss „die Farbe“ der Ministerien in, vielleicht neuem, Zuschnitt benannt werden, die Minister berufen und die Fachausschüsse wie zum Beispiel der Gesundheitsausschuss neu besetzt werden.

Von den gesundheitspolitischen Sprecherinnen bzw. Sprechern der Bundestagsfraktionen der letzten Legislaturperiode gehören Dr. Martina Bunge (Die Linke) und Birgitt Bender (Bündnis90/Die Grünen) nicht mehr dem Bundestag an. Während Bunge nicht mehr kandidierte, war es für Bender, die einen Listenplatz hatte, ein überraschendes Aus, bedingt durch den mäßigen Wahlerfolg der Grünen in Baden-Württemberg. Die bisherigen gesundheitspolitischen Sprecher, Jens Spahn (CDU/CSU) und Prof. Karl Lauterbach (SPD), sind wiedergewählt worden. Auch Anette Widmann-Mauz hat ihren Wahlkreis wieder gewonnen.

Von den Mitgliedern des Bundestagsausschusses für Gesundheit in der letzten Legislaturperiode sind folgende Abgeordneten wieder gewählt worden:

Ordentliche Mitglieder CDU/CSU: Rudolf Henke, Michael Henrich, Karin Maag, Maria Michalk, Dietrich Monstadt, Lothar Riebsamen, Erwin Rüdell, Jens Spahn, Stephan Stracke, Max Straubinger. Stellvertretende Mitglieder CDU/CSU: Dorothee Bär, Steffen Bilger, Heike Brehmer, Alois Gerig, Frank Heinrich, Hubert Hüppe, Daniela Ludwig, Dr. Mathias Middelberg, Johannes Selle, Johannes Singhammer, Dr. Peter Tauber, Dr. Matthias Zimmer. Ausgeschieden: Dr. Michael Luther, Beatrix Philipp, Stefanie Vogel-sang, Wolfgang Zöllner, Willi Zylajew, Dr. Peter Tauber

Ordentliche Mitglieder SPD: Bärbel Bas, Dr. Edgar Franke, Dr. Karl Lauterbach, Steffen-Claudio Lemme, Hilde Mattheis, Mechthild Rawert, Dr. Carola Reimann. Stellvertretende Mitglieder: Elke Ferner, Michael Gerdes, Iris Gleicke, Wolfgang Hellmich, Anette Kramme, Ewald Schurer, Kerstin Tack. Ausgeschieden: Angelika Graf (Rosenheim), Ulrich Meßmer, Silvia Schmidt (Eisleben), Dr. Marlies Volkmer.

Ordentliche Mitglieder Die Linke: Kathrin Vogler, Harald Weinberg. Stellvertretende Mitglieder: Karin Binder, Inge Höger, Cornelia Möhring, Frank Tempel. Ausgeschieden: Dr. Martina Bunge, Kathrin Sen-ger-Schäfer.

Ordentliche Mitglieder Bündnis 90/Die Grünen: Maria Klein-Schmeink, Elisabeth Scharfenberg, Dr. Ha-rald Terpe. Stellvertretende Mitglieder: Katrin Göring-Eckardt, Uwe Kekeritz, Markus Kurth. Ausgeschie-den: Birgitt Bender, Susanne Kieckbusch. Für die Grünen ist Kordula Schulz-Asche, die hessische Ge-sundheits- und Pflegeexpertin im neuen Bundestag. Sie könnte die Rolle von Bender übernehmen.

Besetzung der Ministerposten

Nach den Koalitionsverhandlungen und der Zustimmung zum Koalitionsvertrag, bei der SPD sogar durch den Mitgliederentscheid, wird entschieden, welche Partei welches Ministerium erhält. Dann muss innerhalb der Parteien die Personalentscheidung getroffen werden. Noch vor Weihnachten soll die Wahl der Bundeskanzlerin erfolgen. Im Anschluss daran wird die Regierung gebildet und die Minister vereinigt.

Spekulationen über die Besetzung des BMG

Zunächst muss entschieden werden, welcher Partei das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zu-gesprochen wird. Bei einer Besetzung durch die CDU gilt derzeit Dr. Ursula von der Leyen als Favoritin, denn sie wird mit ziemlicher Sicherheit das Ministerium für Arbeit und Soziales an die derzeitige Gene-

ralsekretärin der SPD, Andrea Nahles, verlieren und das Außenministerium wird wohl an die SPD fallen. Stellt die SPD den Minister, dann dürfte auch Prof. Dr. Karl Lauterbach im Rennen sein. Aber auch die CSU spielt bei den Spekulationen noch eine Rolle. Nicht zuletzt war der derzeitige bayerische Ministerpräsident Horst Seehofer auch schon Bundesgesundheitsminister. Für die CSU werden als in Frage kommende Kandidaten die derzeitige Leiterin der bayerischen Staatskanzlei, Christine Haderthauer, die stellvertretende Generalsekretärin der CSU, Dorothee Bär oder auch Alexander Dobrindt, derzeit CSU-Generalsekretär genannt.

Opposition im Bundestag

Wenn die Große Koalition gelingt, wird die Opposition im Deutschen Bundestag aus zwei Fraktionen bestehen: Die Linke und Bündnis 90/die Grünen. Es handelt sich um eine Mini-Opposition, denn sie stellt von den 631 Sitzen nur 127; das sind 20 Prozent und die schwächste Opposition seit 40 Jahren. Sie haben damit keine Rechte, denn um Untersuchungsausschüsse einzuberufen, Gesetze vom Bundesverfassungsgericht (BVerfG) (Normenkontrollklagen) und EU-Gesetze vom Europäischen Gerichtshof (EuGH) prüfen zu lassen (Subsidiaritätsklagen) muss mindestens ein Viertel der Abgeordneten zustimmen. Um eine Sondersitzung des Bundestages einzuberufen, braucht es mindestens ein Drittel der Stimmen. Auch beim Rederecht im Parlament bleibt für sie nicht viel an Zeit, da sich die Reihenfolge der Redner und auch die Redezeit an der Größe der Fraktion orientiert. Linke und Grüne hätten pro Stunde nur jeweils sechs Minuten.

Die beiden großen Bundestagsfraktionen haben schon signalisiert, dass sie der Opposition in diesen Fragen entgegenkommen, denn der Schutz der Minderheit ist ein wichtiges Prinzip in der Demokratie. Es kommt hinzu, dass eine zahlenmäßig überlegene Koalition bei der Verabschiedung von einigen Gesetzen vielleicht nicht die letzte Sorgfalt walten lassen dürfte. Der ehemalige Bundesverfassungsrichter Udo Di Fabio formulierte das so: Es bestehe die Gefahr, dass Gesetze vom Kabinetttisch aus beschlossen würden, da der einzelne Abgeordnete bei so großen Mehrheiten ohnehin nichts mehr gelte. Daher ist das Recht der Opposition zur Normenkontrollklage unerlässlich. Wenn sie alle Möglichkeiten erhält wie eine größere Opposition wird auch diese Opposition Möglichkeiten besitzen, die Regierung zu kontrollieren.

Politische Themen der Opposition

Beide Oppositionsparteien treten im Gesundheitsbereich für eine Bürgerversicherung ein und damit für Abschaffung der privaten Krankenversicherung (PKV). Die Grünen wollen sich wieder auf ihre „Kernkompetenz“ konzentrieren, nämlich ökologische Fragen. Hier wird die „Energiewende“ das zentrale Thema sein, zumal die kommende Bundesregierung durch das Festhalten an Kohlekraftwerken (aufgrund des Drucks der SPD aus Nordrhein-Westfalen) eine Angriffsfläche bietet. Die Linke wird sich wohl schwerpunktmäßig mit sozialen Fragen (Bürgerversicherung, Mietsteigerung, Energiekosten, fehlende Kita-Plätze) und mit den Problemen auf dem Arbeitsmarkt (prekäre Beschäftigungsverhältnisse, Hartz IV, Leiharbeit) beschäftigen.

Gesundheitspolitik der Großen Koalition

Viel Übereinstimmung in Fragen der Versorgung

Berlin – In den Versorgungsfragen zeigen Union und SPD viel Übereinstimmung. Eine große Kluft besteht nach wie vor in den grundsätzlichen Ansichten über die Finanzierung in den Bereichen Pflege und Krankenversicherung.

Koalitionsverhandlungsgruppe „Gesundheit und Pflege“

Die aus 17 Mitgliedern bestehende Koalitionsgruppe Gesundheit – zehn Mitglieder kommen aus den Bundesländern – wurde geleitet von den bisherigen gesundheitspolitischen Sprechern ihrer Bundestagsfraktion: Jens Spahn (CDU/CSU) und Prof. Karl Lauterbach (SPD). Je sieben Mitglieder stellten CDU und SPD, die CSU war mit drei Mitgliedern vertreten.

Die Koalitionäre einigten sich darauf, zahlreiche Regelungen in den Bereichen ambulante und stationäre Versorgung sowie Pflege anzugehen. Die Themen der Finanzierung bleiben konfliktbehaftet und der Streit dürfte aller Wahrscheinlichkeit auch im Laufe der Legislaturperiode wieder aufflammen. Auch das Thema Krankenhausfinanzierung dürfte zu weiteren Diskussionen mit und auch zwischen den Ländern führen.

Strukturwandel der KBV-KVen

Eine bedeutende Strukturveränderung will die Große Koalition auf den Weg bringen: Angesichts des schon sehr lange dauernden und aktuell erneut sehr heftig ausgetragenen Konfliktes zwischen den Haus- und Fachärzten, zeigen sich die Gesundheitspolitiker von SPD und Union entschlossen, in dieser Frage eine politische Lösung zu suchen. Es soll zu einer grundlegenden Änderung der Struktur der ärztlichen Selbstverwaltung in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) kommen. So sollen die Vertretersammlungen von KBV und KVen zu gleichen Teilen aus Haus- und Fachärzten gebildet werden. Jede Gruppe soll über ihre spezifischen Belange alleine entscheiden.

Geplante Regelungen im ambulanten Sektor

In folgenden Bereichen plant die Große Koalition im ambulanten Sektor gesetzliche Regelungen:

- Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung,
- Psychotherapeutische Versorgung (z.B. zeitnahe Angebote für Betroffene),
- Reduzierung der Wartezeit auf einen Arzttermin durch Servicestellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und gegebenenfalls Leistung durch Krankenhäuser,
- Hausärztliche Versorgung,
- Erleichterungen und Flexibilisierungen bei Medizinischen Versorgungszentren (MVZ),
- Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen,
- Nichtärztliche Gesundheitsberufe (flächendeckend, weitere Modellvorhaben),
- Integrierte Versorgung (rechtliche Angleichungen und Evaluation),
- Disease-Management-Programme (DMP) (Weiterentwicklung, neue DMP für Rückenleiden und Depression),
- Elektronische Gesundheitskarte (eGK) (flächendeckende Einführung nutzbringender Anwendungen, Hindernisse beseitigen),
- Korruption im Gesundheitswesen für alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen im Strafgesetzbuch,
- Innovationsfonds für neue Versorgungsformen und Versorgungsforschung.
- Verordnung von Arzneimitteln/Wirtschaftlichkeitsprüfung (insbesondere neue Regeln zu Regressen),

- Übergang vom stationären in den ambulanten Versorgungsbereich (insbesondere Verbesserung des Entlassmanagements).

Geplante Regelungen im Bereich Arzneimittel

- Ressortübergreifender Innovationsdialog,
- Beendigung der Nutzenbewertung im Bestandmarkt der Arzneimittel,
- Fortführung Preismoratorium und Zwangsrabatt mit 7 Prozent (in 2014; jährliche Überprüfung),
- Preisverhandlungen im GKV-System mit künftig zusätzlich einem Vertreter einer Krankenkasse,
- Frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln (Vereinbarter Erstattungsbetrag gilt künftig für Zu- und Abschläge der Vertriebsstufen),
- Rahmenverträge bei Rabattverträgen, um Lieferengpässe zu vermeiden (insbesondere Impfstoffe),
- Substitutionsausschlussliste für Medikamenten durch den G-BA,
- für Online-Rezepte für Arzneimittel ist ein persönlicher Arzt-Patient-Kontakt Voraussetzung.

Geplante Regelungen im stationären Sektor

Spahn und Lauterbach signalisierten viel Übereinstimmung hinsichtlich einer Krankenhausreform. Ein großes einendes Thema ist das der „Qualität“ im Krankenhaus. Die Einrichtung eines neuen Qualitätsinstituts wurde vereinbart, das schon vorhandene Daten anonymisiert auswerten und beispielsweise auch den Patienten zur Verfügung stellen soll. Zudem haben die Koalitionspartner vereinbart, dass der Patient künftig für ausgewählte Operationen einen Anspruch auf eine von den gesetzlichen Krankenkassen finanzierte Zweitmeinung erhalten soll. So sollen die Rechte der Patienten gestärkt werden. Außerdem solle es unangemeldete Kontrollen in Krankenhäusern durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen geben.

Im Mittelpunkt steht vor allem die Qualität bei Operationen. Je nach Qualität könnten Zu- oder Abschläge bei der Bezahlung eingeführt werden. Um die Pflegekräfte zu entlasten, sollen die Krankenhäuser künftig unbürokratisch nachweisen, dass das in die pauschale Bezahlung eingepreiste Personal auch tatsächlich in den Kliniken vorhanden ist und nicht über Personaleinsparungen Gewinnmaximierung betrieben wird, so die Koalitionäre. Sie sehen darin auch deutliche Vorteile für die Patienten. Für vier noch zu bestimmende planbare Leistungen wird diskutiert, es Krankenkassen zu ermöglichen, mit einzelnen Krankenhäusern Verträge abzuschließen, die besondere Qualitätsvereinbarungen beinhalten. Aber auch die Kosten- und Einnahmesituation der Krankenhäuser, insbesondere in strukturschwachen Gegenden oder auch bei den umfassenden Häusern der Maximalversorgung und bei Hochkostenfällen soll berücksichtigt und verbessert werden.

Streitpunkt Finanzierung

Ein weiteres zentrales Thema ist die Finanzierung der gesetzlichen Pflegeversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Obwohl in der GKV derzeit ein Polster von mehr als 28 Mrd. Euro liegt, spricht man von einer strukturellen Einnahmeschwäche. Bereits 2015 soll es sich in der GKV erneut ein finanzielles Defizit von drei Milliarden Euro geben. Hier gibt es auch deutliche Differenzen zwischen den Koalitionären. So will die SPD für die Zukunft mögliche Zusatzbeiträge verhindern und auch im Blick auf die Behandlung der privaten Krankenversicherung (PKV) stehen Meinungsverschiedenheiten ins Haus. Eine Idee der SPD: Die Möglichkeit des Wechsels von der PKV in die GKV unter Mitnahme der Altersrückstellungen. Die Union lehnt dies ab. In der gesetzlichen Pflegeversicherung will die Koalition den Beitragssatz erhöhen und Leistungsverbesserungen, vor allem im Bereich Demenz, einführen. Für erheblichen Dissens sorgen die von der Union zusätzlich präferierten kapitalgedeckten Vorsorgefonds für die sogenannten Baby-Boomer-Generation, also Vertreter der geburtenstarken Jahrgänge von Mitte der 50er bis Mitte der 60er Jahre.

Sollte es zu einer Großen Koalition kommen, so scheint es nicht ausgeschlossen, dass es im Laufe der Legislaturperiode zu Entscheidungen kommt, die so im Koalitionsvertrag nicht enthalten sind. Beobachter in Berlin verweisen darauf, dass auch 2005 im Koalitionsvertrag von der grundlegenden Änderung des Finanzierungssystems der GKV nichts enthalten war, dann aber doch mit dem Gesundheitsfonds eine grundlegende Änderung eintrat.

Weiterführende Links:

<http://www.cgm-gesundheitsmonitor.de/>

<http://www.bundeswahlleiter.de/>

<http://www.cdu.de>

<http://www.spd.de>

Patientenorganisationen nutzen Wahlprüfsteine

„Ist doch alles in Ordnung!“ trifft auf „Packen wir es an!“

Berlin – Der Einsatz von Wahlprüfsteinen hat sich bei dieser Bundestagswahl in den Reihen der Selbsthilfe großer Beliebtheit erfreut. Patientenorganisationen fragen nach, Parteien geben Antwort.

In den Monaten vor der Bundestagswahl haben mehrere Patientenorganisationen mittels sogenannter Wahlprüfsteine ihre Fragen zu versorgungsrelevanten Aspekten und übergeordneten Selbsthilfethemen an die Parteien gerichtet. Wahlprüfsteine stellen ein Angebot für Organisationen dar, die Parteien vor der Wahl gezielt zu eigenen Themen zu befragen. Patientenorganisationen können also für sie relevante Fragenkataloge zusammenstellen und an die Parteien mit der Bitte um Stellungnahmen adressieren. Im Vorfeld der Bundestagswahl wurden die Wahlprüfsteine von der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen (BAG SELBSTHILFE) e.V., von der Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE) e.V., der Deutschen Leberhilfe e.V. und der AIDS-Hilfe e.V. genutzt.

Unterschiede fallen insbesondere in der Ausführlichkeit der Beantwortung der Fragen ins Auge: Während die Parteien bei der ACHSE und der Deutschen Leberhilfe e.V. mit manchmal nur einer Seite eher knapp auf die Fragen eingingen, beantworteten alle Parteien die Wahlprüfsteine der BAG SELBSTHILFE und der AIDS-Hilfe e.V. sehr ausführlich.

Wahlprüfsteine der BAG SELBSTHILFE zur Bundestagswahl 2013

In einem 52-seitigen Dokument hatte die BAG SELBSTHILFE bereits ihre Forderungen gegenüber der Politik zusammengefasst. Als Dachverband, dem mehr als 100 Patientenorganisationen angeschlossen sind, adressierte die BAG SELBSTHILFE darin Themen wie die Finanzierung der Selbsthilfe sowie deren Partizipation im Gesundheitswesen, Arzneimittelpolitik, Integrierte Versorgung, Pflege, die Rechte von Behinderten oder auch bürgerschaftliches Engagement. In ihren Wahlprüfsteinen formulierte die BAG SELBSTHILFE vor allem Fragen zu den drei großen Themenbereichen Teilhabe von Menschen mit Behinderung, Patientenorientierte Gesundheitspolitik und Förderung der Selbsthilfe.

In Punkto Förderung der Selbsthilfe standen die Finanzierung wie auch die Beteiligungsrechte der Selbsthilfe im Fokus. Zur Finanzierung der Selbsthilfe durch die Krankenkassen stellte die BAG SELBSTHILFE den Parteien folgende Frage:

- „Die Förderung der Selbsthilfe durch die Krankenkassen nach § 20c SGB V muss deutlich verbessert werden und die staatliche Unterstützung der Selbsthilfe in größerem Umfang erfolgen. Wie werden Sie eine langfristige und verlässliche Förderung der Selbsthilfe gewährleisten und

diese dem wachsenden Aufgabenspektrum der Selbsthilfe entsprechend ausgestalten?“

Die Antworten von CDU/CSU und SPD zeigen deutliche Unterschiede in der Einschätzung der Ausgangslage. Oder anders formuliert: „Ist doch alles in Ordnung!“ trifft auf „Packen wir es an!“. Während die CDU den Status quo durchaus als positiv und insbesondere in der Pflege als Verbesserung im Zuge ihrer Politik beschreibt, erkennt die SPD die Notwendigkeit des Aufbaus einer verlässlichen Finanzierungsstruktur an und versichert, mit den relevanten Akteuren nach der Wahl in einem Dialog treten zu wollen. Ziel solle es sein, darauf hinzuwirken, dass Patientinnen und Patienten ihre Kräfte stärker als bisher bündelten, um gemeinsam mit einer Stimme zu sprechen. Womit auch bereits die zweite Frage der BAG SELBSTHILFE angesprochen wäre.

Zur Stärkung der Beteiligungsrechte der verbandlichen Selbsthilfe fragte die BAG SELBSTHILFE die Parteien:

- „Welche Möglichkeiten zur Stärkung der Beteiligungsrechte der verbandlichen Selbsthilfe im Gesundheits- und Sozialwesen sehen Sie?“

Auch hier verweist die CDU/CSU auf die Verbesserungen der vergangenen vier Jahre. Mit dem Patientenrechtegesetz habe bereits eine Stärkung der Beteiligungsrechte der Selbsthilfe im Gemeinsamen Bundesausschuss stattgefunden, so die CDU/CSU. So müssen die Anträge der Patientenvertretung in den jeweiligen Gremien von nun an in der nächsten Sitzung beraten werden. Die SPD betont hingegen auch in diesem Punkt, sich für eine Weiterentwicklung bestehender kollektiver Beteiligungsrechte einsetzen zu wollen. Die Patientenvertreter im G-BA sollen ein Stimmrecht in Verfahrensfragen erhalten und die Stabsstelle Patientenbeteiligung entsprechend ihrer Neuausrichtung weiterentwickelt werden.

Zwei Fragen, vier unterschiedliche Antworten. Auch in der Förderung der Selbsthilfe wird der Kurs einer Großen Koalition noch zu bestimmen sein. Gemäß ihrem Grundsatz „Nichts über uns ohne uns!“ rief die BAG SELBSTHILFE bereits vor der Wahl die Bürgerinnen und Bürger dazu auf, ihre Kandidatinnen und Kandidaten in den jeweiligen Wahlkreisen mit den Forderungen der Selbsthilfe zur Bundestagswahl zu konfrontieren. Konfrontation der gewählten Abgeordneten mit den Forderungen der BAG SELBSTHILFE wird aber auch nach der Wahl noch von zentraler Bedeutung sein. Im Hinblick auf die CDU/CSU, damit sie sich nicht allzu sehr auf ihren Lorbeeren ausruht. Im Hinblick auf die SPD, damit es nicht nur bei einem reinem Lippenbekenntnis bleibt.

Weiterführende Links:

http://www.bag-selbsthilfe.de/tl_files/images/presse/vd4513an11.doc

Seltene Erkrankungen

Der Nationale Aktionsplan und die besondere Rolle der Selbsthilfe

Berlin – Der „Nationale Aktionsplan für Menschen mit Seltene Erkrankungen“ hat zum Ziel, die Lebenssituation der immerhin vier Millionen Menschen mit einer Seltene Erkrankung zu verbessern.

Dieses einmalige Bündnis beteiligt alle wesentlichen Akteure in Deutschland auf diesem Gebiet. An einer Seltene Erkrankung zu leiden, bedeutet, Eine oder Einer unter maximal fünf von 10.000 Menschen zu sein, der an einem komplexen Krankheitsbild leidet, einen überwiegend chronischen Verlauf durchmacht und eine eingeschränkte Lebensqualität, vielleicht sogar eine eingeschränkte Lebenserwartung hinnehmen muss.

Im Jahr 2010 hat das Bundesministerium für Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem Bundesforschungsministerium und der Allianz Chronisch Seltener Erkrankungen (ACHSE) e.V. das Nationale Aktionsbündnis für Menschen mit Seltene Erkrankungen (NAMSE) gegründet. Aus der darauffolgenden dreijährigen Arbeit mit – allein eine Papierseite füllenden – mitwirkenden Dachorganisationen und Spitzenverbänden sowie der Expertise zahlreicher sachverständiger Personen ist ein fundierter Aktionsplan entstanden.

Maßnahmenvorschläge

52 Maßnahmenvorschläge enthält der breit konsentierter Plan. Konkrete Handlungsempfehlungen werden zum Informationsmanagement, zu möglichen Diagnosewegen, zu Versorgungsstrukturen und zur Erforschung der Seltene Erkrankungen gegeben. In der Erkenntnis, dass ein deutlicher Mehrwert nur durch eine Zusammenarbeit auf Europäischer Ebene erzielt werden kann, hatte der Rat der Europäischen Union die Erarbeitung nationaler Aktionspläne sowie die Förderung der Bildung national anerkannter Fachzentren, in denen die Expertise gebündelt werden soll, empfohlen.

Selbsthilfe

Die besondere Bedeutung der Selbsthilfe in ihrer weit gefächerten Kompetenz für die Wissenschaft bis hin zur Versorgung wird in einem eigenen Unterkapitel in dem Plan beleuchtet. Gleichzeitig bildet die Selbsthilfe aufgrund ihrer besonderen Rolle ein „Querschnittsthema“ im 90-seitigen Nationalen Aktionsplan.

Weiterführende Links:

http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/N/NAMSE/Nationaler_Aktionsplan_fuer_Menschen_mit_Seltenen_Erkrankungen_-_Handlungsfelder__Empfehlungen_und_Massnahmenvorschlaege.pdf

GSK Patientendialog 2013

„Patienten haben Interesse an patientenrelevanten Verbesserungen im System“

Berlin – Zum sechsten Mal fand am 7. November 2013 der Patientendialog von GSK statt. Im Mittelpunkt der diesjährigen Veranstaltung stand das Thema „Patientenregister“ im Kontext der Qualitätssicherung.

Die Initiatoren eines Patientenregisters können vielfältig sein. Immer öfter sind es die Betroffenen selbst, die Daten über ihre Erkrankung erheben, um Einfluss auf die Versorgungsroutine zu nehmen. Entsprechend trug der diesjährige Patientendialog den Titel „Patientenregister – Wenn Patienten die Qualitätssicherung selbst in die Hand nehmen“. Dabei zeigte sich, dass Register nicht gleich Register ist. So vielfältig wie die Initiatoren sind auch die Registerformen.

Sharing best practice: Die LuLa-Studie - Entstehung, Durchführung, Bedeutung

Zunächst stellte Borgi Winkler-Rohlfing von der Lupus Erythematodes Selbsthilfegemeinschaft e.V. ihr Register vor. Getreu dem Grundsatz: „Wer weiß es besser als wir? Darum: wer, wenn nicht wir!“, richtete der Verein bereits 1986 ein Patientenregister ein, dessen Daten in die Lupus Erythematodes Langzeit Studie (LuLa Studie) eingehen. Durch das Register sollte die Erkrankung, ihr Verlauf und die Versorgung unter Routinebedingungen erfasst werden. Die Besonderheit an diesem Register ist, dass die Daten direkt von den Patienten erhoben werden, diese den Fragebogen also selbst ausfüllen. Dabei orientierten sich die Initiatoren stets an bestehenden Fragestellungen. Denn, „man muss das Rad nicht neu erfinden“, so Borgi Winkler-Rohlfing. So wurden in der LuLa-Studie die gleichen Instrumente wie in den

klinischen Studien des Deutschen Rheuma-Forschungszentrums eingesetzt, um die Daten anschließend vergleichen zu können. Das Ergebnis ist eine kleine Sensation: „Die Daten decken sich, sogar bis auf die Nachkommastelle“, so Borgi Winkler-Rohlfing.

Qualitätsmanagement in der Versorgung von Mukoviszidose-Patienten

Einen anderen Ansatz präsentierte Birgit Dembski vom Mukoviszidose e.V. „Der Mukoviszidose e.V. hat sich für den (klassisch) wissenschaftlichen Weg entschieden“, so Dembski. Die Datenerhebung erfolgt über den behandelnden Arzt, die Patienten berichten bei diesem Register also nicht unmittelbar selbst. Als das Register 1995 geschaffen wurde, war das Ziel zunächst, zu erfahren, wie viele Patienten es überhaupt gibt, wie sie versorgt werden und wie es um ihren Gesundheitszustand bestellt ist. Aus dem Register heraus entstanden weitere Qualitätssicherungsprojekte, wie z.B. ein Anerkennungs-/Zertifizierungsverfahren für Mukoviszidose-Einrichtungen sowie das Projekt „Benchmarking bei der Versorgung von Mukoviszidose-Patienten/innen“. Entsprechend umfangreich und kostenintensiv ist der Betrieb des Mukoviszidoseregisters in der Zwischenzeit. Davon abschrecken lassen sollte sich dennoch keiner: „Zunächst sollte man sich die Frage stellen, ob man zu Beginn wirklich ein solch umfangreiches Register braucht. Es gibt stattdessen auch viele andere Herangehensweisen. Man kann auch kleiner anfangen“, so der Tipp, den Birgit Dembski den Teilnehmern des diesjährigen Patientendialogs mit auf den Weg gibt.

Therapieergebnisse messen und vergleichen - besser für Patienten und Gesundheitssystem

Eine völlig andere Herangehensweise an das Thema Qualitätssicherung präsentierte Jens-Peter Zacharias vom Bundesverband Prostatakrebs e.V. (BPS). Während mit dem nationalen Krebsregister von politischer Seite ein Vorstoß unternommen wurde, ein indikationsübergreifendes-onkologisches Register aufzubauen, widmet sich der BPS anderen Themenfeldern der Qualitätssicherung. So wirken Prostatakrebspatienten beispielsweise bei der Entwicklung von Versorgungsstrukturen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit und beteiligen sich in der Zertifizierungskommission der Prostatakrebszentren sowie in den Leitlinienkommissionen.

Drei Beispiele, drei völlig verschiedene Ansätze zur Qualitätssicherung. Ein Schema F oder gar den optimalen Bauplan für ein Patientenregister gibt es nicht. Stattdessen muss ein Register den Interessen aller Beteiligten gerecht werden und darüber hinaus ökonomischen und wissenschaftlichen Standards genügen. Sind all diese Kriterien erfüllt, bildet ein Patientenregister eine starke Argumentationsgrundlage – insbesondere für die Vertretung von Patienteninteressen auf politischer Ebene. Es braucht dazu aber nicht notwendigerweise ein Register. Oder anders formuliert: „Patienten haben per se Interesse an patientenrelevanten Verbesserungen im System“. Daher ist Rolle der der Selbsthilfe in der Qualitätssicherung gar nicht hoch genug zu bewerten.

Weiterführende Links:

http://lupus-rheumanet.de/jsp/studien_lula.faces

<http://muko.info/index.php?id=1107>

<http://www.prostatakrebs-bps.de/>



Impressum

Herausgeber

GlaxoSmithKline
GmbH & Co. KG
www.glaxosmithkline.de

vertreten durch die
GlaxoSmithKline
Verwaltungs GmbH
Prinzregentenplatz 9
81675 München

Geschäftsführer:
Dr. Sang-Jin Pak (Vors.),
Adrian Bauer,
Denis Dubru,
Georges Dassonville

Tel.: 0800 - 122 33 55
Fax: 0800 - 122 33 66

Registergericht:
Amtsgericht München
HReg: HRA 78754
Zuständige Aufsichtsbehörde:
Regierung von Oberbayern
Maximilianstraße 39
80538 München

Kontakt

Verantwortlich:
Ilka Einfeldt (v.i.S.d.P.)
Leiterin Patient Relations
Tel.: 089 - 360 44-8376
Fax: 089 - 360 44-9-8376
ilka.i.einfeldt@gsk.com

Roger Jaeckel
Leiter Gesundheitspolitik
Tel.: 089 - 360 44-8327
Fax: 089 - 360 44-9-8327
roger.r.jaeckel@gsk.com

Hinsichtlich der Nutzung des GSK-Patientenbriefs gelten unsere Nutzungsbedingungen entsprechend.
Diese können Sie auf www.patientenpolitik.de einsehen.